

**Evaluering av
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**

Sluttrapport

**avgitt til
Sosial- og helsedirektoratet**

Oslo, 15.oktober 2007

Tittel: Evaluering av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
 - Sluttrapport

Utgitt: 15.oktober 2007

Bestillingsnr.: IS – 1503

Avgitt til:
Sosial- og helsedirektoratet,
Pb. 7000 St.Olavs plass, 0130 Oslo.

Besøksadresse: Universitetsgaten 2
Tlf: 24 16 30 00
Fax: 24 16 30 01
www.shdir.no/publikasjoner

Kan bestilles hos:
Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
trykksak@shdir.no
Tlf: 24 16 33 68
Fax: 24 16 33 69
Oppgi bestillingsnr.: IS -1503

Innhold

Innhold.....	3
1. Sammendrag	6
1.1 Norsk sammendrag.....	6
1.2 Summary.....	8
2. Innledning	11
2.1 Oppdraget.....	11
2.2 Gjennomføring	12
2.3 Habilitet	15
3. Bakgrunn	17
3.1 Kunnskapsbasert styring – et perspektiv i utvikling.....	17
3.2 Den internasjonale utviklingen innen metodevurderingsområdet.....	18
3.3 Utviklingen i Norden	20
3.4 Vurderinger ved opprettelsen av Kunnskapssenteret	21
3.5 Kunnskapssenterets organisering og utvikling	24
4. Diskusjon av sentrale utfordringer	27
4.1 Kunnskapssenterets arbeidsområder, organisering og produktivitet.....	28
4.2 Kunnskapssenterets bestillingsprosess og prioritering.....	32
4.3 Rapportenes faglige kvalitet og forankring	36
4.4 Rapportenes anvendbarhet og leveranse i rett tid	40
4.5 Monitorering, kvalitetsarbeid og andre arbeidsområder	45
4.6 Kunnskapssenterets uavhengighet, tillit og synlighet.....	49
4.7 Anvendelse av rapportene i helsetjenesten og forvaltning	54
5. Evalueringsgruppens anbefalinger	57
5.1 En regional nettverksstrategi.....	57
5.2 Oversikt over anbefalingene i kapittel 4	59
6. Konklusjoner.....	65
6.1 Sammenfattende vurdering	65
6.2 Korte svar på spørsmålene i mandatet	67
Vedlegg	69
I. Oversikt bakgrunnsdokumenter	69
II. Deltakere i høringsmøtene.....	71
III. Struktur for høringsmøtene	74
IV. Tema diskutert i høringsmøtene om Kunnskapssenteret 2007.....	75
V. Habilitetsskjema	77
VI: Gjeldende vedtekter.....	78
VII. Forslag til reviderte vedtekter pr. august 2007.....	81
VIII. Kunnskapssenterets organisering.....	83
IX. Kunnskapssenterets oversikt over sine produkter innen kunnskapsoppsummering	84

Forkortelser

CHES	Senter for helseøkonomi i STAKES, Finland
CEMTV	Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering, Danmark
EU	European Union
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment
FHI	Nasjonalt folkehelseinstitutt
FinOHTA	Enhet for metodevurdering i STAKES, Finland
FoU	Forskning og utvikling
GRADE	Group Reading Assessment and Diagnostic Evaluation
GRUK	Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten
HELTEF	Stiftelse for helsetjenesteforskning
HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
Htil	Helsetilsynet
HTA	Health Technology Assessment
HTAi	Health Technology Assessment international
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
KS	Kommunenes sentralforbund
LFN	Läkemedelsförmålsnämnden, Sverige
LV	Läkemedelsverket, Sverige
NAV	Arbeids- og velferdsetaten
NFR	Norges forskningsråd
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence, Storbritannia
NOU	Norges offentlige utredninger
NTNU	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
MR	Magnetisk resonans
R-BUP	Regionsenter for barn og unges psykiske helse
RHF	Regionale helseforetak
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering, Sverige
SHdir	Sosial- og helsedirektoratet
SKL	Sjukvårdshuvudmännens nationella intresseorganisation, Sveriges kommuner och landsting
SLV	Statens legemiddelverk
SMM	Senter for medisinsk metodevurdering
SOU	Sveriges offentlige utredninger
STAKES	National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland
St.prp.nr.1	Stortingsproposisjon nr.1
WHO	World Health Organisation

1. Sammendrag

1.1 Norsk sammendrag

Oppdrag og gjennomføring

En ekstern evaluering av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) er gjennomført i 2007 under ledelse av Johan Calltorp, og på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Evalueringens mandat var å gi anbefalinger for neste strategiske plan og den videre utviklingen av Kunnskapssenteret med utgangspunkt i dagens situasjon. Informasjon ble innhentet i form av en rekke bakgrunnsdokumenter, fra Kunnskapssenterets nettsider, samtaler med Kunnskapssenterets ledelse, og ved å avholde elleve høringsmøter. Evalueringsgruppen intervjuet 54 representanter for utvalgte fagmiljøer og aktører som er i berøring med Kunnskapssenteret eller deres virksomhet. Rapporten er delt i hovedtema, med beskrivelse av utfordringer, en sammenfatning av høringsinnspillene, og evalueringsgruppens oppsummering av disse. Innspillene er grundig referert, fordi høringsmiljøene representerer "landskapet" som Kunnskapssenteret må forholde seg til, både når det gjelder legitimitet, formidling og implementering. På grunnlag av evalueringsgruppens vurdering av høringsinnspillene, av et omfattende bakgrunnsmateriale og av Kunnskapssenterets egne presentasjoner, har evalueringsgruppen formulert en rekke anbefalinger.

Satsningen på kunnskapsbasert styring

Etableringen av Kunnskapssenteret er del av en nasjonal satsning på bedre kunnskapsbasert styring av norsk helsetjeneste, og skal sikre at nødvendig grunnlag for kunnskapsbaserte beslutninger kan fremskaffes. Etableringen er interessant også i et internasjonalt perspektiv. Senteret agerer innenfor et nytt fagfelt som innebærer store utfordringer, ikke minst fordi etablerte forestillinger og roller påvirkes og delvis trues. Dette fremkaller en avventende holdning innen helsetjenesten og hos berørte aktører, som må regnes som naturlig. En vedvarende og åpen diskusjon er viktig for en formålstjenlig utvikling, som også kan bidra til å skape økt gjensidig tillit.

Oppbyggingsfasen

Oppbyggingen av Kunnskapssenteret som en komplisert, ny virksomhet stiller store krav. Evalueringsgruppen vurderer satsningen på tilstrekkelig kritisk masse og funksjonalitet i etableringsfasen som veloverveid og formålstjenlig. Evalueringsgruppen vurderer Kunnskapssenteret i sin helhet som en vellykket satsning med et godt resultat både når det gjelder bredde, initiativ og vitalitet. Kunnskapssenteret har innenfor sitt ene kjerneområde, kunnskapsoppsummeringer, produsert et stort antall rapporter på kort tid. Evalueringsgruppen har i rapporten gitt en rekke anbefalinger for en hensiktsmessig videre utvikling av Kunnskapssenteret, uten økning av ressursrammer.

Kunnskapssenterets uavhengighet og legitimitet

Kunnskapssenterets faglige uavhengighet og vitenskapelige legitimitet er helt avgjørende. Legitimiteten synes for evalueringsgruppen å ha økt med tiden og Kunnskapssenteret synes å være godt akseptert. Det er i mange fagmiljøer og blant relevante aktører uttrykt skepsis til den nyetablerte sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Uavhengighet og legitimitet krever en kontinuerlig balansegang i forhold til politiske føringer.

Fokusering av innsatsen

Bredden i Kunnskapssenterets arbeidsfelt utgjør en trussel mot fagmiljøenes tillit til Kunnskapssenterets produkter, og mot muligheten for å kunne bidra til at evidensbasert kunnskap tas i bruk. Det er et omfattende behov for å fremskaffe kunnskapsgrunnlag innen hele det kunnskapsdynamiske medisinske feltet. Evalueringsgruppen mener at bredden av ansvars- og arbeidsområder bør analyseres og innsatsen konsentreres. Det er en viktig og logisk idé at kunnskapsoppsummeringer, monitorering, arbeid med kvalitetsregistre og kvalitetsutviklingsspørsmål utgjør en sammenhengende kjede. Men dersom Kunnskapssenteret skulle gå i dybden innenfor alle disse områdene, foreligger en sterk risiko for utvanning og tap av fokus. Kunnskapssenteret kan ha en understøttende funksjon, både når det gjelder monitorering og kvalitetsforbedringsarbeidet. Selve innsamlingen av data og drift av kvalitetsregistre bør imidlertid ligge nær klinisk praksis og ikke i Kunnskapssenteret. Evalueringsgruppen anbefaler en gjennomtenkt avgrensning av disse arbeidsoppgavene som med fordel kan fordeles på ulike aktører.

Internasjonal innretning

Kunnskapssenteret er internasjonalt innrettet gjennom sine nettverk og kontakter. Potensialet i dette bør utnyttes ytterligere ved i større grad å bygge på internasjonale metodevurderinger. Samtidig bør Kunnskapssenteret kunne bidra betydelig i det økende internasjonale samarbeidet og til arbeidsdeling innenfor metodevurderingsområdet.

Produktenes kvalitet og relevans

Kvalitet og relevans av Kunnskapssenterets produkter er vurdert som generelt god. Det anbefales dog å utvikle en bedre strategi for hvordan temaene skal utvelges, for hvordan eksterne utredningsgrupper settes sammen, og for konsekvent bruk av peer review av rapportene før publisering.

Implementering

Bruk og implementering av den utviklede kunnskapen innen medisinsk metodevurdering er nøkkelen til suksess. Kunnskapsoppsummeringer må være relevante, komme i rett tid og være tilgjengelige også i omfang og utforming for å bli tatt i bruk. Det er et gap mellom etablert kunnskap fra kunnskapsoppsummeringer og praksis i helsetjenesten i de aller fleste land. Dette truer troverdigheten i styringen av helsetjenesten. Kunnskapssenteret har en stor utfordring i å bidra til at eksisterende kunnskap tas i bruk, og Helsebiblioteket synes så langt å være en vellykket satsning som redskap for håndtering av kommunikasjonsutfordringene.

Kompetanseoppbygging

Avslutningsvis mener evalueringsgruppen at den foreslåtte regionale nettverksstrategien for den videre utviklingen av Kunnskapssenteret kan bidra til bedre resultater knyttet til implementering, men er også en nøkkel til håndtering av spørsmålene bl.a. knyttet til arbeidsdeling og tilstrekkelig kritisk masse for flervitenskapelig kompetanse. I korthet innebærer den at en kjerne i Kunnskapssenteret samspiller med regionale kunnskapsmiljøer som universitetene og RHFene fortløpende bygger opp. Det er behov for arbeidsdeling og et tettere samspill mellom hovedaktørene.

1.2 Summary

The Centre's Role and Achievement

An external evaluation of the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (the Knowledge Centre) was carried out in 2007 under the leadership of Johan Calltorp on behalf of the Directorate for Health and Social Affairs. The aim of the evaluation was to make recommendations, based on the current situation, for the next strategic plan and the further development of the Knowledge Centre. Information was collected using a number of background documents, the Centre's website, discussions with the Centre's leaders and by holding eleven hearings with the Centre's main points of contact in its work. The evaluation team interviewed 54 representatives of selected groups and fields, which are affected by the Centre or its activity. The report is divided into main themes, with descriptions of the challenges, a summary of the hearings and the evaluation team's comments on these. These contributions are referenced in detail because the parties taking part in the hearings represent the 'landscape' with which the Centre must relate, both in terms of legitimacy, dissemination and implementation. The evaluation team has formulated a number of recommendations based on their view of the hearings, a large amount of background material and the Centre's own presentations.

Importance of evidence-based practice

The establishment of the Centre forms part of a national strategy to improve the evidence base on which the Norwegian health service practises and to ensure that the necessary evidence base for decision-making is available. The Centre's establishment is also interesting from an international point of view. The Centre moves within a new field, which presents major challenges, not least because established attitudes and roles are affected, and in some ways, threatened. A certain reservation within the health service and in those affected must be seen as a natural response. An ongoing and open discussion is important to allow appropriate development, which can also help increase trust between parties involved.

Establishment Phase

The establishment phase of the Centre as a complex, new operation was a demanding process. The evaluation team feels that sufficient critical mass and functionality in the establishment phase was well-considered and served its purpose. The team considers the Centre as a whole to be a successful effort with good results in terms of its breadth, initiative and vitality. Within the one of its core activities, evidence summaries, the Centre has produced a large number of reports in a short time. The evaluation team has, in its report, given a number of recommendations to help the Centre develop appropriately without affecting its resource framework.

The Centre's Independence and Legitimacy

The Centre's independence within its field of activity and its scientific legitimacy are essential components for its success. The evaluation team feels that the Centre's legitimacy has grown over time and that the Centre appears to be well accepted. In many associated fields and among relevant actors, scepticism has been expressed regarding the newly established secretarial function for the National Council for Quality Improvement and Prioritizing in the Health Services. Independence and legitimacy require a continual balancing act in relation to political guidelines.

The focus of activity

The current breadth of the Centre's work constitutes a threat to the level of trust its products receive from actors in relevant fields. It also affects the Centre's chances of influencing how much evidence-based knowledge is actually used. There is a comprehensive need to make the evidence base available for the entire medical field. The evaluation team feels that the breadth of responsibilities and areas of work in the Centre should be analysed and that the effort should be concentrated. It is important and logical that evidence summaries, monitoring, work with quality registers and quality development are part of a connected chain. Availability of patient data on medical results is an important ingredient of knowledge based health care. But if the Knowledge Centre were to be heavily involved in all these areas, there is a strong risk of dilution and loss of focus. The Centre can have a supportive function, both for monitoring and quality improvement work. Collection of data and management of quality registers should, however, be closer to clinical practice and not within the Centre. The evaluation team recommends a well-considered limitation of these tasks, which could be divided between different actors to the advantage of all.

International Context

The Centre is well established internationally by good networks and contacts. The potential this offers should be exploited more by greater use of international health technology assessments. At the same time, the Centre could contribute considerably to the increasing levels of international cooperation and work sharing within the field of health technology assessment.

The Quality and Relevance of Products

The quality and relevance of the Centre's products is generally considered to be good. However, we recommend a better strategy for deciding which themes to cover, for deciding how external advisory groups are put together and for consistent use of peer review processes before reports are published.

Implementation

Use and implementation of the knowledge developed within health technology assessments is the key to success. Evidence summaries must be relevant, come at the right time, and be readily available for use, including in their coverage and form. In most countries, there is a gap between the established knowledge from evidence summaries and actual practice in the health service. This undermines management of the health service. The Centre faces a major challenge in helping to get the existing knowledge into use, and the Health Library appears so far to be a successful tool for dealing with these challenges of communication.

Competence Building

Finally, the evaluation team feels that the suggested regional network strategy for the further development of the Knowledge Centre may contribute to better results for implementation. It is also a key to tackling such questions as handling the number of urgent tasks and achieving the critical mass necessary for multi-disciplinary competence. In short, this means that a core at the Knowledge Centre would interplay with regional knowledge groups such as those which the universities and Regional Health Authorities are currently building up. There is a need for work load sharing and a closer interplay between the main actors in the field.

2. Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble etablert 1.januar 2004 ved sammenslåing av Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) og Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir), som opprinnelig var helsetjenesteforskningsmiljøet ved Folkehelseinstituttet. De tre fagmiljøene var kjennetegnet ved ulike arbeidsområder, -metoder og kultur, og det ble ved opprettelsen lagt en føring for at Kunnskapssenterets virksomhet skulle evalueres innen tre år.

Kunnskapssenteret utviklet vinteren 2004/2005 en strategisk plan for perioden 2005-2007 og har innrettet virksomheten etter denne. Kunnskapssenterets vitenskapelige råd var oppnevnt for perioden 2004-2006 og var viktige i forbindelse med utarbeidelse av denne strategien. Det skal nå utformes en ny strategi for kommende periode 2008-2010, og etter tre års virksomhet ønsket Kunnskapssenteret og Etatsstyrer (SHdir) at en ekstern evaluering av Kunnskapssenterets arbeid og produkter skulle gjennomføres. Evalueringen skal danne grunnlaget for ny strategisk plan, og ønsket er at evalueringen utformes med et utviklende perspektiv som kan gi retning for det videre plan- og strategiarbeidet.

2.1 Oppdraget

Før nyttår i 2006 besluttet etatsstyrer igangsettingen av evalueringen, og utkast til mandat ble utarbeidet i samarbeid med Kunnskapssenteret. Det ble satt følgende mål for evalueringen:

1. Vurdere om Kunnskapssenterets virksomhet og videre planer er i tråd med de føringer som er gitt ved etableringen og i senere styringsdokumenter (St.prp.nr.1, vedtekter og sluttrapport fra etableringsprosjektet).
2. Vurdere om Kunnskapssenterets arbeidsområder og -aktiviteter er tilstrekkelig avklart og om de planlagte prioriteringene er hensiktsmessige.
3. Vurdere kvaliteten på og relevansen av Kunnskapssenterets publikasjoner og andre produkter og tjenester.
4. Vurdere ulike brukergruppers erfaring med og nytte av Kunnskapssenteret og dets produkter og tjenester.
5. Vurdere samhandlingen med bestillere og oppdragsgivere, også i lys av etableringen av nye funksjoner i Kunnskapssenteret i inneværende år.
6. Vurdere samhandling og dialog med etatsstyrer.
7. Vurdere Kunnskapssenterets nasjonale rolle innen kunnskapshåndtering, monitorering og kvalitetsforbedring.
8. Vurdere Kunnskapssenterets aktivitet sett i et internasjonalt perspektiv.

Januar 2007 forespurte SHdir kandidater til en ekstern evalueringsgruppe om deltakelse. Medlemmene i evalueringsgruppen skulle samlet representere et skandinavisk perspektiv på Kunnskapssenterets arbeid, god kjennskap til norsk helsetjeneste, erfaring med evalueringer og være representative med hensyn til kjønn og geografi. Medlemmene skulle ikke ha eller ha hatt nær tilknytning til Kunnskapssenteret eller til noe av de tre fagmiljøene som inngikk i Kunnskapssenteret.

SHdir som oppdragsgiver oppnevnte en evalueringsgruppe med 5 medlemmer.

- Johan Calltorp, prof. dr.med., ekspert tilknyttet Socialdepartementet, Sverige. Leder av evalueringsgruppen.
- Nina Rehnqvist, prof. dr.med., styreleder i Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Sverige.
- Stig Slørdahl, prof. dr.med., dekanus, Det medisinske fakultet, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet.
- Ragna Valen, fakultetsdirektør, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Hans Erik Heier, prof.dr.med., Ullevål universitetssykehus/ Universitetet i Oslo.

Sekretariatsfunksjonen ble ivaretatt av Barbra Noodt, dr.philos., seniorrådgiver i SHdir og saksbehandler for etatsstyringen av Kunnskapssenteret.

Mandatet presiserte dessuten følgende:

Gruppen konstituerer seg selv og velger sin egen leder. Gruppens tilrådning baseres på konsensus, men divergerende synspunkter må fremkomme i en kortfattet rapport som leveres innen avtalt frist. Oppnevningsperioden for gruppens medlemmer varer til endelig rapport er avgitt til oppdragsgiver. Gruppen velger selv egnede arbeidsmetoder og fremgangsmåte, antall møter og møtested. Habilitetsforhold dokumenteres skriftlig. Oppdragsgiver ivaretar sekretariatsfunksjonen og omfanget avtales ved oppstart av arbeidet. Arbeidet i gruppen godtgjøres etter statens satser. Kunnskapssenteret skal få anledning til å uttale seg før endelig rapport avgis.

2.2 Gjennomføring

Evalueringsgruppen konstituerte seg selv 26.mars 2007 og har avholdt åtte møter i Oslo, på Gardermoen og i Trondheim i perioden mars - oktober 2007. Johan Calltorp har vært gruppens leder. Evalueringsgruppen innhentet informasjon om Kunnskapssenteret ved å sette seg inn i en rekke bakgrunnsdokumenter (for oversikt, se vedlegg I), ved å konsultere Kunnskapssenterets nettsider, ved samtaler med Kunnskapssenterets ledelse, og ved å intervju utvalgte aktører som er i berøring med Kunnskapssenteret eller deres virksomhet. Da opprettelsen av Kunnskapssenteret har vært omdiskutert, og svært mange ulike synspunkter har vært uttrykt om virksomheten, ønsket evalueringsgruppen en svært bred høringsprosess som gjenspeilte både kompleksiteten i helsetjenesten og eventuelle ulike geografiske oppfatninger.

Høringsdeltakere

Til sammen 54 personer ble intervjuet, se vedlegg II. Representanter fra følgende aktører ble invitert til høringsmøter:

- Helsemyndighetene (Helse- og omsorgsdepartementet og SHdir)
- Offentlige etater innen helsesektoren (Statens legemiddelverk, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet)
- Norges forskningsråd
- Universitetene og Høyskolene (De medisinske fakultetene i Tromsø, Bergen og Oslo, Høyskolen i Bergen, Universitets- og høyskolerådet)
- Profesjonsorganisasjonene (Sykepleierforbundet, Fysioterapeutforbundet, Psykologforeningen, Tannlegeforeningen, Legeforeningen)
- RHFene (Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sørøst)
- Kommunehelsetjenesten (Nøtterøy kommune, Oslo kommune)
- Psykisk helsevern (Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-BUP) Sørøst, Bærum kommune)
- Kunnskapssenterets tidligere vitenskapelige råd
- Kunnskapssenterets nåværende fagråd.

Det geografiske utvalg av representanter var til dels preget av hva som var praktisk gjennomførbart. For eksempel måtte representanter for kommunehelsetjenesten i Nord-, Midt-, og Sør-Norge dessverre melde forfall på kort varsel.

I tillegg ble representanter for tre fag/temaområder invitert til høringsmøter:

- Kardiologi
- Revmatologi
- Nye behandlingsmetoder

Fagområdene ble valgt ut fordi disse har vært omhandlet i flere prosjekter i Kunnskapssenteret.

Høringsmøtene

Elleve høringsmøter ble avholdt i løpet av fem dager i mai og juni 2007. Det ble utarbeidet en struktur for høringsmøtene (se vedlegg III) som ble tilpasset etter behov, og som dannet utgangspunkt for relativt frie intervjuer. Med innkallingen til høringsmøtene ble også lenker til utvalgte dokumenter sendt ut. Høringsmøtene var preget av stor åpenhet og engasjement og ble i tilbakemeldinger av deltakere karakterisert som svært interessante. Deltakelse i høringsmøtene syntes å være høyt prioritert blant de inviterte. Det ble utarbeidet utfyllende oppsummeringer etter høringsmøtene, der innspillene ble sortert etter tema (for oversikt, se vedlegg IV). Oppsummeringene ble sendt ut til møtedeltakerne for rettelse og godkjenning. Oppsummeringene er håndtert som interne arbeidsdokumenter av evalueringsgruppen. Evalueringsgruppen har også mottatt noen høringsinnspill i brev form.

Dialog med Kunnskapssenteret

Evalueringsgruppen møtte Kunnskapssenteret og oppdragsgiver i sitt første møte i mars 2007. Her ble Kunnskapssenteret og evalueringsoppdraget diskutert. I møtet forelå rapporten fra en intern egnevaluering i Kunnskapssenteret, gjennomført i mars 2007, og en rekke bakgrunnsdokumenter. Kunnskapssenterets ledelse ble

innkalt til et høringsmøte i juni 2007 for faktaavklaringer. Forslag til anbefalinger ble presentert for Kunnskapssenterets ledelse og for representanter for Kunnskapssenterets fagråd i høringsmøte XI i september 2007.

Rapporten

Rapporten er delt i seks kapitler. Sammendraget (kap.1) er oversatt til engelsk. Innledningen (kap.2) omhandler oppdraget og gjennomføringen. I bakgrunn (kap.3) er metodevurderingsarbeidet og Kunnskapssenteret satt i en internasjonal og nordisk sammenheng. Her er også vurderingene knyttet til etableringen av Kunnskapssenteret referert, og Kunnskapssenterets organisasjon og utvikling skissert. Evalueringen tok bl.a. utgangspunkt i temaene som ble diskutert i høringsmøtene. Diskusjonen (kap.4) inneholder en skisse av utfordringene knyttet til hovedtemaene, en sammenfatning av høringsinnspillene og evalueringsgruppens oppsummering av disse.

Innspillene i høringsmøtene er grundig referert og oppsummert uten at disse representerer evalueringsgruppens vurderinger og synspunkter. Høringsinnspillene ansees som viktige å videreformidle da høringsmiljøene er representanter for det "landskap" som Kunnskapssenteret generelt må forholde seg til, både når det gjelder legitimitet, formidling og implementering. På grunnlag av evalueringsgruppens vurdering av høringsoppsummeringene, av et bredt bakgrunnsmateriale, og av Kunnskapssenterets egne presentasjoner har evalueringsgruppen gjort sine vurderinger og formulert en rekke anbefalinger.

Kapittelet med anbefalinger (kap.5) inneholder forslag om å legge en regional nettverksstrategi til grunn for den videre utviklingen av Kunnskapssenteret. I tillegg er anbefalingene fra kapittel fire gjentatt for å skape oversikt. Konklusjonen (kap.6) setter anbefalingene i en sammenheng og gir kortfattede svar på spørsmålene i mandatet. Relevante dokumenter og oversikter er samlet som vedlegg I-IX.

Tekstutkast ble distribuert og diskutert via elektronisk post og i møter. Før offentliggjøring fikk Kunnskapssenteret oversendt utkast til rapporten for eventuelle rettelser og faktaavklaringer. Rapporten ble oversendt oppdragsgiver og offentliggjort 15.oktober 2007.

Avgrensning av evalueringen

Evalueringsgruppen har ikke tatt stilling til om, og eventuelt i hvilken grad, kunnskapsoppsummeringsarbeidet og kunnskapsbasert styring og praksis i helsesektoren er hensiktsmessig. Evalueringsgruppen har tolket mandatet slik at det ikke omfatter en vurdering av plasseringen av Kunnskapssenteret som selvstendig virksomhet underlagt helseforvaltningen, eller plasseringen av de nye enhetene og arbeidsområdene som for en stor del er tillagt Kunnskapssenteret fra 2007. Evalueringsgruppen har tatt utgangspunkt i de rammene som foreligger og vurdert dagens situasjon, og gir på dette grunnlaget anbefalinger for den videre utviklingen av Kunnskapssenteret.

Kvalitets- og nyttevurderingen av Kunnskapssenteret og dets rapporter er basert på innspillene i høringsmøtene. Evalueringsgruppen har innenfor den knappe tidsrammen ikke hatt kapasitet til å gå inn i enkeltarbeider og rapporter for å vurdere

kvaliteten. Det er heller ikke gjennomført noen systematisk undersøkelse av kjennskap til og bruk av rapportene.

Begrepsbruk

Metodevurderingsfeltet er relativt nytt, og begrepsbruken er foreløpig ikke entydig avklart. Dermed er begrepene kunnskapsbasert styring og ledelse, kunnskapsbaserte eller evidensbaserte helsetjenester, metodevurdering, Health Technology Assessment (HTA), kunnskapsoppsummering og kunnskapshåndtering m.fl. i noen grad brukt om hverandre.

Fokuset i denne rapporten er avgrenset til helsetjenesten som omfatter både primær- og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten omfatter sykehusvirksomheten, men også privatpraktiserende spesialister. Primærhelsetjenesten inngår i kommunehelsetjenesten som også omfatter pleie- og omsorgstjenesten. Fagmiljøene er til dels organisert i spesialiteter i spesialforeningene, som er del av profesjonsorganisasjonene. Fagmiljøene er forankret ved universitetene, men selvfølgelig også i helsetjenesten. Begrepene overlapper altså til dels med hverandre. Evalueringsgruppen bruker begrepet "helsetjenesten" om målgrupper som først og fremst er innrettet på pasientens beste, mens bruk av begrepet fagmiljøer skal antyde primært en akademisk innretning.

Primærhelsetjenesten er organisert i 431 kommuner som er organisert i Kommunenes sentralforbund. Når evalueringsgruppen indikerer profesjonsorganisasjoner, spesialforeninger og foretak som målgruppe, går man ut fra at fagspesialitetene innbefatter også yrkesgruppene tilknyttet primærhelsetjenesten.

2.3 Habilitet

Evalueringsgruppens medlemmer fikk før oppnevning tilsendt SHdirs habilitetsskjema for kartlegging av interessekonflikter, se vedlegg V. Evalueringsgruppens deltakere har dels deltatt i en av Kunnskapssenterets utredningsgrupper (Hans Erik Heier), og har dels interesser knyttet til fagområdet medisinsk metodevurdering som styreleder for den svenske tilsvarende organisasjonen som Kunnskapssenteret, SBU (Nina Rehnqvist), eller som professor innen helsetjenesteforskning (Johan Calltorp). Én har hatt ansvar for etableringen av norsk hjerteinfarktregister og er også medlem i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering (Stig Slørdahl). Oppdragsgiver har vurdert disse forhold til ikke å innebære habilitetsproblemer.

Høringsdeltakerne fikk tilsendt habilitetsskjemaet dels i etterkant, og dels i forkant av høringsmøtene. Inhabilitet ble ikke ansett som hindring fra å delta i høringsmøtene, men det ble ansett som ønskelig at slike forhold er kjent. To høringsdeltakere hadde nære personlige relasjoner til ansatte i Kunnskapssenteret. Dette ble tatt hensyn til i evalueringsgruppens vurdering av høringsdeltakernes innspill.

Sekretariatet for evalueringsgruppen ivaretar samtidig saksbehandlingen for etatsstyrer av Kunnskapssenteret i SHdir. Evalueringsgruppen har vært oppmerksom på denne dobbelfunksjonen. Sekretariatets oppgave har vært å bidra med kjennskap til Kunnskapssenteret, å fremskaffe nødvendig bakgrunnsinformasjon, å tilrettelegge

for evalueringsgruppens arbeid, og å formidle høringsdeltakernes synspunkter og evalueringsgruppens vurderinger. Evalueringsgruppen mener at dette er håndtert på en profesjonell måte. Evalueringsgruppen er alene ansvarlig for de vurderinger som er gjort og de konklusjoner som er trukket.

3. Bakgrunn

3.1 Kunnskapsbasert styring – et perspektiv i utvikling

I alle industrialiserte samfunn har helse- og omsorgstjenesten utviklet seg til å bli en av samfunnets mest komplekse og dynamiske kunnskapsorganisasjoner. En rask og sterk utvikling innen biomedisin, som er tverrfaglig knyttet til en rekke andre vitenskaper (life sciences), skaper stadig nye muligheter for intervensjoner i menneskers livsløp. Den demografiske utviklingen og den generelt økende etterspørselen etter velferdstjenester har samtidig skapt et økonomisk, men også organisatorisk press på helse- og omsorgstjenesten. Som en følge utvider helsesektoren stadig sine rammer og har fått en økende rolle i velferdsstaten. Helsesektoren omfatter et bredt spekter av aktiviteter og virksomheter, fra fokuserte biomedisinske kjerneområder til funksjoner med store kontaktflater mot andre sektorer i samfunnet.

Det er registrert en avflatende marginalnytte av den stadig økende innsatsen i helsetjenesten. Samtidig har den stadig raskere utviklingen av biomedisinske intervensjonsmetoder og spørsmål knyttet til mening, livskvalitet og etikk, ført til at det gjennom de siste tiårene har utviklet seg en tenkning og økende aktivitet knyttet til metodevurdering i helsetjenesten. Metodevurdering er bygget opp av mange komponenter som stammer fra ulike vitenskaper og metoder. Health technology assessment (HTA) inkluderer vurdering av tiltak i helsetjenesten ut fra et samlet medisinsk og helsefaglig, helseøkonomisk, etisk og samfunnsmessig perspektiv. Nomenklaturen innen feltet er ikke entydig avklart. I prinsippet bidrar ulike forskningsdisipliner med basale perspektiv som forenes i en stadig mer tverrfaglig tilnærming til utfordringene i helsetjenesten.

Det er de senere år vokst frem et særskilt fokus på resultatmåling av helsetjenestens innsats, både når det gjelder medisinsk utfall og pasienterfaringer og –opplevelser. Denne internasjonale bevegelsen, det såkalte "outcomes movement", omfatter en avansert utvikling av indikatorer, målemetoder og sammenstilling av resultatene i pasient- og kvalitetsregistre.

Kvalitetsbevegelsen er et annet spesialisert område internasjonalt. Det er to ulike hovedretninger: Resultatmåling av innsatsen i helsetjenesten (i nær tilknytning til outcomes-bevegelsen), og et kvalitetsperspektiv for organisasjonenes funksjon og helhet med fokus på prosesser og arbeidsmetoder. Denne retningen er påvirket av utviklingen innen andre deler av samfunnet, særlig industrien og servicenæringen.

Det vokser altså frem en metodevurderingstenkning i helsetjenesten. Ettersom helsetjenesten øker i volum, bredde og organisatorisk kompleksitet, øker også behovet for vitenskapelig tilnærming for å evaluere effekten av tiltakene, og for å utvikle gode modeller for styring, ledelse og organisering.

I og med at samfunnet og dets beslutningstakere skal håndtere dette komplekse området, har tenkningen og begrepet "kunnskapsbasert styring" utviklet seg. Tenkningen bygger på at man, for å styre helsetjenesten som en kompleks og

dynamisk kunnskapsorganisasjon, må benytte og mobilisere kompetansen og kunnskapen som genereres der. Dette feltet er komplekst og for en stor del lite utviklet. En vesentlig komponent er begrepet "kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester". Dette er et samlebegrep for metodevurderingsbevegelsens resultater knyttet til medisinske metoder og for bevegelsen som skapte evidence based medicine/ -practice og Cochrane Collaboration. Resultatene forventes å bli anvendt i praksis og i styring, ledelse og forvaltning av helsetjenesten på ulike nivåer. Man har også begynt å bruke begrepet "evidens- eller kunnskapsbasert helsetjenesteorganisering" for å samle den kunnskap og erfaring som er knyttet til organiseringen av helsetjenesten.

Begrepene "kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester" og "kunnskapsstyrt helsetjeneste" kan i utgangspunktet virke rasjonelle og ukontroversielle og bygger på en oppfatning av at helsetjenesten hovedsakelig skal kunne styres ut fra objektive, vitenskapelig baserte metoder. Begrepet er imidlertid kontroversielt, først og fremst på grunn av de mange aktørene og interessene som er representert innen helsetjenesten. Helsetjenesten utøves i stor grad av yrkesutøvere som er svært profesjonelle, som i stor grad er styrt av profesjonsrettede vurderinger og regelverk basert på et vitenskapelig grunnlag, og der yrkestrening er avgjørende.

Helsetjenesteadministrasjonen utgjør en annen delkomponent i systemet. Det har begynt å utvikle seg spesifikke yrkesgrupper for å håndtere den store organisasjonen. Politikere har et endelig ansvar for helsetjenesten, og må stå til ansvar overfor velgerne. De må forholde seg til det komplekse og voksende kravbildet knyttet til denne samfunnssektoren. Aktørgruppene har ulike referanserammer, ulike drivkrefter og en diskusjon om kunnskapsstyring inneholder selvsagt spenningsmomenter. De tradisjonelt sett sterke profesjonene i helsetjenesten kommer i konflikt med de administrative og politiske nivåenes behov og forpliktelser til å håndtere det store og komplekse systemet med ulike metoder. Til dels er det også ulike målsettinger. Det er dermed naturlig at konflikter oppstår. Men det vil uansett være nødvendig å utvikle egnede metoder for å håndtere kunnskapsspørsmål i helsetjenesten. I møte med pasienten innvirker både pasientens individuelle tilstand, helsepersonellens dyktighet og hensyn til organisasjonen som man er en del av. Dette aspektet er viktig å hensynta når kunnskap frembragt ved medisinsk metodevurdering skal implementeres i praksis, som et kunnskapsbasert helsetjenestetilbud til den enkelte pasient.

3.2 Den internasjonale utviklingen innen metodevurderingsområdet

De nordiske landene har tidlig etablert seg på metodevurderingsområdet og gir store bidrag til arbeidet, både kunnskaps- og metodemessig. Samtidig drar de stor nytte av det internasjonale samarbeidet.

HTA-bevegelsen ble tidlig internasjonal med sterke og aktive nettverk i Europa og globalt. Det pågår en rask internasjonal utvikling innen området, dels innen metodeutvikling, dels når det gjelder konsepter og idéer. Det foreligger en omfattende internasjonal kunnskapsbase knyttet til HTA, som stadig oppdateres og

som bør kunne benyttes av de enkelte landene under forutsetning av en tilpasning til nasjonale forhold.

I den internasjonale samarbeidsorganisasjonen INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) inngår 46 medlemmer, hvorav 30 fra land i Europa. I tillegg finnes organisasjoner som ikke er med i INAHTA, men som deltar i European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA). Det er etablert en internasjonal faglig organisasjon for enkeltpersoner og institusjoner som kalles HTAi.

Organisasjonene inndeles i dem som kun omfatter HTA, til dels kun HTA av legemidler, og på den andre siden organisasjoner med et bredere fokus som også kan omfatte et normativt mandat, eller der HTA kompletteres med monitorering og oppfølging av pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret hører til den siste kategorien. Dermed forventes Kunnskapssenteret å få større innflytelse på "policyutforming", arbeidet med retningslinjer, og skal også drive noe helsetjenesteforskning. Organisasjonene med et bredere fokus er ofte resultat av en sammenslåing av flere smalere organisasjoner, slik som Kunnskapssenteret, se kap.3.4.

Alle HTA-organisasjoner, eller organisasjoner med oppgaver knyttet til kunnskapsbasert styring, har behov for gjennomslag for å rettferdiggjøre sin eksistens. Som mulige suksessfaktorer regnes personlige relasjoner mellom forskere og beslutningstakere, at kunnskapen berører et relevant område og fremlegges i rett tid, at eventuelle rapporter er lettleste med et sammendrag og tydelige anbefalinger, høy kvalitet, at anbefalingene er i tråd med gjeldende praksis og politiske målsettinger, etterspørsel fra pasienter og andre brukere, og at effektmålinger foreligger. Følgende regnes som hindringer for implementering: manglende kontakt mellom dem som utfører kunnskapsoppsummeringene og beslutningstakere, dårlig relevans og timing, gjensidig mistillit eller manglende tillit mellom forskere og beslutningstakere, dårlig kvalitet, om det foreligger en økonomisk drakamp mellom forskere og beslutningstakere, og ikke minst manglende kontinuitet i interessen og oppfølgingen fra politisk hold.

Det er en grunnleggende problemstilling hvorvidt en HTA-organisasjon skal befatte seg med vurderinger som også inkluderer anbefalinger og retningslinjer. Det er verdt å merke seg at en del HTA-organisasjoner er blitt nedlagt fordi de er gått utover sitt mandat og inn på det helsepolitiske området (For eksempel i USA og Australia). På den andre siden er trenden slik at organisasjoner med delvis overlappende oppdrag ofte slås sammen til en felles organisasjon, for nettopp å oppnå implementering av kunnskapsoppsummeringer i retningslinjearbeidet. Det er en stor risiko for at tilliten som er bygget opp som en upartisk organisasjon for kunnskapsoppsummering uten andre ambisjoner enn å fremlegge fakta, raskt kan brytes ned dersom organisasjonen også foretar politiske eller semipolitiske vurderinger med anbefalinger av normerende art.

Organisasjonene som har et bredere fokus, har eksistert kortere tid enn de opprinnelige, mer avgrensede organisasjonene. Kanskje er evalueringen av Kunnskapssenteret noe tidlig, spesielt siden den viktige delen av kunnskapsbasert styring som går ut på videre oppfølging av implementeringen av resultatene hittil ikke

har hatt noen fremtredende plass i organisasjonen. Det foreligger lite data om eget gjennomslag.

3.3 Utviklingen i Norden

Utviklingen av helsetjenesten i hvert av de nordiske landene skjer i økende grad i en europeisk og global sammenheng. Likevel er felles verdigrunnlag, språk og kultur fortsatt et viktig grunnlag for det medisinsk- og helsefaglige samarbeidet i Norden. Utviklingen av nordiske nettverk for nomenklatur, standardisering og evaluering har en lang tradisjon i disse landene. Eksempler på nordiske fellesprosjekter er kunnskapsoppsummeringer knyttet til hørselshjelpemidler og søvnapné.

Danmark

I Danmark finnes et nasjonalt Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering (CEMTV). Dette senteret ble etablert i 1997 som del av Sundhedsstyrelsen og ivaretar både HTA og annen evaluering av ulike deler av helsetjenesten. Anbefalinger og rapporter omfatter altså både de rent medisinske, men også organisatoriske og strukturelle aspekter. Senteret samarbeider om enkeltoppdrag med de tre universitetstilknyttede regionale enhetene for teknologivurdering som finnes i København, Århus og Odense (5-10 medarbeidere innen kunnskapsoppsummering på hvert sted). Dette har styrket hele metodevurderingsfeltet i Danmark og bidratt til gode kontakter med helsetjenesten, noe som bidrar til bedre implementering av resultatene.

I tillegg finnes Institut for Folksundhedsvidenskab ved Universitetet i København, som fungerer som School of Public Health innen medisin, odontologi og folkehelsevitenskap, samt Statens Institut for Folksundhed som er et selvstendig forskningsinstitutt underlagt Indenrigsministeriet og Helseministeriet.

Finland

I Finland er den nasjonale metodevurderingskompetansen hovedsakelig tilknyttet STAKES som er et nasjonalt forsknings- og utviklingssenter for sosial- og helsetjenesten. STAKES er et selvstendig ekspertorgan som administrativt er underlagt Sosial- og helsedepartementet. Oppdraget er å fremlegge informasjon og kunnskap for beslutningstakere og alle øvrige aktører innen området. I STAKES finnes Enhet for metodevurdering (FinOHTA), Senter for helseøkonomi (CHESS) og flere andre ekspertenheter. STAKES dekker altså hele spekteret av kunnskapsområder knyttet til metodevurdering og organisering. I tillegg finnes ved flere av universitetene enheter med fokus på public health, organisering og metodevurdering (for eksempel Helsingfors, Kuopio, Tammerfors).

Sverige

I Sverige har medisinsk metodevurdering vært samlet i Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) siden 1987. SBU er altså en av pionerene blant HTA-organisasjoner internasjonalt. Profilen er rendyrket innrettet mot å fremskaffe kunnskapsoppsummeringer som gjøres tilgjengelig for helsesektoren.

I Sverige tar ulike parter ansvar for kunnskapsformidling. Sjukvårdshuvudmännens nationella intresseorganisation (SKL) befatter seg med spørsmål knyttet til prosesser og kvalitet. Sosialstyrelsen som er et nasjonalt myndighetsorgan underlagt Sosialdepartementet, utfører tilsyn, kvalitetsmåling og i økende grad arbeid med retningslinjer for klinisk praksis. Retningslinjene omfatter kunnskapsgrunnlag og normerende retningslinjer knyttet til viktige og store sykdomsgrupper. SBU utfører systematiske kunnskapsoppsummeringer, Läkemedelsverket (LV) gir anbefalinger på legemiddelområdet, og Läkemedelsförmålsnämnden (LFN) avgjør spørsmål om refusjon basert på systematiske helseøkonomiske utredninger. Myndighetene samarbeider i økende grad innen kunnskapsområdet, særlig SBU og Sosialstyrelsen.

Ved de seks medisinske fakultetene i Sverige finnes forskningsgrupper knyttet til metodevurdering og annet kunnskapoppsummeringsarbeid i ulike konstellasjoner. I en offentlig utredning (Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande från Ansvarskommittén. SOU:2007:10) foreligger ulike forslag for ytterligere regionalisering av helsetjenesten. I forslaget ligger skisser og forslag for oppbyggingen av regionale kunnskapssentre. Her er relevante fagområder ved universitetene tenkt å samarbeide tett med representanter for helsetjenesten med klinisk kompetanse innen fagområdene.

Oppsummering

De nordiske landene har dermed en betydelig aktivitet innen kunnskapsoppsummering og metodevurdering. Utforming og organisering varierer, avhengig av tradisjonene i de ulike landene. Alle nordiske land anser helsetjenestens utfordringer knyttet til kunnskapshåndtering som strategisk viktige. Utfordringen er å bygge opp tilstrekkelig forskningskapasitet og å finne måter for formidling og implementering av kunnskapstilfanget i helsetjenesten. Det avtegner seg et mønster med regionale senterdannelser i de andre nordiske landene.

3.4 Vurderinger ved opprettelsen av Kunnskapssenteret

Vurdering av forskningsaktiviteten i SHdir

Opprettelsen av Kunnskapssenteret må ses som del av omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen og foretaksreformen i 2001. SHdir ble etablert fra nyåret 2002 ved sammenslåing av en rekke enheter og deler av departementsavdelinger. Samtidig ble Helsetilsynet rendyrket til å ha utelukkende tilsynsfunksjoner. Helsedepartementet besluttet å organisere et FoU-miljø i SHdir som Divisjon for kunnskapshåndtering. Stortinget uttrykte imidlertid skepsis mot å bygge opp et forskningsmiljø innenfor direktoratet. Man ønsket å sikre forskningens uavhengighet, og derfor å skille ansvaret for denne type kunnskapsfrembringelse fra helseforvaltningens hovedoppgaver. Professor Kaare Norum ble oppnevnt av Helsedepartementet i 2003 for å gjennomgå forskningsaktivitetene i SHdirs divisjon for kunnskapshåndtering for å vurdere hvorvidt denne var hensiktsmessig, bl. a. på grunn av konkurrerende interesser som skapes av ansettelsesforholdet. Rapporten konkluderte med at virksomheten var av god faglig kvalitet og hadde høy relevans, men at denne type forskning burde organiseres utenfor direktoratet for å sikre tilstrekkelig uavhengighet.

Vurderinger som førte til beslutningen om å etablere Kunnskapssenteret

Som del av en lengre prosess (for rapporter i sammenheng med etableringen av Kunnskapssenteret, se vedl.I: Bakgrunnsdokumenter) vurderte Helsedepartementet at det var behov for å:

- styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen, for i større grad å kunne nå helsepolitiske målsetninger
- styrke det nasjonale arbeidet med kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger for helsetjenesten
- styrke arbeidet med å måle kvaliteten i og resultatene av helsetjenestens virksomhet
- fremskaffe kunnskap om og til bruk for kvalitetsutvikling i helsetjenesten
- gjøre relevant, pålitelig, oppdatert og oppsummert kunnskap tilgjengelig for beslutningstakere på alle nivåer, fra pasienter og brukere til forvaltning
- koordinere og samle kunnskaps- og FoU-ressurser på dette feltet

Behovene og prosessen ledet frem til premisser for etableringen av Kunnskapssenteret som gjaldt sammenslåingen av eksisterende fagmiljøer, at SHdir ikke skulle drive forskning, nødvendigheten av faglig uavhengighet, og nasjonale funksjoner tillagt nyetableringen.

Helsedepartementets analyse av organisatoriske modeller er referert i vedlegg til delprosjekt 1 for etableringen av Kunnskapssenteret (for referanse, se vedl.I: Bakgrunnsdokumenter). Helsedepartementet vurderte i hovedsak om Kunnskapssenteret skulle ligge i eller utenfor forvaltningen. Etter en vurderingsrunde gjensto tre alternativer som alle hadde fordeler og ulemper, men den samlede vurderingen førte til en beslutning om å legge Kunnskapssenteret inn i forvaltningen som en ny organisasjon underlagt SHdir.

Basert på premissene og etter dialog med miljøene fremmet Helsedepartementet følgende for Stortinget i St.prp. nr.1 (2003-04):

- De tre miljøene skulle samles til ett felles kunnskaps- og FoU-miljø i form av et nytt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kunnskapssenteret skulle organiseres som et selvstendig ordinært forvaltningsorgan som skulle være faglig uavhengig og ikke skulle kunne instrueres i faglige spørsmål.
- Senteret skulle legges i nivå tre under Helsedepartementet og etatsstyres av SHdir.

Stortinget sluttet seg til etableringen av Kunnskapssenteret gjennom behandlingen av statsbudsjettet for 2004. Sosialkomiteens flertall understreket i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) behovet for å samle kunnskapsmiljøene innen metode- og kunnskapsvurderinger og kvalitets- og resultatmålinger til et større kunnskaps- og forskningsmiljø. Kunnskapssenteret måtte ikke underlegges instruksjonsmyndighet i faglige spørsmål.

Etableringsprosjektets vurderinger

Departementet etablerte et prosjekt for etablering av Kunnskapssenteret som bl.a. utarbeidet skisse til formål, oppgaver og overordnet organisering av senteret (for referanse, se vedl.I: Bakgrunnsdokumenter).

Prosjektgruppen drøftet særlig hvordan en fri og uavhengig posisjon kunne sikres. Formål og oppgavene ble formulert som en videreføring og til dels utvidelse av eksisterende aktivitet. Kunnskapsoppsummering og monitorering ble ansett som de to hovedoppgavene for senteret. Det ble tatt utgangspunkt i at Kunnskapssenteret ikke skulle utgi retningslinjer eller veiledere, men kun levere det faglige grunnlaget for beslutninger. SHdir skulle ivareta vurderingene av beslutningsgrunnlaget og prosessene fram til beslutninger. Det ble fastslått et behov for en strategi og plan for arbeidet med kvalitetsregistrene i dialog med de andre relevante aktørene. Undervisning og opplæring ble ansett som en viktig oppgave. Det ble drøftet at senteret ikke skulle ha forskning som hovedformål, men at denne først og fremst skulle støtte den øvrige virksomheten, bidra til utvikling av kompetanse og sikre rekruttering av kompetent personale. Innen helsetjenesteforskning ble det sett som ønskelig å holde fast ved den etablerte arbeidsdelingen mellom de få, små og sårbare forskningsmiljøene i Norge. Den tiltenkte nasjonale rollen innen sine områder var tenkt håndtert ved å bidra til å styrke samhandlingen mellom miljøene.

Det ble videre ansett som viktig å videreføre det internasjonale samarbeidet og engasjementet som var etablert av de opprinnelige enhetene i senteret, også fordi Norge som ressurssterkt land bør bidra til de globale fellesgodene som kunnskap er. Allerede ved etableringen var man oppmerksom på behovet for å presisere og tydeliggjøre Kunnskapssenterets faglige profil ved å velge prioriterte områder som skal satses på for avgrensede perioder. Det ble uttrykt at formidling og informasjon ble ansett som en forutsetning for at forskningsbasert kunnskap blir kjent, forstått og brukt. Lokalisering av senteret i samme bygg, men atskilt fra SHdir, ble på kort sikt vurdert som den mest hensiktsmessige løsningen, med sikte på en revurdering i løpet av tre år.

Etableringsprosjektet konkluderte i sin sluttrapport i desember 2003 (for referanse, se vedl.I: Bakgrunnsdokumenter) med følgende:

1. Navnet på senteret som samler de tre miljøene blir Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det har vært uttrykt usikkerhet om navnet er for pretensiøst.
2. Kunnskapssenterets formål og oppgaver er reflektert i forslag til vedtekter som ble vedtatt av Helsedepartementet (Vedl. VI).
3. Kunnskapssenterets faglige uavhengighet vil bli sikret gjennom vedtektsfestet faglig autonomi og et eksternt vitenskapelig råd.
4. Kunnskapssenteret vil ha bred og god kontakt med sine målgrupper. Det vil bli etablert et brukerforum for å sikre god dialog og faste møtepunkter.
5. Kunnskapssenteret vil samarbeide med andre relevante FoU-miljøer, og vil etablere felles møteplasser for slikt samarbeid.
6. Den overordnede styringen av Kunnskapssenteret og bruken av grunnbevilgningen vil skje gjennom etatsstyring og tildelingsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet. Kunnskapssenteret vil utover grunnbevilgningen påta seg konkrete oppdrag, blant annet finansiert gjennom tilskuddsmidler, og søke om eksterne forskningsmidler.

7. For å redusere totale administrative kostnader og oppnå stordriftsfordeler, vil Sosial- og helsedirektoratet yte Kunnskapssenteret tjenester på flere områder. Kunnskapssenterets selvstendighet vil ivaretas innenfor dette administrative samarbeidet.

3.5 Kunnskapssenterets organisering og utvikling

Kunnskapssenteret ble offisielt åpnet av daværende helseminister Dagfinn Høybråten den 26.april 2004. Kunnskapssenteret har egne vedtekter som er foreslått revidert i 2007 og som er til vurdering i departementet (Vedl.VII). En revisjon er blitt nødvendig på grunn av utvidelsen av arbeidsområdene og de nye enhetene i Kunnskapssenteret. Kunnskapssenteret har siden etableringen gjennomgått tre omorganiseringer. Nåværende organisasjonsmodell trådte i kraft i april 2007 og Kunnskapssenteret har nå tre nivåer, se vedlegg VIII.

Ledelse

Kunnskapssenterets ledelse består av direktør John-Arne Røttingen og assisterende direktør Berit Mørland. Som stabsfunksjoner under ledelsen ligger IKT-seksjonen, økonomiseksjonen og sekretariatet for Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering. Senteret har per i dag fire fagavdelinger: Avdeling for Bruker- og pasientrettede intervensjoner; Avdeling for kvalitetsforbedring, organisering og forebygging; Avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet; Avdeling for formidling. Hver av avdelingene ledes av en avdelingsdirektør, som også inngår i ledergruppen. Avdelingene består av to til fire seksjoner.

Fagrådet

Våren 2004 ble det oppnevnt et eget vitenskapelig råd i tilknytning til Kunnskapssenteret. Rådet kalles nå for fagråd og består av i alt 13 medlemmer med bakgrunn fra universitets- og høyskolesektoren og den regionale og lokale helseforvaltningen. Rådet ledes fra 2007 av professor Reidun Førde, Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Rådets viktigste funksjon er å bistå Kunnskapssenterets ledelse i faglige spørsmål.

Ansatte

De ansatte i Kunnskapssenteret har bred faglig kompetanse innenfor medisin, biomedisin, farmasi, epidemiologi, samfunnsvitenskap, helsefag og fysioterapi. I tillegg besitter senteret høy kompetanse innenfor helseøkonomi, statistikk, etikk, biblioteksfag, IKT, formidling og administrasjon. Av de 97 faglige ansatte har ca 40 % doktorgrad (pr.september 2007). Ved etableringen hadde Kunnskapssenteret 80 ansatte som utgjorde 69 årsverk. I juni 2007 hadde Kunnskapssenteret 126 ansatte som utgjorde 110 årsverk.

Arbeidsområdene

I forslaget til reviderte vedtekter (Vedl.VII) er Kunnskapssenterets arbeidsområder formulert som kunnskapshåndtering (kritisk vurdering, oppsummering og formidling av forskning), kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og monitorering (kvalitetsmåling). For Kunnskapssenterets produkter innen kunnskapsoppsummering, se vedlegg IX.

- Helsebiblioteket

1. januar 2006 ble Helsebiblioteket etablert i Kunnskapssenteret som en redaksjonelt uavhengig enhet. Helsebiblioteket er et kunnskapsbasert nettsted for hele helsetjenesten, som er finansiert av SHdir og RHFene. I tillegg mottar Helsebiblioteket økonomisk støtte fra Statens Legemiddelverk (SLV) og Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Helsebiblioteket har etablert et emnebibliotek for psykisk helse, og flere andre emnebibliotek er under planlegging. Helsebiblioteket har egne vedtekter og ledes av en redaktør. Et råd, sammensatt av to representanter for RHFene og to fra SHdir, skal gi innspill til Kunnskapssenteret om driften av Helsebiblioteket. Rådet har vært ledet av en av de administrerende direktørene i RHFene.

- GRUK

Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK) ble innlemmet i Kunnskapssenteret i januar 2007. Kunnskapssenteret intensiverer nå sitt engasjement på kvalitetssiden, både på den praktisk rettede siden som GRUK ivaretar, og innenfor sitt løpende arbeid med kvalitetsindikatorer.

- Sekretariat for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

Våren 2007 etablerte Kunnskapssenteret sekretariatsfunksjonene for det nyopprettede Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Rådet omfatter alle sentrale aktører i helsesektoren. Rådet skal sikre en felles forståelse av problemstillinger og prosesser for å komme frem til gode beslutninger hos aktørene. Intensjonen er at medlemmene tar Rådets anbefalinger tilbake til egne ansvarsposisjoner. SHdirs direktør leder rådet og fungerer som dets talsperson, mens Kunnskapssenteret fungerer som sekretariat. Modellen er laget for å understøtte eksisterende posisjoner. Medlemmene skal ut fra sin ansvarsposisjon identifisere kunnskapsbehov.

- Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

Våren 2007 begynte oppbyggingen av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret, som også er tillagt "system for hemovigilans" (avvik ved håndtering av blodprodukter). Systemet er påkrevd som følge av et EU-direktiv.

- Internasjonalt engasjement

Fra høsten 2007 vil hovedkontoret for The Campbell Collaboration ligge i Kunnskapssenteret for tre år, ut året 2010. Kunnskapssenteret har for øvrig ansvar for den norske gren av det nordiske Cochranesenteret, og nasjonalt medlemskap i INAHTA, EUnetHTA og HTA International, der Kunnskapssenterets medarbeidere er aktive og profilerte deltakere.

Samarbeid med universitetene og høyskolene

Kunnskapssenteret har flere bistillinger/ professorater ved universitetene i Oslo (5), Bergen (1), Tromsø (1), Trondheim (under flytting til Oslo) og det er til dels utarbeidet samarbeidsavtaler som presiserer innhold og formål med disse. Videre har Kunnskapssenteret noe undervisningssamarbeid med universitetene i Bergen, Trondheim og Tromsø og høyskolene i Oslo, Akershus og Bergen.

Finansiering av Kunnskapssenteret

Kunnskapssenteret er finansiert gjennom en grunnbevilgning over statsbudsjettet og tilskudd fra Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og andre.

Kunnskapssenteret har et budsjett for 2007 på 133 mill kroner hvorav 67 mill kroner er dekket over egen post i statsbudsjettet. Herunder har Helsebiblioteket et budsjett på 38 mill kroner i 2007, der 15 mill kroner er dekket av SHdir og 20 mill kroner av RHFene.

4. Diskusjon av sentrale utfordringer

Kunnskapssenteret ble etablert for tre år siden og er en stor organisasjon. Etableringen og den videre utviklingen har medført mange organisatoriske utfordringer. Kunnskapssenterets ledelse høster fra mange hold anerkjennelse for måten disse kompliserte prosessene er håndtert på. Også sett i internasjonal sammenheng er etableringen av et nasjonalt kunnskapssenter et interessant og nyskapende prosjekt. Kunnskapsbasering av helsetjenesten som idé er ikke uomstridt, og det er mange sterke aktører med ulike og til dels motstridende interesser som er berørt. Etableringen av Kunnskapssenteret gjennom sammenslåing av tre fagmiljøer med ulikt faglig innhold, kultur, og metodikk er en utfordring i seg selv. I løpet av tre år er Kunnskapssenteret etablert som en betydelig og voksende aktør som høster respekt. Produksjonen av rapporter har vært meget stor. Høringsmøtene om Kunnskapssenteret har vekket stort engasjement og synes å ha vært prioritert av de inviterte. De mange og til dels kritiske tilbakemeldingene kan bidra som grunnlag for å styre den videre utviklingen av Kunnskapssenteret i en hensiktsmessig retning. Dette er av stor betydning for norsk helsesektor.

Høringsmøtene berørte mange tema som er satt opp i en oversikt i vedlegg IV. Evalueringsgruppen ønsker i det følgende, på bakgrunn av internasjonale erfaringer, ved sammenligning med lignende etableringer (Storbritannia, Nederland, og de nordiske nabolandene), og dels med utgangspunkt i norske forhold, å diskutere strategiske spørsmål som anses som sentrale for den videre utviklingen av Kunnskapssenteret.

Evalueringsgruppen ser følgende sentrale suksessfaktorer for arbeidet med kunnskapsbasering av helsetjenesten:

- *Kompetanseoppbygging:* Å integrere flervitenskapelig og høyspesialisert kompetanse til en håndterbar "kritisk masse" for å kunne gjennomføre kunnskapsoppsummeringer, analyser og synteser med god kvalitet.
- *Implementering:* Å sikre at rapportene blir kjent i relevante fagmiljøer og omsatt i praksis i helsetjenesten slik at de fører til omvurdering, forandring og utvikling. Denne utfordringen er forsøkt håndtert med ulike tilnærminger internasjonalt ved at metodevurdering er utvidet til også å omfatte vurdering av helsetjenestens organisering, forståelse av hvordan teknologien brukes, og dels ved å engasjere målgruppene i alle deler av metodevurderingsarbeidet.
- *Uavhengighet og legitimitet:* Å sikre at kunnskapsproduksjonen ikke er styrt av myndighetenes, industriens eller profesjonenes interesser. Samtidig utgjør disse interessene helsetjenestens "landskap og dynamikk" som man ved anvendelsen av kunnskapen må forholde seg til.

Hvert kapittel skisserer kort utfordringer, innspill som fremkom i høringsmøtene, evalueringsgruppens oppsummering av høringsinnspillene, og anbefalinger for hvordan utfordringene kan møtes. De samme anbefalingene er samlet i en oversikt i kapittel 5.2.

4.1 Kunnskapssenterets arbeidsområder, organisering og produktivitet

Utfordringer

I Kunnskapssenterets strategiplan for 2005-07 er fire strategiske utviklingsområder valgt ut: kunnskapshåndtering, monitorering/ kvalitetsmåling, forskning og utviklingsarbeid, og formidling. De to siste skulle være understøttende aktiviteter. Dette var i grove trekk en videreføring av de opprinnelige arbeidsområdene til de tre enhetene som ble slått sammen til Kunnskapssenteret. I ettertid er Kunnskapssenteret blitt tilført flere nye enheter og funksjoner, som er beskrevet i kap.3.5. I tillegg har Kunnskapssenteret et sterkt internasjonalt engasjement. Det kan bli en utfordring å opprettholde kapasitet og leveringsdyktighet innenfor kunnskapsoppsummeringer, som generelt oppfattes som senterets kjernevirksomhet.

Kunnskapssenterets virksomhetsidé er: ” Kunnskapssenteret skal medvirke til at forskningsbasert kunnskap bidrar til gode beslutninger på overordnet nivå og i praksis i helsetjenesten”, og at man har som mål å bli den nasjonale kunnskapskilde og ressurs i sitt felt. Kunnskapssenterets virksomhetsplan for 2007 er imponerende, kvantitativt sett. I løpet av tre år har man skapt en organisasjon som tar mål av seg til løpende å ha opptil 80 kunnskapsoppsummeringer under arbeid, drive monitorering av en rekke kvalitetsparametre med mål om å ha tolv rapporter klare i løpet av året, drive eget forsknings- og utviklingsarbeid, og nå også å ta opp mer praksisnære utfordringer. Man har også påtatt seg sekretariatsfunksjonen for et Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som primært er av helsepolitisk natur. En slik bredde skal kombineres med tydelighet, synlighet og implementering av produktene i praksis og forvaltning.

Kunnskapssenteret har gjennomgått tre omorganiseringer i løpet av tre år, noe ledelsen har ansett som nødvendig på grunn av sammenslåingen av tre ulike miljøer og en løpende funksjonsutvidelse. Omorganiseringer kan ta mye ressurser og flytter fokuset fra eksterne til interne forhold.

Innspill i høringsmøtene

Arbeidsområdenes bredde

I høringsmøtene fremkom at utvidelsen av oppgavespekteret i Kunnskapssenteret ikke oppfattes som en god tilnærming til et funksjonelt, nasjonalt Kunnskapssenter. En tydelig prioritering av oppgavene ble etterlyst. Helsetjenesten trenger Kunnskapssenteret, men senterets funksjon bør være mer tydelig og avgrenset mot forvaltning/ helsetjenesten og mot andre aktører. Det ble anbefalt å skille tydeligere mellom det å hjelpe fagmiljøene ved å fremskaffe et godt kunnskapsgrunnlag, og utviklingsarbeid på den andre siden, som for eksempel pasienterfaringsundersøkelser blir ansett som å være en del av.

Enkelte reagerte på at Kunnskapssenteret skal ha nasjonale roller når det finnes andre tunge aktører innen et område. Navnet ”Nasjonalt kunnskapssenter” vekker motstand i flere miljøer fordi det signaliserer monopolisering av kunnskap.

Departementet signaliserte behovet for å avklare Kunnskapssenterets internasjonale engasjement og funksjon, og i hvilken grad dette innebærer å følge med, eller i større grad å bidra aktivt, for eksempel i WHO-sammenheng.

Understøttende funksjon

Helsetjenesten forventer at Kunnskapssenteret primært bør ha en understøttende funksjon. Noen aktører mener at Kunnskapssenteret bør bistå fagmiljøene i deres eget fagutviklingsarbeid med støtte i metodevalg og -utvikling, men ikke overta selve fagutviklingen. Kunnskapssenteret kan ha viktige funksjoner i å bidra til enhetlig praksis i sykehusene, og i utviklingen av gode evalueringsverktøy.

Andre mente at Kunnskapssenteret holder på å utvikle seg bort fra sin understøttende funksjon på forskningssiden. Generelt anses vitenskapelige analyser og diskusjon av data og resultater for å være mest fruktbart i nær tilknytning til fagmiljøene. Tretti dagers dødelighets-undersøkelser ble presentert som eksempel på dette. Kvalitetsregistre er en forutsetning for kvalitetsarbeidet i helsetjenesten og ble ansett som et klart ansvarsanliggende for helseforetakene. Betydningen av nærhet til de kliniske forskningsmiljøene, for å sikre både korrekt innlegging, kontroll og tolkning av dataene samt anvendelse av resultatene, ble fremhevet. Tilsvarende ble det uttrykt at også en pasientsikkerhetsenhet kunne ha blitt ivaretatt i tilknytning til helseforetakene. I helseforvaltningen hersker imidlertid oppfatningen av at en plassering av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret sikrer en nødvendig uavhengighet fra helsetjenestene.

Kunnskapssenteret oppfattes som å ha gode forutsetninger for å fremme tverrfaglige tilnærminger til problemstillinger. Dette ble fremhevet som viktig av enkelte høringsdeltakere som representerte primærhelsetjenesten, enkelte profesjonsorganisasjoner og høyskolene.

Organisering

Mange av høringsinnspillene berørte det som oppfattes som en akkumulering av ressurser og kompetanse innen kunnskapshåndtering i hovedstadsregionen og i avstand fra kliniske fagmiljøer. En organisering som et nettverk av noder som er over en minste kritisk størrelse, ble anbefalt. Det anses som viktig å bevare viktige regionale kompetansemiljøer innenfor relevante fagmiljøer som er etablert i Bergen, Trondheim og Tromsø.

Bedre bruk av nettverk og god lokal forankring i universitets- og sykehusmiljøene ble antatt å føre til bedre utnyttelse av metodekompetansen og til bedre kunnskapsspredning i spesialisthelsetjenesten. Ved monopolisering av arbeidet med syntetisert kunnskap, fører økt størrelse ikke nødvendigvis til økt styrke. Det er vanskelig å følge med i forskningsutviklingen uten løpende kontakt med kliniske fagmiljøer.

På spørsmålet om kunnskapsoppsummeringer i større grad kunne utføres regionalt ute i kliniske eller andre fagmiljøer, var svaret at det pr i dag ikke er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. En regional oppbygging ble ansett som en arbeidskrevende og vanskelig oppgave, særlig i og med at universitetene hittil ikke har prioritert oppbyggingen av slike større fagmiljøer. En regionalisering av

kunnskapsoppsummeringsarbeidet ble ansett som ønskelig, men ikke realistisk. Det ble ansett som viktigere å bygge videre på det som allerede er etablert.

Flere fremhevet at eksisterende forskningsmiljøer driver for lite anvendbart innrettet forskning, sett i forhold til helsetjenestens behov. Som et eksempel finnes i Helse Øst RHF et kompetansesenter for helsetjenesteforskning knyttet til Akershus universitetssykehus. Miljøet oppfattes som for akademisk innrettet til at RHFene kan få hjelp derfra når det er behov for vurdering av konkrete problemstillinger.

Flere omorganiseringer og tilleggfunksjoner ble frarådet, da disse kunne ta bort mye ressurser og oppmerksomhet fra kjernevirksomheten.

Produktivitet

Kunnskapssenteret ble generelt oppfattet som meget stort med over 100 ansatte. Antagelig bunner denne oppfatningen i at den enkelte observatør ikke er kjent med, eller bevisst, hele oppgavebredden. Produktiviteten ble dermed ikke oppfattet som å være i samsvar med ressursbruken, og kontakten med fagmiljøene oppfattes som for svak. Samtidig kan de enkelte fagmiljøene oppleve at det produseres for lite av interesse for eget område. Flere stilte spørsmålet om ikke Kunnskapssenterets store ressurser kunne utnyttes mer effektivt på andre måter.

Bygge på internasjonale rapporter

Istedenfor å gjennomføre alle systematiske kunnskapsoppsummeringer i Norge, ble det foreslått i størst mulig grad å legge HTAer fra andre land, Cochrane-rapporter eller andre internasjonale rapporter til grunn, og å tilpasse disse til norske forhold. Oppsummeringer utføres med en fast tilnærming som er internasjonalt akseptert, og det ble ansett som likegyldig hvor disse gjennomføres. Marginalnyttens må vurderes opp mot den ekstra tids- og ressursbruken nasjonalt. Det var forståelse for at Norge også bør bidra med egen Cochrane-aktivitet. Det ble imidlertid ansett som uklart hva Kunnskapssenteret gjør i forhold til Cochrane, om de oversetter studiene, tilpasser dem til norske forhold, eller bygger på dem. Det ble foreslått at Cochrane-databasen bearbeides og gjøres tilgjengelig for helseledere.

Evalueringsgruppens oppsummering av høringsinnspillene

Kunnskapssenterets virksomhet er ekspansiv og omfatter i dag mange ulike funksjoner, men oppfattes som lite prioritert og profilert. Virksomheten fremstår for mange som ikke tydelig avgrenset mot andre aktører. Det foreligger motstridende forventninger i fagmiljøene om hvorvidt Kunnskapssenteret skal og kan bidra til fagutvikling, men generelt forventes understøttende funksjoner. Det forventes at Kunnskapssenteret ivaretar en tverrfaglig tilnærming til problemstillinger. Økende ansamling av ressurser og kompetanse i hovedstadsområdet, i avstand fra kliniske fagmiljøer, er en uønsket utvikling. En økt grad av regionalisering eller nettverksfunksjoner i alle regionale fagmiljøer eller spesialforeningene, ble foreslått. Men også her var det motstridende oppfatninger. Kunnskapssenteret fremsto for de fleste høringsgruppene som for stort og samtidig som for lite produktiv i forhold til størrelsen. Det ble oppfattet som mer hensiktsmessig å bygge på internasjonale rapporter der de foreligger, istedenfor å utarbeide egne kunnskapsoppsummeringer fra grunnen av. Det ble fremført en oppfatning av at noen av funksjonene er blitt lagt til Kunnskapssenteret i mangel av en annen egnet plasseringsmulighet.

Evalueringens anbefalinger

Konsolidering og fokusering

Evalueringens gruppen mener at virksomhetsidéen ikke er helt forenlig med den store virksomhetsbredden som er tillagt Kunnskapssenteret. Evalueringens gruppen anbefaler en konsolidering, fokusering og avgrensning av arbeidsområdene, og en avgrensning av funksjonene mot andre aktører. Samhandling med kliniske utøvende fag- og forskningsmiljøer bør synliggjøres. Samhandlingen anses også som en viktig forutsetning for å oppnå tilstrekkelig synlighet for Kunnskapssenteret.

Evalueringens gruppen presiserer at de anbefalte tiltakene bør gjennomføres innenfor eksisterende ressursrammer.

Geografisk spredning, hospitering og vitenskapelige bistillinger

Kunnskapssenteret bør sikre god geografisk spredning også i sine utredningsgrupper. Det foreslås avsatt ressurser til hospitering/ engasjement av eksterne regionale forskere/ fageksperter i Kunnskapssenteret og vice versa. Evalueringens gruppen anbefaler at Kunnskapssenteret øker antallet vitenskapelige bistillinger, spesielt knyttet til universitetene utenfor Oslo, som del av en bevisst strategi for kompetanseheving og nasjonal faglig nettverksbygging.

Regionale faglige ressursnoder

Evalueringens gruppen anbefaler en regional nettverksstrategi der det bygges opp regionale faglige ressursnoder. Dette er utdypet i kap.5.1.

Bygge på internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Kunnskapssenteret bør i størst mulig grad bygge på internasjonale metodevurderinger gjennom sitt gode samarbeid med internasjonale nettverk. En viktig oppgave er å tilpasse internasjonale rapporter til norske kulturelle og organisatoriske forhold. Dette vil bidra til bedre ressursutnyttelse og øke muligheten for raskere leveranser i rett tid. Kunnskapssenteret bør kunne bidra betydelig i det økende internasjonale samarbeidet og arbeidsdelingen. Samarbeid om metodeutvikling og arbeidsdeling av metodevurderinger er blant formålene til det europeiske EUnetHTA-samarbeidet der Kunnskapssenteret deltar aktivt.

Bidra i internasjonal kunnskapsproduksjon

Det er ønskelig at Norge og Kunnskapssenteret bidrar i den globale kunnskapsproduksjonen og er aktive bidragsyttere i internasjonale nettverk. Norske fagpersoner kan bidra med viktige modeller. De nordiske landenes helsetjenester vekker i økende grad internasjonal interesse. Egen kunnskapsproduksjon er også en forutsetning for å kunne dra nytte av internasjonal kunnskapsproduksjon og metodeutvikling. Evalueringens gruppen anbefaler at Kunnskapssenteret videreutvikler sitt sterke internasjonale engasjement og kontakter, og bidrar til utnyttelse av de gode nordiske samarbeidsmulighetene.

Internasjonal arbeidsdeling

Internasjonal koordinering og oppgavefordeling anbefales, noe Kunnskapssenteret kan ta initiativ til gjennom sine sterke posisjoner i internasjonale nettverk.

4.2 Kunnskapssenterets bestillingsprosess og prioritering

Utfordringer

Kunnskapssenteret får føringer for hva som skal være virksomhetens hovedoppgaver i det årlige tildelingsbrevet av etatsstyrer. Tildelingsbrevet utformes i dialog med Kunnskapssenteret og bygger blant annet på føringene i den årlige stortingsproposisjonen, Nasjonal helseplan (2007-2010) og i departementets tildelingsbrev til SHdir. Føringene for Kunnskapssenteret omfatter blant annet signaler om hvilke fagområder som skal prioriteres. Føringene nedfelles i Kunnskapssenterets strategiplan og årlige virksomhetsplan. Måloppnåelsen synliggjøres i ordinær rapportering til etatsstyrer.

Kunnskapssenteret prioriterer selv sine oppdrag etter dialog med oppdragsgiverne innenfor rammen føringene gir. Kunnskapssenteret må ha bestillings- og prioriteringsmekanismer som sikrer at relevante aktører og brukere kan foreslå nye prosjekter. Bestillingene og prioriteringen blir forelagt 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. Kunnskapssenterets faglige uavhengighet fra helseforvaltningen er også diskutert i kapittel 4.5.

Muligheten for bestilling er åpen for alle, både enkeltpersoner og virksomheter. Så vidt bekjent for evalueringsgruppen blir bestillingsmuligheten ikke løpende markedsført. I begynnelsen kom de fleste av bestillingene fra SHdir. Siden har både antall og andel bestillinger fra andre bestillere økt og er nå i flertall. Det er opprettet et tverretattlig Bestillerforum for å diskutere bestillingene og prioriteringen, men evalueringsgruppen har ikke fått noe klart inntrykk av hvordan og hvor godt Bestillerforum fungerer. Kunnskapssenteret siler ut omtrent halvparten av bestillingene, bl.a. fordi de ikke er egnet for Kunnskapssenterets metodikk, men har utover det hittil hatt som mål å bistå alle. Kapasitetsgrensen synes nå å være nådd og behovet for prioritering forsterket.

Det er en utfordring å få frem gode bestillinger fra kommunehelsetjenesten med sine 430 enheter uten koordinerende instans. Det er i dag større fokus på utfordringene i spesialisthelsetjenestene enn i primærhelsetjenesten som også i stor grad mangler forskningsaktivitet. Det er, så vidt evalueringsgruppen kjenner til, ikke tatt initiativ til å få frem flere bestillinger innen prioriterte områder, for eksempel psykisk helsevern, primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren. Evalueringsgruppen kjenner heller ikke til at det er tatt initiativ til en systematisk tilnærming for å identifisere sentrale problemstillinger. Blant de mange relevante spørsmål som ønskes besvart, er det viktig å foreta et strategisk utvalg.

Bestillerkompetansen hos de ulike aktørene er svært varierende og har et betydelig utviklingspotensial. Det er utviklet en mal for å øke kvaliteten på bestillingene.

Innspill i høringsmøtene

Prioritering innenfor gitte rammer

Departementet ser det som ønskelig at Kunnskapssenteret prioriterer innenfor sin budsjette ramme og kan utføre tilleggsoppgaver uten tilleggsbevilgninger.

Bestillingene

Bestillingenes kvalitet er varierende og har generelt sett et forbedringspotensial. Bestillere etterlyser til dels assistanse til å utvikle sin bestillerkompetanse, og noen har fått hjelp til dette.

Systematikk for identifisering av sentrale problemstillinger

Mange høringsuttalelser viste til at temavalget for rapportene virker spredt og tilfeldig. Enkelte hevdet at dette ga inntrykk av at Kunnskapssenteret ikke har god kontakt med fagmiljøene og at dette svekket legitimiteten av Kunnskapssenterets arbeid. Hvilket system som legges til grunn for å få frem og prioritere temaene i Kunnskapssenteret, var i liten grad kjent i høringsgruppene. Det er viktig å sørge for at de "riktige" spørsmålene stilles til rett tid. Det ble anbefalt å arbeide målrettet og å velge tema for kunnskapsoppsummeringer som del av en langsiktig strategi. Det ble foreslått en konsensus-prosess i de fagmedisinske foreningene for å få frem relevante bestillinger. Et annet forslag var systematisk å ta utgangspunkt i hvert av de ulike nivåene i helsetjenesten og identifisere prioriterte problemstillinger, og gjøre likedan for de enkelte faggruppene.

Definerte kontaktpunkter i profesjonsorganisasjonene kan eventuelt bidra til at det blir gitt bestillinger innen hele helsefeltet, og ikke mer tilfeldig slik det synes å være i dag. Ingen av brukerorganisasjonene har utpekt noen ansvarlig person for bestillinger til Kunnskapssenteret. Det ble anbefalt at Kunnskapssenteret sikrer dette ved å ta kontakt med fagseksjonene i organisasjonene. Noen uttrykte ønsket om at arbeidet bidrar til å tette kunnskapshull systematisk, for eksempel i nært samarbeid med universitetene. Det ble diskutert hvordan arbeidet kan spisses, samtidig som man bør få satt sammen puslebitene. Det ble stilt spørsmål om hvordan man kan definere kunnskapsfronten. Prioriteringen av bestillingene i Kunnskapssenteret ble ikke ansett som god og har heller ikke vært nødvendig på grunn av god ressurstildeling.

Helsetjenestens og forvaltningens behov

Departementet uttalte at Kunnskapssenteret skal være faglig uavhengig og ikke kan overstyres. Tross faglig uavhengighet må imidlertid Kunnskapssenteret innrette sin kapasitet slik at sentrale helsemyndigheters behov kan dekkes. Tross sterke politiske føringer er ikke alle oppdrag håndterbare i Kunnskapssenteret, og det kreves ofte en prosess for å modifisere dem. Departementet ser for seg at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering skal virke koordinerende på bestillingene fra ulike aktører. Koordineringen bør baseres på tentative vurderinger av hvor det skal lages redskaper eller frembringes kunnskap, slik at behov settes inn i en sammenheng.

Fra annet hold forventes det at helsetjenestens behov må være styrende for aktivitetene i Kunnskapssenteret. Kunnskapssenteret kan derfor ikke selv sette dagsorden. Det forventes lydhørhet og at ikke politiske problemområder skal gå på bekostning av helsetjenestens behov.

Eksempler på behov for økt fokus

Et behov som ble fremhevet var korrigerende av bruken av "gammeldags" teknologi. Raske kunnskapsleveranser på stadig nye metoder har bidratt til at fokuset hittil ikke har vært på "hverdagsteknologi", for eksempel bruk av magnetisk resonans (MR)-undersøkelser av kne. Fokuset på kommunehelsetjenesten forventes mer fremhevet, tross manglende kunnskapsgrunnlag og få bestillinger. Oppsummeringen om legemiddelet Tysabri til behandling av multippel sklerose-pasienter ble nevnt som eksempel på manglende fokus på kommunehelsetjenesten. Notatet beskriver kostnadene, men vurderte ikke mulige innsparinger for kommunene dersom medikamentet virker. Flere helseøkonomiske analyser i oppsummeringene ble etterlyst.

Evalueringens oppsummering av høringsinnspillene

Kunnskapssenteret oppfattes som å ha hatt gode budsjettforhold som ikke har nødvendiggjort prioritering innenfor knappe ressursrammer. Bestillingskompetansen hos ulike oppdragsgivere har et betydelig forbedringspotensial. Temavalget for rapportene virker noe tilfeldig ut fra fagmiljøenes ståsted. Det mangler en systematisk tilnærming for å få frem bestillinger innen prioriterte fagområder, problemstillinger og deler av helsetjenestene. Det anbefales prosesser i nær tilknytning til helsetjenestene og fagmiljøene. Hasteoppdrag er en utfordring, men må håndteres i tillegg til behovet for komplette kunnskapsoppsummeringer.

Evalueringsgruppens anbefalinger

Systematisk og åpen prosess for prioritering av sentrale problemstillinger

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret utvikler en systematisk prosess for å identifisere sentrale problemstillinger innen alle viktige fagområder og nivåer av helsetjenesten. Hensikten er å sikre strategisk riktige temavalg, og at man treffer målgruppens behov. Prosessen bør være åpen: det bør fremgå tydelig hvem som deltar, hvilke kriterier som legges til grunn for beslutningene, og innholdet i disse. Alle relevante oppdragsgivere og brukergrupper bør bli involvert i prosessen.

Tydeliggjort balansegang mellom føringer og egne prioriteringer

En god prioriteringsprosess forutsetter at føringene fra departementet og etatsstyrer holdes på et overordnet nivå. Evalueringsgruppen anbefaler at etatsstyrer og Kunnskapssenteret tydeliggjør balansegangen mellom faglig uavhengighet i prioriteringsprosessen og hensynet til politiske føringer gjennom etatsstyringen.

Synliggjøre bestillingsmuligheten

Bestillingsmuligheten bør synliggjøres bedre for aktører med innsikt i helsetjenestens utfordringer og for dem som skal implementere kunnskapen, for eksempel i helsetjenesten, spesialforeningene etc.

Prioritering av oppdragene

Bestillerforumets oppgaver, fremgangsmåte, kriterier og organisatoriske plassering bør videreutvikles og synliggjøres.

Synliggjøring av bestiller og fagfelt

Evalueringsgruppen anbefaler at rapportene på hjemmesidene sorteres etter produkttype slik det gjøres i dag, og i tillegg inndeles etter bestiller og/ eller fagområde. Det er viktig at både bestiller og/ eller fagområde klart fremgår i alle kunnskapsoppsummeringer, både i elektronisk og papirversjon.

4.3 Rapportenes faglige kvalitet og forankring

Utfordringer

Avgjørende for Kunnskapssenterets nytteverdi og legitimitet er at produktene har høy faglig kvalitet. Innholdet må være faglig korrekt og pålitelig for å kunne fungere som et godt beslutningsgrunnlag. Faglig kvalitet forutsetter at Kunnskapssenteret er faglig uavhengig, noe som er en forutsetning for Kunnskapssenterets troverdighet. Kunnskapssenteret kan ikke selv inneha all nødvendig kompetanse for å sikre produktenes kvalitet. Videre kan det være ulike oppfatninger i fagmiljøene om hva som er korrekt faglig innhold.

Dette kapitlet omhandler kvaliteten i kunnskapsoppsummeringene, mens andre arbeidsområder omtales i kap. 4.5. Kunnskapssenteret etablerer utredningsgrupper for å gjennomføre oppdragene. Det fremsto i utgangspunktet som uklart for evalueringsgruppen om, og i hvilken grad, eksterne fagpersoner deltar i prosessene. Det ble derfor bestilt en oversikt over bidragsyttere og deres roller. Oversikten viste varierende grad av fagekspertbruk i de ulike rapportene.

Behovet for rask leveranse av best mulig beslutningsgrunnlag i politiske prosesser, administrasjon og forvaltning har ført til at Kunnskapssenteret har utviklet produkttypen hastenotater. Hastenotatene baserer seg vanligvis på eksisterende kunnskapsoppsummeringer. Kunnskapssenteret vil alltid kunne redegjøre for hvilke typer studier som ligger til grunn, og hvilke endepunkter det foreligger data på. Kunnskapssenteret gjengir en vurdering av studienes kvalitet i den grad det fremkommer av originaldokumentet. Unntaksvis gjøres hasteoppdrag der Kunnskapssenteret selv vurderer studiene, og vil da også redegjøre for deres kvalitet. Hastenotatene synes vanskelige å forene med kravet om høy faglig kvalitet og forankring. Samtidig er det et uttalt mål at politiske beslutningsprosesser skal bli mer kunnskapsbaserte, og dermed må behovet dekkes på en mest mulig hensiktsmessig måte. For å styrke hasteoppdragenes faglige kvalitet og legitimitet er det særlig viktig å kommunisere med eksterne, faglige nettverk.

God faglig forankring gjennom bruk av eksterne utredningsgrupper kan bidra både til å oppnå kjennskap til, kunnskap om og forståelse for kunnskapsoppsummeringsmetodikken i fagmiljøene. På denne måten vil man også kunne bygge opp gjensidig tillit og kan sikre nødvendig faglig kompetanse i utviklingen av rapportene. Samtidig gir dette en mulighet for å avklare eventuelle faglige uoverensstemmelser i fagmiljøene. Likeledes vil en god forankring av aktivitetene i RHFene være viktig, både for nødvendig faglig kontakt med kliniske utøvere og forskningsmiljøer, og for senere implementering av anbefalinger.

Utvelgelse av eksterne fagpersoner til utredningsgruppene krever omhu. For å unngå at personlige og faglige motsetningsforhold i fagmiljøene hindrer senere implementering av anbefalingene i rapportene, er det nødvendig å utvikle en systematisk tilnærming for innhenting av forslag om eksterne fagpersoner.

Innspill i høringsmøtene

Rapportenes faglige kvalitet

Faglig kvalitet var et sentralt tema i alle høringsmøtene. Det generelle inntrykket er at rapportene, der de er kjent og der eksterne fagpersoner har deltatt, omtales som å ha god/ høy kvalitet og å være troverdige. Dette inntrykket ble formidlet både av representanter for fagmiljøene, helsetjenesten og forvaltningen. Særlig fagpersoner som har deltatt i utredningsarbeidet, uttrykte anerkjennelse for grundigheten og kvaliteten.

Flere trakk imidlertid frem unntak. Det ble påpekt at enkelte rapporter inneholder feil eller at tilsvarende rapporter fra utlandet kan være bedre. Rapporter som avslører manglende vitenskapelig grunnlag ble oppfattet som å være til liten hjelp fordi årsaken til manglende kunnskapsgrunnlag ikke fremkom tydelig. En helseøkonomisk utredning som ikke tok hensyn til reiseutgifter, ble trukket frem som et eksempel med begrenset nytteverdi. Det ble hevdet at det forekommer forutbestemte oppfatninger i Kunnskapssenteret av hva resultatet skal være.

Enkelte rapporter produsert i egen regi er oppfattet som politisert. Som et eksempel på dette ble en tiazid-rapport trukket frem av flere. Evalueringsgruppen er gjort oppmerksom på at beslutningen om å anbefale tiazid som første valg ved ukomplisert hypertensjon, ble tatt i departementet som budsjettiltak. Fagmiljøene har senere i stor grad feilaktig tillagt Kunnskapssenteret ansvaret for beslutningen.

Hastenotatene som ikke bygger på samme grundige metodikk som kunnskapsoppsummeringene, og som dermed ikke har samme faglige kvalitet, kan bidra til å svekke det faglige omdømmet til kunnskapsoppsummeringene. Det ble av flere uttrykt tvil om hvorvidt Kunnskapssenteret burde påta seg slike hasteoppdrag, men departementet understreket i høringsmøtene at uansett vil fag og politikk leve side om side. Departementet understreket at det er en klar forutsetning at Kunnskapssenteret leverer hasteoppdrag.

Faglig forankring

Høringsmøtene bekreftet inntrykket av at graden av deltakelse av eksterne fagpersoner i Kunnskapssenterets arbeid fremstår som uklar. Flere påpekte at tidligere Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) i større grad hadde etablert kontakt med eksisterende faglige nettverk (bl a direkte med spesialforeninger, ikke via Legeforeningen) som ble meget aktivt brukt. Nettverkene kunne brukes til rask avklaring av faglige spørsmål. I tillegg bidro SMMs styringsgruppe aktivt i kvalitetssikringen av rapportene. Kunnskapssenterets vitenskapelige råd, nå fagråd, har fått en mer overordnet rolle i vurderingen av rapportene, noe som ble oppfattet noe blandet.

Bruk av eksterne fagpersoner bidrar samtidig til effektiv formidling/ implementering i klinisk praksis. Det har avgjørende betydning for kvaliteten at man klarer å identifisere de rette fagpersonene og få dem med i arbeidet. Sammensetningen av grupper bør være representativ. Det ble fremhevet som viktig å ikke velge de mest profilerte personlighetene, men heller å satse på dem med god nok innsikt og faglig utviklingspotensial (for å bygge broer mellom "toppene"). Departementet trakk frem det forhold at fagpersoner kan ha mange interesser, og at det er en utfordring å velge

og håndtere menneskene som trekkes inn i arbeidet med sine særinteresser. Det mangler en teoretisk tilnærming for forankring som sikrer ryddighet.

Samhandling

Samhandling er et sentralt aspekt i Nasjonal helseplan. Kunnskapssenteret forventes å jobbe på tvers av fagområder og nivåer i helsetjenesten, for å sette fokus på helheten. Det er særlig behov for tverrfaglig kunnskap. Det må etableres en kultur for helhetlig tenkning både i bestillings- og gjennomføringsfasen av kunnskapsoppsummeringer. Det ble fremhevet som viktig at prosjekter knyttet til diagnoser har et tverrfaglig perspektiv.

Evalueringens oppsummering av høringsinnspillene

Høy faglig kvalitet anses som et avgjørende krav til all aktivitet i Kunnskapssenteret. I store trekk synes Kunnskapssenterets aktiviteter å oppfylle dette kravet. Unntak synes å være knyttet til utilstrekkelig bruk av eksterne fagpersoner. Hasteoppdragene som ikke bygger på samme grundige metodikk, kan svekke det faglige omdømmet til kunnskapsoppsummeringer og Kunnskapssenterets legitimitet. Den faglige forankringen av rapportene er varierende og fremkommer ikke tydelig, hverken i publikasjonene eller på hjemmesidene. Valg av personer til å sitte i utredningsgruppene synes ikke å følge noen fastlagt prosedyre. Enkelte høringsdeltakere hadde forståelse for betydningen av at hasteoppdrag ble ivaretatt av Kunnskapssenteret ut fra forvaltningsbehov og behovene i RHFene.

Evalueringsgruppens anbefalinger

Tydelige kategorier for kunnskapsoppsummeringene

Evalueringsgruppen anbefaler at kategoriene som kunnskapsoppsummeringene inndeles i, bør synliggjøres gjennom grafisk design og defineres mer tydelig ved at den faglige prosessen beskrives for hver kategori. Dette bør fremkomme både på nettsidene og andre steder.

Deltakelse av eksterne fagpersoner

Eksterne fagpersoner bør delta i alle kunnskapsoppsummeringer for å sikre legitimiteten. Deltakelse av fagpersoner, både interne og eksterne, må tydeliggjøres både i rapportene og i oversiktene på hjemmesidene.

Rekrutteringsprosess for eksterne fagpersoner

Proessen for rekruttering av eksterne fagpersoner i utredningsgruppene bør defineres: Evalueringsgruppen anbefaler en tilnærming både gjennom fagspesialitetene, fagprofesjonene, fagmiljøer i RHFene, universitetene, og høyskolene. Det kan være hensiktsmessig å involvere sentrale personer i fagmiljøene i utvelgelsesprosessen, også for å fange opp motstridende faglige oppfatninger i utredningsarbeidet.

Tydeliggjøring av oppnevningssprosess og arbeidsform

Prosess for oppnevning av utredningsgruppene og arbeidsform bør fremkomme av rapportene i innledningen. Slik transparens er en forutsetning for rapportenes legitimitet.

Review- gjennomgang av rapportene

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret etablerer en ekstern review-ordning for sine rapporter, som innebærer en ekstern vurdering av rapportene før publisering, jf SBUs prosedyrer. Det bør etableres en prosedyre for valg av reviewere.

Hasteoppdrag

Kunnskapssenteret har paratkompetanse for hasteoppdrag. Evalueringsgruppen anbefaler at det fremgår klart av hastenotatene hvordan slike oppdrag skiller seg fra Kunnskapssenterets øvrige kunnskapsoppsummeringer, både når det gjelder prosess, ekstern deltakelse av fagpersoner og evt ekstern review-gjennomgang. Dersom det er gjennomførbart, anbefaler evalueringsgruppen at Kunnskapssenteret også ved hasteoppdrag sikrer en faglig vurdering av utvalg og sammenstilling av studier gjennom eksterne ressurspersoner i faglige nettverk eller eksterne faglige kompetansemiljøer.

4.4 Rapportenes anvendbarhet og leveranse i rett tid

Utfordringer

Metoden kunnskapsoppsummering er en grundig og tidkrevende prosess som skal sikre god kvalitet av produktene. Både i politikken, den sentrale helseforvaltningen, og i den utøvende helsetjenesten er det imidlertid behov for at kunnskapsgrunnlaget kommer i rett tid før beslutninger skal tas. I tillegg til faglig kvalitet er derfor rapportenes anvendbarhet og timing viktige forutsetninger for Kunnskapscenterets nytte.

Kravet til kvalitet i utredningene kolliderer med behovet for raske svar, både i den utøvende helsetjenesten og den sentrale helseforvaltning. Behovet for å kunne gi raske svar forutsetter en evne til å oppfatte kommende spørsmålsstillinger tidlig og fleksibilitet i organisasjonen til å kunne håndtere oppdrag raskt, samtidig som kapasiteten til enhver tid skal utnyttes optimalt. Et stort nasjonalt kunnskapscenter forventes å følge med på utviklingen innenfor mange områder av helsetjenesten, både når det gjelder viktige medisinske nyvinninger og som oppfølging av sentralt planarbeid og stortingsmeldinger.

De ulike deler av helsetjenesten er preget av ulike spørsmålsstillinger som krever forskjellige forskningstilnæringer, samtidig som forskningsintensiteten og –kompetansen varierer sterkt. Ulike fagområder er preget av ulike syn på kunnskapsstyring og på hva kunnskap er.

Det er viktig at kunnskapsgrunnlaget knyttet til sentrale problemstillinger i ulike fag- og helsetjenesteområder kan utredes på en hensiktsmessig måte slik at man får nyttige svar. Innenfor enkelte fagområder eksisterer forventninger om at metoden kunnskapsoppsummering bør tilpasses mer fleksibelt, både når det gjelder inklusjon og gjennomføring. Innen metodevurderingstenkningen er det imidlertid etablert en standardisert metode og et hierarki for hvordan kvaliteten og relevansen av resultater fra ulike typer studier skal vurderes. Standardiseringen er en forutsetning for at kunnskapsoppsummeringer gjennomført i ulike land kan bygge på hverandre. Hierarkiet er mest tydelig for studier av behandlingseffekter, men gjelder også for studier knyttet til diagnostikk og ulike typer epidemiologiske studier. Avhengig av fagområdet, anvendes ulike metoder i studiene som danner grunnlaget for kunnskapsoppsummeringer. Metodene som er brukt avgjør hvilken vekt som kan tillegges konklusjonene i kunnskapsoppsummeringen, som må tolkes i sin kontekst. Faktorer som innvirker er hvilken helsetilstand eller diagnose som er vurdert, tilgjengelig fagkompetanse, og hvilke individer som er berørt. Denne fortolkningen kan gi tilstrekkelig fleksibilitet til kunnskapsoppsummeringene, hevder kunnskapsoppsummeringsmiljøene.

Innspill i høringsmøtene

Kunnskapsoppsummering på dagsordenen

Kunnskapsoppsummering er ikke ukontroversiell. Kunnskapssenteret ble berømmet for å ha bidratt til at kunnskapsbasert praksis er satt på dagsordenen, og for eksempel nå er et fokusert tema i profesjonsorganisasjonene. Det fremkom innspill fra ulike hold om at det er behov for å tilpasse metoden til de ulike fagområdenes egenart og helsetjenestenivåenes forutsetninger.

Metodikkens egnethet innen fagområder med raskt kunnskapstilfang

Som eksempler er kardiologi eller kreftområdet spesialiteter med tradisjon for å følge godt med på nye resultater fra forskning i litteraturen og ved deltakelse på kongresser. Relevante, nye forskningsresultater implementeres raskt i klinisk praksis. Arbeidet med en systematisk oppsummering innen kardiologi i regi av Kunnskapssenteret ble opplevd som tungvint, tok lang tid, førte til at man ved stor innsats identifiserte artikler som erfarne kardiologer karakteriserte som ikke relevante og som dermed likevel ikke kunne inngå i det videre arbeidet, og førte til konklusjoner som toneangivende fagpersoner var enige om på forhånd. Et viktig aspekt når arbeidet tar lang tid er at premisene forandrer seg underveis, og resultatet kan være utdatert før publisering. Arbeidet ble opplevd som omfattende og relativt bortkastet. Det ble anbefalt å benytte metoden systematisk kunnskapsoppsummering på en mindre "dogmatisk" måte.

Metodikkens egnethet innen psykisk helsevern

Ulike representanter for psykisk helsevern etterlyste en bredere forståelse av evidens-begrepet, slik at mer erfaringsbaserte studier og annen eksisterende kunnskap ikke utelukkes. Det ble nevnt positive og negative eksempler. Vekting av studier oppleves som vanskelig. For høringsdeltakere synes engelske National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i større grad å ha lyktes med å utarbeide anvendbare praktiske veiledere innen fagfeltet. Kunnskapsgrunnlaget innen psykologi ble fremstilt som komplisert, og foruten selve terapien har også andre faktorer betydning for behandlingsutfallet, slik som empati, emosjonelle og kontekstuelle faktorer. Randomiserte kliniske studier oppleves av mange som langt fra den kliniske hverdagen.

Metodikkens egnethet innen allmennmedisin

Også allmennpraktikere uttrykte behov for kunnskapsgrunnlag i møtet mellom den enkelte pasient og den enkelte behandler. Kunnskapsoppsummeringer basert på randomiserte kliniske studier mente de er ikke egnet i en slik sammenheng.

Metodikkens egnethet innen folkehelseområdet

Tilsvarende innen folkehelseområdet ble randomiserte kliniske studier ansett som ikke alltid egnet, og det er behov for en bredere inklusjon av studier. For eksempel kan også prosess-studier ha betydning. I tillegg er det andre målgrupper enn helsepersonell for folkehelsearbeidet, som skoleverket, trafikkmyndighetene etc. Folkehelseområdet berører ofte nasjonal politikk og omfattes av stor samfunnsinteresse, og kan således bidra til større kjennskap til Kunnskapssenteret.

Metodikkens nytteverdi for andre offentlige etater

Flere offentlige etater fremhevet sitt gode forhold til Kunnskapssenteret og den imøtekomende måten de blir møtt med. Imidlertid er metodikken egnet i varierende grad. Helsetilsynet tar beslutninger på annet grunnlag enn det Kunnskapssenteret til nå har bidratt med. Legemiddelverket har brukt Kunnskapssenteret i et par saker der det var gått lang tid fra kliniske studier til søknad om refusjon og der litteratur dermed fantes. Størst nytte har Legemiddelverket hatt av Kunnskapssenteret ved gjennomgang av terapiområder for å revurdere legemidler for refusjon og fastsette vilkår.

Også Folkehelseinstituttet understreker at Kunnskapssenteret har en viktig oppgave i arbeidet med kunnskapsoppsummering og berømmer arbeidets kvalitet og omfang. Innen psykisk helsefeltet trekkes frem eksempler på grundig arbeid og elastisk inklusjon av studier, som førte til konklusjoner som ikke var til hinder for gjennomføring av tiltak som ble vurdert som nyttige tross mindre god evidens. Men det trekkes også frem et eksempel på det motsatte, noe som man mener kunne vært unngått ved tettere dialog med oppdragsgiver. Det understrekes at Kunnskapssenterets konklusjoner av praktikere kan bli feiltolket som råd, slik at tiltak oppfattes som nytteløse mens det egentlig er kunnskapsgrunnlaget som er utilstrekkelig. Folkehelseinstituttet etterlyser også at fase fire-studier brukes i større grad i utredningene.

Leveranse i rett tid

Legemiddelverket har behov for kunnskapsgrunnlag i sammenheng med vurdering av søknader om opptak i Blåreseptordningen. Vanligvis tillater ressurs- og tidsrammene (180 dager) ikke bruk av Kunnskapssenteret. Legemiddelverket legger derfor industriens egen dokumentasjon til grunn, som Legemiddelverket etterprøver innen klare tidsfrister. Det ble anbefalt at Kunnskapssenteret i større grad kan tilpasse metodene sine til det som er godt nok, siden riktig timing har avgjørende betydning. Det ble uttrykt en forventning om at Kunnskapssenteret i større grad bygger på det som er gjort i andre land.

Også RHFene har et utpreget behov for beslutningsstøtte på kort varsel. Kunnskapssenteret må kunne levere relativt raske kunnskapsgjennomganger for å kunne være til hjelp. Det er da behov for å tilpasse metoden kunnskapsoppsummering på en slik måte at resultatet er kunnskapsbasert nok, en avveining som Kunnskapssenteret selv må foreta.

Det er kommet innspill om manglende avklaring og informasjon av oppdragsgiver om forsinkelser av leveranser i forhold til planen.

Departementets forventning

For beslutningstakere har relevans (for eksempel for politiske beslutninger) og riktig timing av leveransene (for eksempel i takt med budsjettprosesser) avgjørende betydning. For at politiske beslutninger skal kunne bli mer kunnskapsbaserte, fremhevet departementet behovet for hasteleveranser, for eksempel innen to uker. Man har derfor utviklet produktet "hastenotater" der Kunnskapssenteret bidrar med å lete etter kunnskap, se også kap. 4.3. Hastenotater kan lettere rettes inn mot egnet tidspunkt for leveranse, men også fulle rapporter kan være like anvendelige dersom de kommer i rett tid.

Departementet har en forventning om at Kunnskapssenteret innenfor sine arbeidsområder danner seg et bilde av det politiske landskap og av behov for mulige kunnskapsoppsummeringer. Dette gjelder både for ny teknologi/ behandlingsmetoder, og paratkompetanse for hasteoppdrag.

Relevans i forhold til problemstillingene

Også for helsetjenestene er det viktig at spørsmålsstillingene som Kunnskapssenteret utreder er relevante. Det er i helsetjenesten et betydelig fokus på riktig ressursbruk og prioriteringsbeslutninger. Både administrative og kliniske beslutninger skal være kunnskapsbaserte, og det er stort behov for beslutningsstøtte. Det er særlig utfordrende å forholde seg til stadig nye metoder. Det forventes at Kunnskapssenteret gjennom rapporter og notater bidrar til at vurderingene blir gode. Eksempler på viktige problemstillinger er: Hvordan behandle pasientene på en bedre måte og helst flere? Hvordan kan hensynet til livskvalitet inngå i vurderingene? Hvordan kan endret behandling tilbys på en mest mulig effektiv måte? Hvordan kan gammel teknologi fjernes ved innføringen av ny? Hvordan utvikle viljen til å omorganisere fullstendig på en hensiktsmessig måte?

Kommunenes ansvar for å tilby en kunnskapsbasert helsetjeneste

Kommunehelsetjenesten mangler en tradisjon for forskning og behovet for forskningsbasert kunnskap er stort. Som eksempel vanskeliggjør allmennlegers arbeidsdag kunnskapsbasering av arbeidet, og gir ofte manglende tid til faglige diskusjoner og egen fagutvikling. Det ble påpekt at kommunene selv har et ansvar for å drive en kunnskapsbasert helsetjeneste og for å etterlyse og bestille kunnskap. Universitetssykehjem, som nå kalles for undervisningssykehjem, har ikke generert kunnskap som forventet.

Eksempler på relevante problemstillinger i kommunehelsetjenesten

Fra kommunenes side var det et ønske at Kunnskapssenteret påpeker kunnskapsmangler, for eksempel innen pleie- og omsorgsfeltet. Følgende eksempler på relevante problemstillinger ble trukket frem: Hvilke tiltak er nyttige, kost/nytte-vurderinger, vurdering av sykehjem i forhold til omsorgsboliger, hjemmetjenester i forhold til institusjonsbasert omsorg, kunnskap om primærforebyggende tiltak rettet mot eldre etc. Annen kunnskap som ble etterlyst var hvilke tiltak som kan bidra til å flytte personer fra roller som brukere/ pasienter til arbeidstakere, og hvorfor tiltak evt nytter. Videre brukes store ressurser på boligbygging, men det er lite kjent om hva som er egnet utforming (antall brukere, personaltetthet, pasientgrupper, arkitektur etc). Eksempler på nye problemstillinger som følger av det internasjonalserte samfunn vil komme i økende grad, eks.: kjønnslemlestelse.

Evalueringsgruppens oppsummering av høringsinnspillene

I mange sammenhenger er det behov for å tillemppe metoden kunnskapsoppsummering til fagfeltet, både når det gjelder hvordan enkeltstudier identifiseres og inkluderes, inklusjonskriteriene, og måten man nærmer seg problemstillingene på. I visse tilfeller kan ikke metoden randomiserte, kliniske studier benyttes. Likevel kan også studier basert på annen metodikk vurderes på en systematisk måte, og føre til konklusjoner. Metodikken utvikles for eksempel i det internasjonale såkalte GRADE-samarbeidet (Group Reading Assessment and Diagnostic Evaluation), der Kunnskapssenteret deltar. Særlig situasjoner som krever raske svar, kunnskapsoppsummeringer innenfor fagområder med rask kunnskapsutvikling, psykisk helsevern, primærhelsetjenesten og folkehelseområdet synes å nødvendiggjøre en tilpasning av metodikken. Avgjørende i mange sammenhenger er at svar kan leveres raskt nok og til rett tid før beslutninger må tas. Bl.a. i primærhelsetjenesten er det et stort behov for forskning. Dermed mangler grunnlaget for kunnskapsoppsummeringer. Her er det særlig viktig å identifisere de viktigste spørsmålene som bør besvares først. De nylig etablerte allmennt medisinske forskningsenhetene ved de medisinske fakultetene bør kunne bli en viktig samarbeidspartner. Generelt er det viktig at spørsmålsstillingene som utredes er relevante.

Evalueringsgruppens anbefalinger

Fleksibel bruk av metoden

Evalueringsgruppen har notert seg at metoden kunnskapsoppsummering innenfor enkelte fagområder oppleves som for ufleksibelt praktisert, både når det gjelder gjennomføring og inklusjon, slik at den ikke oppfattes som nyttig. Evalueringsgruppen mener imidlertid at metoden kan tilpasses i tilstrekkelig grad til behovene, og at dette må tydeliggjøres. Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret tydeliggjør hvilken karakter kunnskapsoppsummeringene har og i hvilken sammenheng de er relevante.

Leveranse i rett tid

Evalueringsgruppen har anbefalt at Kunnskapssenteret i større grad bør bygge på internasjonale arbeider, og være pådriver for internasjonal arbeidsdeling, se kap.4.1. Dette og regionalt samarbeid (se kap.5.1) kan bidra til raskere relevanser og bedre mulighet for leveranse i rett tid.

4.5 Monitorering, kvalitetsarbeid og andre arbeidsområder

Utfordringer

Inntil i år konsentrerte aktivitetene i Kunnskapssenteret seg om kunnskapsoppsummeringer, formidling, pasienterfaringsundersøkelser og annet kvalitetsarbeid og monitorering. De fleste høringsinnspillene om synlighet og nytte berørte kunnskapsoppsummeringsarbeidet. Dette er også naturlig, da de nye arbeidsområdene til dels fortsatt er under etablering. Kunnskapssenteret styrker nå sin innsats særlig på kvalitetsområdet. Bredden i Kunnskapssenterets arbeidsområder er også omtalt i kapittel 4.1.

Et dilemma er at kunnskapsstyring av helsesektoren og kvalitetsarbeidet forutsetter at man kan følge med på hvilke resultater de enkelte tiltak gir. De andre nordiske landene har allerede i lengre tid hatt gode kvalitetsregistre. Mangelen på kvalitetsregistre i Norge svekker kvalitetsarbeidet.

Helsemyndighetene forventer å kunne styre helsesektoren etter indikatorer og annen styringsinformasjon og har behov for å vise frem tall som sannsynliggjør at kvaliteten i arbeidet er tilstrekkelig god. Fagmiljøene og foretakene har imidlertid en klar forventning om at kvalitetsregistre først og fremst skal bidra til å forbedre helsetjenestenes kvalitet, og at dette er et verktøy som bør være godt forankret i kliniske fagmiljøer for å bli benyttet aktivt.

Til tross for at oppgavespekteret til Kunnskapssenteret anses for å være meget bredt og lite profilert, fremkom også en del forventninger om hva Kunnskapssenteret ytterligere skal kunne bidra med. Dette kapittel fokuserer på kvalitetsarbeidet og forslag til utfordringer der Kunnskapssenteret kan bidra. Dette gjelder også prioriteringsarbeidet i økende grad vil bli en utfordring i helsesektoren.

Primærforskning styrker muligheten for rekruttering av gode medarbeidere, for å kunne bygge opp virksomhetens kompetanse og for å utvikle redskapene. Primærforskning kan imidlertid komme i strid med sekundærforskningen. God primærforskning forutsetter som regel også nær tilknytning til forsknings- og fagmiljøer.

Innspill i høringsmøtene

Kvalitetsarbeid

Kvalitetsregistre skal bidra til å måle og utvikle kvalitet. Monitoreringsfeltet er sammensatt med flere aktører som til dels arbeider parallelt, og det ble understreket at dette bør forhindres. Det er en oppfatning at Kunnskapssenteret ønsker å være en mer sentral aktør enn det fagmiljøene og foretakene ønsker. Dette understrekes av at Kunnskapssenteret tidligere uttrykt ønsket om å overta Norsk Pasientregister. Høringsinnspillene tydeliggjorde at fagmiljøene selv bør være hovedaktører, ellers vil data ikke bli tilfredsstillende registrert og kontrollert. Kunnskapssenteret kan bidra inn i arbeidet, for eksempel når det gjelder kompatibilitet av databaser og bruken av dataene, men ikke selve innsamlingen. Ansvar for faglige kvalitetsregistre oppfattes

av foretakene og fagmiljøene som et naturlig ansvarsområde som må ligge nær utøvende fagmiljøer.

Det hersket således tvil blant høringsdeltakere, om hvorvidt for eksempel en Nasjonal enhet for pasientsikkerhet lokalisert i Kunnskapssenteret, vil kunne få noen innvirkning på pasientsikkerheten i klinisk praksis. Som et annet eksempel er pasienterfaringsundersøkelser noe som ikke oppleves som spesielt nyttig i foretakene, men anses som del av et politisk legitimeringsbehov. For foretakene er aggregeringsnivået for høyt, og detaljer finnes ikke igjen som kan bidra til at resultatene kan benyttes til kvalitetsarbeid i praksis.

En regionalisering av kvalitetsarbeidet ble imidlertid ansett som vanskelig på kort sikt fordi dette feltet ikke er godt utviklet på aktuelle institusjoner. Det ble etterlyst at universitetene kommer på banen. Innenfor en rekke fagområder er det etablert nasjonale kompetansesentre i tilknytning til helseforetak. Disse kan i fremtiden være vel egnet til kvalitetsarbeid og monitorering, med rapporteringsplikt til sentrale helsemyndigheter.

Forskningsstudier knyttet til kvalitetsregistrene

Til tross for oppfatningen på mange hold om at Kunnskapssenteret ikke bør drive primærforskning, fremkom også enkelte forslag om å legge flere forskningsrelaterte oppgaver til Kunnskapssenteret. Eksempler er observasjons-/ longitudinelle studier og oppgaver knyttet til kvalitetsregistrene.

Primærforskning

I motsetning til universitetene uttrykte RHFene forståelse for at Kunnskapssenteret må kunne drive noe primærforskning innenfor "sine" arbeidsområder. Primærforskning kan imidlertid true legitimiteten når det publiseres både oppsummeringer og enkeltartikler innenfor samme fagfelt av fagpersoner tilknyttet Kunnskapssenteret. Det ble påpekt at universitetene, som har hovedansvaret for forskning, ikke har etablert mekanismer for å kunne håndtere de aktuelle problemstillingene som danner grunnlag for Kunnskapssenterets arbeid.

Utvikling av studieplanene

Ved universitetene pågår flere steder arbeid med revisjon av studieplanene. Det ble bl.a. nevnt behov for å utvikle kunnskap om en ny arbeidsmåte med terapeutiske team rundt pasientene også i allmennpraksis, noe som bør inngå i studieplanene. Universitetene ønsker å ivareta fagutviklingsarbeidet selv, mens det forventes at Kunnskapssenteret kan bidra med kunnskapsgrunnlag der kompetansen mangler.

Retningslinjearbeid

Kunnskapssenteret har ansvar for å fremskaffe kunnskapsgrunnlaget i arbeidet med normerende dokumenter og skal ikke gå inn i vurderingene som for eksempel retningslinjearbeidet omfatter. Forskjellen mellom Kunnskapssenterets og SHdirs funksjon på dette området er ikke klart oppfattet i fagmiljøene. Det fremkom forslag om at fagmiljøenes og helseforvaltningenes prosesser slås sammen og at Kunnskapssenteret kan ha en understøttende funksjon.

Forankring og utvikling av prioriteringstenkningen

Høringsdeltakere uttrykte en forventning om at Kunnskapssenteret skal bidra med kostnads- og kostnadseffektivitetsvurderinger som beslutningsgrunnlag i prioriteringsbeslutninger. Disse vurderingene innebærer store metodologiske utfordringer. Dersom anbefalingene om prioriteringer ikke er faglig godt forankret, vil de fremkalle sterk motstand i fagmiljøene. Høringsdeltakere forventet at Kunnskapssenteret bør bidra til å redusere det økende gapet mellom mulighetene i, forventningene til og rammene for helsetjenesten ved å bidra med gode analyser. Flere fremhevet det som viktig å sørge for at fagpersoner utvikler en forståelse for at den teknologiske og medisinskfaglige utviklingen også bør baseres på helseøkonomiske vurderinger. Kunnskapssenteret bør bidra her. Kunnskapssenteret forventes for øvrig også å kunne gi råd om hva som er et godt nok kunnskapsgrunnlag for klinisk virksomhet. Som eksempel fremkom at fase tre - studier ikke er egnet som metode ved vurderingen av diagnostikk. Kunnskapssenteret kan bidra ved å identifisere egnede endepunkter.

Kunnskapsgrunnlag for innføring av ny teknologi

Det mangler pr i dag en tilstrekkelig systematikk ved innføringen av ny teknologi. Kunnskapssenteret lanserer i disse dager en database for ny teknologi (omfatter her både utstyr, metoder og legemidler). Systematisk kunnskapsoppsummering er ikke egnet ved innføring av ny teknologi, da litteratur ikke foreligger. Innføringen bør knyttes til krav om registrering av behandlingsresultatene. Kunnskapssenteret kan ha en funksjon i å gi assistanse ved etableringen av slike studier. Det ble uttalt at Kunnskapssenteret kan tenkes å ha en bevisstgjørende funksjon som kan bidra til en nødvendig kulturendring når det gjelder forståelse for nødvendig systematikk ved innføringen av nye metoder. Det ble også foreslått at Kunnskapssenteret eller SHdir kan ha en funksjon når det skal vurderes om en eksperimentell metode kan regnes som etablert.

Det er også behov for kunnskap om effekten av ulike former for organisering i helsetjenesten.

Evalueringens oppsummering av høringsinnspillene

Fagmiljøene forventer at Kunnskapssenteret leverer kunnskapsgrunnlaget for håndteringen av sentrale utfordringer i helsesektoren, slik som prioriterings-, retningslinjearbeidet og organisatoriske spørsmål. I tillegg forventes at Kunnskapssenteret skal ha en understøttende funksjon i kvalitetsarbeidet. Det anses ikke som ønskelig at Kunnskapssenteret selv foretar innsamling av data, men at det skal bidra i analysearbeidet. Pasienterfaringsundersøkelser ble berørt av høringsdeltakerne kun unntaksvis. Evalueringsgruppen er kjent med at Kunnskapssenterets pasienterfaringsundersøkelser i nordisk sammenheng anses for å ha høy kvalitet, men registrerer at disse er lite kjent og ikke er oppfattet som spesielt nyttige.

Evalueringsgruppens anbefalinger

Kvalitetsmålinger og kvalitetsanalyser nær klinisk virksomhet

Kvalitetsmålingene bør utføres i nær tilknytning til klinisk virksomhet. Analysene og tolkningene bør gjøres av fagpersoner, og disse bør ha nær tilknytning til fagmiljøene. Evalueringsgruppen anbefaler at aktiviteten knyttet til kvalitetsmålinger i Kunnskapssenteret på lengre sikt plasseres nærmere klinisk virksomhet. Det er imidlertid også behov for analyser, sammenstillinger på aggregert nivå og utvikling av kvalitetsindikatorer, der Kunnskapssenteret kan bidra.

Kvalitetsregistre

Kvalitetsregistre og tilhørende primærforskning er viktige grunnlag for kunnskapsbaserte tjenester. Det er viktig at kvalitetsregistrene er utviklet etter et hensiktsmessig standardopplegg og kan kommunisere med norsk pasientregister for å sikre at de kan utnyttes optimalt til forskningsformål. Kunnskapssenteret bør imidlertid signalisere tydelig at kvalitetsregistrene ikke er en del av Kunnskapssenterets portefølje, da disse bør være knyttet til klinisk virksomhet for å bli brukt og for å gi nytte. Evalueringsgruppen er klar over at system for hemovigilans er lagt til Kunnskapssenteret fra 2007 og at også tilsvarende system for celler og vev vil bli lagt samme sted. Det endrer allikevel ikke på anbefalingen om at kvalitetsregistrene bør ha sin faglige forankring og drift i tilknytning til de regionale helseforetakene. Det bygges nå opp regionale kompetansemiljøer rundt kvalitetsregistrene, og det bør være en gjensidig kompetanseutveksling mellom disse og Kunnskapssenteret.

Kontinuitet i utredningsgruppene

Evalueringsgruppen anbefaler i sammenheng med retningslinjearbeid at medlemmer i utredningsgruppene som bidrar inn i kunnskapsoppsummeringsarbeidet i Kunnskapssenteret også engasjeres av SHdir i det videre arbeidet med å utvikle retningslinjene.

Vitenskapelige bistillinger

Evalueringsgruppen anbefaler at medarbeidere gis muligheten for å drive primærforskning, men at dette bør organiseres og gjennomføres ved hjelp av vitenskapelige bistillinger ved universitetene, se kap. 4.1.

Prioriteringstenkning

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret forsterker fokuset på kostnadseffektivitetsanalyser og bidrar i tenkningen for hvordan å sette grensen for hva som er godt nok, og hvilke tilbud som bør fjernes og prioriteres ned.

Håndtering av ny teknologi

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret utvikler sitt system for varsling av og oppbygging av kunnskapsgrunnlag for ny teknologi.

4.6 Kunnskapssenterets uavhengighet, tillit og synlighet

Utfordringer

Kunnskapssenteret skal understøtte både helsetjenesten og forvaltningen. Dersom Kunnskapssenterets produkter skal tas i bruk, må Kunnskapssenteret være kjent og dets produkter være synlige. Det er viktig at Kunnskapssenteret er kjent og nyter tillit hos alle parter. En viktig forutsetning er at Kunnskapssenteret fremstår som faglig uavhengig av helseforvaltningen. En sterk posisjon i helseforvaltningen kan forsterke usikkerheten i helsetjenesten knyttet til Kunnskapssenterets uavhengighet og formidle inntrykk av at helseforvaltningen eier Kunnskapssenteret.

Kunnskapssenterets faglige uavhengighet er vedtektsfestet: "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 imidlertid underlagt SHdir i nivå tre under Helse- og omsorgsdepartementet. SHdir er samtidig en viktig oppdragsgiver og hovedfinansør.

Som en særlig utfordring når det gjelder uavhengighet, er Kunnskapssenteret fra 2007 tillagt sekretariatsfunksjonen for det nyopprettede Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet skal drøfte og synliggjøre veivalg. Kunnskapsgrunnlag leveres av Kunnskapssenteret eller andre relevante utredningsmiljøer. Rådet presenteres pr i dag på hjemmesidene til Kunnskapssenteret, og fremstår som en del av Kunnskapssenteret. Samtidig er assisterende direktør i Kunnskapssenteret også leder av sekretariatet for Rådet.

Tillit avhenger for øvrig ikke bare av faglig uavhengighet, men også av den faglige kvalitet. Dette er omtalt i kap. 4.3.

Alle rapporter fra Kunnskapssenteret er tilgjengelige på Kunnskapssenterets nettsider, og det informeres om alle nyutgivelser i eget Nyhetsbrev som sendes ut per e-post hver 14. dag. Dette vil imidlertid ikke være tilstrekkelig for å gjøre rapportene kjent i fagmiljøene og helsetjenesten. Det er ikke kjent i hvilken grad Kunnskapssenterets rapporter er lest, kjent eller brukt. Synlighet forutsetter en målrettet formidlingsstrategi.

Opprettelsen av Helsebiblioteket for ett år siden bidrar i økende grad til synlighet av Kunnskapssenteret og til formidling av rapportene. Evalueringsgruppen ser at Helsebiblioteket er et felles krafttak av RHFene og SHdir som avkrever respekt og anerkjennelse. En slik omfattende satsning har krevd samordnet satsningsvilje fra de involverte beslutningstakerne. På kort tid er det etablert gratis tilgang gjennom Helsebiblioteket til store og viktige innholdsressurser som omfatter mange tunge tidsskrift. Bruken har vært kraftig økende i løpet av året. Således er det også utelukkende positive tilbakemeldinger på Helsebiblioteket. Det er behov for fortsatt utbygging for å optimal effekt og store innsparinger på bibliotek tjenester i helsetjenesten, samtidig som man sikrer tilgang til kunnskap og beslutningsgrunnlag til helsepersonell i alle deler av helsetjenesten. Helsebiblioteket bidrar samtidig til synliggjøring av Kunnskapssenteret og dets produkter.

Det er behov for gode samhandlingsrutiner mellom SHdir og Kunnskapssenteret ved offentliggjøring av rapporter.

Anvendelse av produktene i helsetjenesten og forvaltning, er omtalt i kap. 4.7.

Innspill i høringsmøtene

Kunnskapssenterets uavhengighet og tillit

I alle høringsmøtene ble Kunnskapssenterets uavhengighet fra helsemyndighetene tatt opp som tema. Ved etableringen ble det fra mange hold uttrykt stor bekymring for hvordan Kunnskapssenteret skulle kunne fremstå som faglig uavhengig, samtidig som det er relativt nært tilknyttet den sentrale helseforvaltningen. Problemstillingen ble understreket av at Kunnskapssenteret de første 2,5 årene var lokalisert i samme bygning, dog atskilt fra SHdir. Føringene fra SHdir gjennom tildelingsbrevet oppfattes som svært detaljerte. Det ble imidlertid også fremført i høringsmøtene at det nære samspillet mellom SHdirs og Kunnskapssenterets direktør muliggjorde den raske etableringen og oppbyggingen av senteret.

Særlig representanter for fagmiljøer og helsetjenesten er fortsatt skeptiske til de administrative bindingene de mener å oppfatte mellom Kunnskapssenteret og SHdir som er både etatsstyrer, bestiller, finansør og beslutningstaker. Dette gir bakgrunn for vurderinger av hvorvidt den faglige uavhengigheten er reell. RHFenes fagdirektører har generelt uttalt seg spørrende og kritiske til tilknytningen til SHdir via etatsstyring, men ser at den også har hatt positive sider. Det ble for øvrig påpekt at hasteoppdrag kan true Kunnskapssenterets faglige uavhengighet, fordi de påvirker prioriteringene i Kunnskapssenteret.

Som kontrast er oppfatningen i den sentrale helseforvaltningen og i enkelte profesjonsorganisasjoner at Kunnskapssenterets ledelse har møtt og håndtert store utfordringer på en slik måte at den fryktede nærheten til helseforvaltningen ikke synes å ha blitt noe problem. Også av enkelte profesjonsforeninger ble Kunnskapssenteret ansett som uavhengig. Plasseringen oppfattes som rimelig for å vekte ulike interesser. Etatsstyrer selv mener å ha respektert behovet for faglig uavhengighet. Kunnskapssenterets uavhengighet fremkommer i alle tre arbeidsfasene: Prioritering av bestillinger, gjennomføringen av oppdragene, og ved offentliggjøring og formidling. SHdir understreket at forvaltning oppfattes som å omfatte et understøttende element i tillegg til det styrende aspektet. SHdir vil understøtte miljøene i å utøve god klinisk praksis og har som mål å levere gode redskap for dette, bl.a. basert på Kunnskapssenterets produkter.

Et mer overordnet tildelingsbrev, og Kunnskapssenterets utflytting synes samlet å ha gitt et inntrykk av økende uavhengighet for Kunnskapssenteret. Flere høringsdeltakere var bekymret for at denne positive utviklingen kan motvirkes ved at sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering drar Kunnskapssenteret inn i SHdir-sfæren igjen. Aktiviteten som "helsepolitisk" sekretariat kan meget lett svekke legitimiteten.

Departementet anser Kunnskapssenteret som bedre egnet til å ivareta objektiviteten enn fagorganisasjonene, da disse i mange sammenhenger samtidig opptrer både som fagorganisasjoner og som samfunnsnyttige aktører.

Kunnskapssenterets synlighet

Kjennskapen til Kunnskapssenteret varierer mellom de ulike aktørene. Fagrepresentanter hevdet at Kunnskapssenteret og rapportene i liten grad er kjent i fagmiljøene og ved universitetene og høyskolene. Dette inntrykket gjelder også for medlemsinstitusjonene i Universitets- og høyskolerådet, selv om høyskolerepresentantene var mer positive enn universitetsrepresentantene. Ved høyskoler, der Kunnskapssenteret har bidratt med kurs, for eksempel opplæring i bruk av Helsebiblioteket er senteret godt kjent og har fått god evaluering. Særlig emnebibliotekene kan bli nyttige dersom de vedlikeholdes. Særlig i fagmiljøene i Oslo anses Kunnskapssenteret som bedre kjent, og dets leder som profilert og respektert.

Også i profesjonsforeningene synes det generelt å være lite kjennskap til Kunnskapssenterets metoder og til innholdet i rapportene. Det ble bekreftet at leger kjenner lite til Kunnskapssenteret, og at resultatene ikke implementeres. RHFene anser det som problematisk at Kunnskapssenteret er lite kjent. Dette gjelder både i RHFenes fagavdelinger og HFene, både blant helsearbeidere og ledere. Det ble anbefalt uortodokse metoder for å markedsføre Kunnskapssenteret. Også i kommunene er Kunnskapssenteret antagelig i liten grad kjent. Innspill i høringsmøtene tyder på at Helsebiblioteket er i større grad kjent.

Blant årsakene til manglende synlighet ble Kunnskapssenterets bredde i arbeidsområdene fremhevet. En tydelig merkevare kan fremmes mer effektivt og kan få bedre gjennomslag enn en stor, sammensatt masse der enkeltbitene blir usynlige. Kunnskapssenteret fremstår for mange som en utydelig aktør. Kunnskapssenteret anses som å ha blitt for stort med svært mange ulike oppgaver som vanskeliggjør merkevarebygging og gjennomslag. Spissing av virksomheten og av bestillingslistene anbefales.

Rapportenes synlighet

Relativt få av høringsdeltakerne kjente til de eksisterende rapportene, eller hadde selv benyttet seg av kunnskapsoppsummeringer i klinisk arbeid, innen ledelse eller undervisning. Flere hadde besøkt hjemmesidene og hadde forespurt kolleger i egen virksomhet etter å ha mottatt invitasjonen til høringsmøte.

Rapportene sendes ut til sykehusene, men videresendes ikke til fagavdelingene. En viktig hindring er at rapportene er omfattende. Det ble anbefalt å publisere sammendrag i vitenskapelige tidsskrift (Tidsskriftet) for at de skal bli lest og få gjennomslag. Publisering i Tidsskriftet gir mye større legitimitet og gjennomslag og bidrar til at rapportene blir lettere å ta i bruk. Legeforeningen kunne se for seg at rapportene presenteres i Tidsskriftet ved at en faglig autoritet publiserer en kritisk gjennomgang.

Som eksempel på god og effektiv formidling til fagmiljøene ble informasjonsmøter om rapportene anbefalt, for eksempel i sammenheng med årsmøter i spesialforeningene. Et annet forslag var å arrangere konsensuskonferanser for å skape debatt om

rapportene. Det bør arbeides opp mot et faglig nettverk av personer for spredning av informasjon.

Det ble anbefalt å utarbeide en plan for formidling og for implementering i samarbeid med ansvarlige aktører. Det ble foreslått at Kunnskapssenteret kan tilrettelegge for implementering ved å fremskaffe kunnskap om denne prosessen. Behovet for mer markedsføring, særlig av muligheten for bestillinger, ble fremhevet. Dette forventes styrket i Kunnskapssenteret, og ressursene forventes avsatt av Kunnskapssenteret selv. Det forventes en målsetting om økt bruk og spredning av produktene. Helsepersonell må lære å ta resultatene i bruk, og det må bli naturlig å søke i referansene Kunnskapssenteret bygger opp. Det ble foreslått å undersøke hvilken skjebne Kunnskapssenterets rapporter har hatt.

Evalueringsgruppens oppsummering av høringsinnspillene

Den i utgangspunktet store skepsisen knyttet til Kunnskapssenterets nærhet til helseforvaltningen, har vært avtakende på grunn av ledelsens håndtering av utfordringene og senterets utflytting fra SHdir. Skepsisen er størst i fagmiljøene, mens helseforvaltningen kjenner godt til Kunnskapssenteret, har tillit til og anser senteret som uavhengig. Den nye sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har imidlertid på ny vekket en usikkerhet rundt Kunnskapssenterets uavhengighet, og truer legitimiteten. Det synes som om konflikten mellom fagmiljøenes legitime ønske om å kunne tilby best mulige helsetjenester, og helseforvaltningens legitime krav om kostnadseffektivitet kan håndteres bedre.

Kunnskapssenteret fremstår etter tre år som relativt lite kjent og lite synlig i de kliniske fagmiljøene. Rapportene er lite kjent og anvendt i fagmiljøene, men i større grad i helseforvaltningen. Stort sett synes miljøer som har fått utført oppdrag, å ha en positiv innstilling til Kunnskapssenteret, med noen unntak. Kunnskapssenterets brede oppgavespekter og manglende profil oppfattes som å vanskeliggjøre merkevarebygging og bedre synliggjøring. Spissing og systematisk markedsføring av virksomheten og spredning av rapportene ble fremhevet som nødvendig. Helsebiblioteket oppfattes som svært positivt og nyttig, særlig av fagmiljøer utenom universitetsmiljøene, og bidrar til en trend i retning av bedre synlighet.

Evalueringsgruppens anbefalinger

Kunnskapssenterets faglige uavhengighet

Kunnskapssenterets faglige uavhengighet er svært viktig for senterets legitimitet og produktenes kvalitet og implementering, og bør være uomstridt. Evalueringsgruppen oppfatter den faglige uavhengigheten i gjennomføringen i oppdragene som udiskutabel, mens prioriteringen av oppdragene krever en balansegang som bør tydeliggjøres. Antall hasteoppdrag bør ikke gå på bekostning av prioriterte områder.

Sekretariatsfunksjon for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret vurderer nøye sin håndtering av sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.

Kunnskapssenteret bør vektlegge at sekretariatsfunksjonen avgrenses til praktisk tilrettelegging av rådets arbeid og fremskaffelse av kunnskapsgrunnlag i saksforberedelsen. Diskusjoner og helsepolitiske vurderinger og utredninger bør kun foretas i SHdir og av andre aktører som er representert i Rådet. Rådets nettsider og grafiske profil bør klart skilles fra Kunnskapssenteret.

Målrettet markedsføring og tydelig grafisk profil

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret planlegger og setter av ressurser til målrettede markedsføringstiltak. En bedre, identitetsgivende layout på rapportene, utarbeidet av grafisk designer, bør vurderes. Atskilte profiler for ulike produkttyper anbefales, både for trykksaker og i elektronisk form. En mer tydelig faglig profil, slik evalueringsgruppen har anbefalt i kap. 4.1, vil også bidra til å forenkle markedsføringen av Kunnskapssenteret.

Plan for formidling

Evalueringsgruppen anbefaler at det utarbeides en plan for formidling.

Kunnskapssenteret bør ta sikte på kortfattet og anvendelighet av sine produkter, og sikre publisering av produktene der de blir sett og hensyntatt.

Publisering

Evalueringsgruppen anbefaler særlig publisering av sammendrag, evt omtale av rapportene, i relevante norske fagtidsskrift. Evalueringsgruppen anser det som et viktig mål at Kunnskapssenterets rapporter er anerkjent for sin faglige kvalitet slik at sammendrag aksepteres for publisering uten videre referee-vurdering. Publisering av korte sammendrag i Tidsskriftet og de andre profesjonstidsskriftene anbefales som effektivt for å nå norsk helsepersonell. Andre aktuelle formidlingskanaler er foretakenes websider, Dagens medisin etc. I tillegg anbefales oppmuntring til publisering i internasjonale, vitenskapelige tidsskrift.

Spredning gjennom faglige nettverk

Kunnskapssenteret bør knytte kontakter til eksisterende faglige nettverk, for eksempel i spesialforeningene, primærhelsetjenesten og foretakene, og ta disse aktivt i bruk. Det anbefalte regionale nettverket kan også benyttes. I tillegg til rekruttering av eksterne fagpersoner i utredningsgruppene kan man slik sikre spredning av produktene. Eksterne fagpersoner kan også brukes til å avholde informasjonsmøter knyttet til ordinære møter i spesialforeningene for presentasjon av rapportene.

4.7 Anvendelse av rapportene i helsetjenesten og forvaltning

Utfordringer

Kunnskapssenteret og dets virksomhet får verdi ved at produktene tas i bruk som beslutningsgrunnlag i helsetjenesten, forvaltningen og politikk. Brukerne er en lang rekke aktører med ulike og til dels motstridende forventninger til Kunnskapssenteret, både når det gjelder faglig grundighet, tidsrammer for utredningene, metodikk, valg av og tilnærming til problemstillingene.

Kunnskapssenteret selv leverer kun kunnskapsgrunnlaget, mens andre aktører har ansvaret for at dette tas i bruk, fører til endret adferd, implementeres i normative redskap, eller generelt brukes som beslutningsgrunnlag ved administrative, strategiske eller politiske veivalg. Dette er formulert slik i forslaget til reviderte vedtekter (Vedl.VII) som formålsparagraf: "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." Kunnskapssenterets nytte er derfor også avhengig av de andre aktørene.

Viktige forutsetninger er, som omtalt i tidligere kapitler, at brukerne har tillit til leverandøren av beslutningsgrunnlaget, at beslutningsgrunnlaget er relevant for problemstillingen, kommer i rett tid og er lett tilgjengelig, og ikke minst at fagmiljøene selv har deltatt i prosessene. Ved deltakelse får fagmiljøene kjennskap til, kunnskap om og forståelse for metodikken. Deltakerne kan utvikle tillit til prosessene, samtidig som de kan sikre nødvendig faglig kompetanse i utviklingen av produktene.

Det er gått for kort tid siden etableringen av Kunnskapssenteret til å kunne spore en kunnskapsbasert kultur og handlingsendring blant helsepersonell. Slike prosesser tar vanligvis lang tid og krever en tilnærming gjennom profesjonene.

Innspill i høringsmøtene

Ansvar for implementering

En del oppmerksomhet i høringsmøtene dreide seg om at produktene til Kunnskapssenteret får verdi først ved implementering i helsetjenesten. Dette kravet gjelder selv om det ble innrømmet at forskning helt klart har en egenverdi og deltakelse i utredningene også har et opplæringsaspekt for deltakerne i utredningsarbeidet. Det ble fremhevet at rapportene fra Kunnskapssenteret bør bli brukt som beslutningsgrunnlag på tre nivåer: av helsemyndighetene, av beslutningstakerne i helsetjenesten, og av utøverne i klinisk praksis. Implementering bør planlegges i henhold til dette.

Forståelsen av hvem som har ansvar for implementeringen var varierende, mens noen var bevisste på at Kunnskapssenterets ansvar er avgrenset til formidlingsdelen. Det ble diskutert at bestiller også har et ansvar for implementering. SHdir har en oppgave i å implementere kunnskapen i normerende redskap. Fagmiljøene har selv et ansvar for å holde seg oppdatert og for å ta kunnskap i bruk. Helseledere har et ansvar i å etterspørre og sikre at utøvere driver kunnskapsbaserte tjenester. Kunnskap frembringes forøvrig også via mange andre kanaler utenom Kunnskapssenteret. Det ble ansett som et kollektivt ansvar for de ulike aktørene i helsesektoren å gjøre eksisterende kunnskap kjent og å ta den i bruk. Implementering forutsetter et godt koordinert samspill mellom ulike aktører som pr i dag ikke er på plass. Dermed utnyttes ressursene ikke godt nok. Implementering innebærer for øvrig ikke bare innføringen av noe nytt, men også at noe gammelt fjernes i rett tid.

En viktig implementeringsvei går via læreplaner og det ble anbefalt Kunnskapssenteret å inngå et systematisk samarbeid med utdanningsansvarlige.

Helsebiblioteket ble trukket frem som et viktig hjelpemiddel for tilgjengeliggjøring av kunnskap og retningslinjer. Samtidig er Helsebiblioteket et viktig redskap for å gjøre Kunnskapssenteret kjent. Tilgang til kunnskapen byr imidlertid fortsatt på utfordringer, for eksempel på sykehjem uten internettilgang.

Implementering i helsetjenesten

Helsetilsynet kunne ikke se at dokumentasjon fra Kunnskapssenteret brukes i særlig grad i helsetjenesten. Rapportene refereres sjelden til i RHF- eller HF-styremøter og aldri i kommunehelsetjenestens saksbehandling. Helsetilsynet fokuserer i sitt tilsyn på prosessuelle beslutninger og pasientrettigheter, men lite på resultatet av kliniske beslutninger.

Det ble oppgitt eksempler på rapporter som har ført til endring i helsetjenesten, mens andre ikke er blitt brukt. Det ble antydnet at blant årsakene kan være at produktene ikke alltid er relevante for problemstillingene. Norsk elektronisk legehåndbok ble nevnt som eksempel på et veldig relevant og nyttig produkt som også er tatt i bruk.

Det er forventninger i forvaltningen om at den nye nasjonale enheten for pasientsikkerhet vil føre til at Kunnskapssenteret bidrar til økt pasientsikkerhet, mens representanter for helsetjenesten er skeptiske til dette.

Implementering i forvaltningen

Helsetilsynet selv henviser sjelden til dokumenter fra Kunnskapssenteret eller tidligere Senter for medisinsk metodevurdering, med unntak av personer som selv har bidratt i arbeidet. Legemiddelverket har bestilt fem kunnskapsoppsummeringer hvorav to er implementert. Folkehelseinstituttet har bestilt flere rapporter som er tatt i bruk i strategi- og planarbeidet. Det antas at SHdir bruker alle rapporter og notater som bestilles av Kunnskapssenteret i sammenheng med saksbehandlingen som bestillingene er en del av. Om dette imidlertid fører til endringer eller implementering i helsetjenesten har man ikke oversikt over.

Evalueringens oppsummering av høringsinnspillene

Implementering av eksisterende kunnskap er et kollektivt ansvar for aktørene i helsesektoren. Dette forutsetter et koordinert samspill som må utvikles. Kunnskapssenteret har hittil hatt begrenset fokus på implementeringsdelen som er en forutsetning for at virksomheten fremstår som nyttig. Kunnskapssenterets struktur er tilrettelagt for implementering ut fra størrelse og formål i vedtektene. Helsebiblioteket og implementering i læreplaner og normerende redskap er viktige implementeringsveier. Graden av implementering av Kunnskapssenterets produkter pr i dag er ikke kjent. Det er et generelt inntrykk at produktene i liten grad er implementert i helsetjenesten, men i noe større grad i forvaltningens arbeid.

Evalueringens anbefalinger

Stimulere anvendelse av rapportene i praksis

Kunnskapssenteret bør forsterke sitt fokus på implementering av produktene, i samspill med andre aktører i helsesektoren, og lage en oversikt over ansvarsfordelingen. Det anbefales å legge inn et forpliktende element knyttet til leveransen på bestillinger, noe Kunnskapssenteret har forutsetninger for å gjøre.

Oversikt over bruk av rapportene

Evalueringens gruppen anbefaler at Kunnskapssenteret skaffer seg oversikt over i hvilken grad rapportene brukes av oppdragsgivere og om resultatene anvendes i klinisk praksis.

Tydelig profilert markedsføring som en viktig forutsetning for oppmerksomhet og optimal implementering er omtalt i kap.4.6.

5. Evalueringsgruppens anbefalinger

Evalueringsgruppens anbefalinger fra forrige kapittel gjentas her i en samlet oversikt i kapittel 5.2. Innledningsvis i kap. 5.1 anbefales en regional nettverksstrategi for Kunnskapssenteret. Evalueringsgruppen anser det som viktig for helse-Norge at det viktige metodevurderingsområdet utvikles i en hensiktsmessig retning. Hensikten med anbefalingene er å tydeliggjøre viktige veivalg for Kunnskapssenterets ledelse og for oppdragsgiverne. Evalueringsgruppen presiserer at de anbefalte tiltakene bør gjennomføres innenfor eksisterende ressursrammer.

5.1 En regional nettverksstrategi

Nytten av en regional nettverksstrategi

Evalueringsgruppen anbefaler en regional nettverksstrategi der det bygges opp faglige ressursnoder ved hvert universitet/ universitetssykehus og eventuelt ved andre aktuelle fagenheter utenfor helsetjenesten. En slik tilnærming innebærer en mer aktiv interaksjon mellom Kunnskapssenteret og fagmiljøene i de ulike RHFene og universitetene. Kunnskapssenteret må sette av ressurser innenfor sine generelle rammer til å frikjøpe fagpersoner ut av klinisk virksomhet for avgrensede perioder for å bidra i kunnskapsoppsummeringsarbeidet i senteret. Kunnskapssenteret selv skal være det ledende metodemiljøet som samarbeider tett med de faglige miljøene om kunnskapsoppsummeringene. Ressursnodene vil bidra til bedre mobilitet og kontakt med kliniske fag- og forskningsmiljøer for Kunnskapssenteret. Dette ansees som nødvendig for å ivareta Kunnskapssenterets egen institusjonelle kompetanse. Samtidig vil dette styrke fagmiljøenes kompetanse innen metodikken. God kontakt med utøvende klinikere styrker mulighetene for implementering av resultatene i klinisk praksis.

En regional strategi vil også være effektiv for å motvirke den skepsis som finnes i en del miljøer om at oppbyggingen av Kunnskapssenteret representerer en vekst av den sentrale forvaltningen på bekostning av miljøer i andre regioner av landet. Det finnes i dag mange miljøer utenfor Oslo-regionen som opplever at det er en økende sentralisering innen helsesektoren. Noe av skepsisen som kom fram i høringsmøtene er betinget i denne generelle opplevde utviklingen.

Eierskap til metodevurderingsarbeidet i helsetjenesten

Det er avgjørende for Kunnskapssenteret at det finnes robuste fagmiljøer med metodevurderings- og fagkompetanse ved universitetssykehusene. Det er et klart potensial for å øke deltakelsen fra RHFene og universitetene i det arbeidet som utføres ved Kunnskapssenteret. En slik økt samhandling vil også bidra til at alle aktuelle profesjoner innen helsetjenesten blir involvert og vil føle eierskap til det arbeidet som utføres.

Ressurser til kjøp av eksterne ressurser

En regional strategi vil innebære at Kunnskapssenteret i større grad bør sette av økonomiske ressurser til å engasjere eksperter fra de ulike fagmiljøene. Disse bør være fra alle universitetene og de regionale helseforetakene.

Tydeliggjøring av eksisterende kompetanse

Evalueringsgruppen ser for seg at Kunnskapssenteret utgjør navet i et nettverk av regionale kompetansemiljøer. Forslaget går ut på en tydeliggjøring av den eksisterende kompetansen og profiler, og en videreutvikling av det nasjonale samarbeidet. Evalueringsgruppen tror at dette vil vise at Norge allerede har en betydelig samlet kompetanse innen metodevurderingsfeltet. Eksempelvis er det ved de ulike universitetene i Norge spissområder innenfor helseøkonomi, medisinsk informatikk, telemedisin, epidemiologi, billeddiagnostikk, og eksperimentell kirurgi.

Regional mobilisering og nasjonal koordinering

En nasjonal koordinerende funksjon for Kunnskapssenteret oppfattes som nærliggende. Det bør avsettes ressurser til målrettede oppdrag til de ulike regionale enhetene. Det er viktig at representanter for universitetene og regionale helseforetak sammen utvikler en plan for styrking av fagområdet. Begge parter vil tjene på dette da både universitetene og RHFene vil kunne dra nytte av en felles definert ressurs. Med oppdrag fra de respektive representantene i tillegg til nasjonalt avsatte ressurser, bør dette føre til synergier. En slik modell vil være en nøkkel til implementering ved at RHFenes organisasjon og ressurser mobiliseres.

Nasjonale samarbeidsarenaer

Evalueringsgruppen foreslår at det etableres et nasjonalt samarbeid mellom de ansvarlige parter for å sikre riktig målretting, avklart ansvarsfordeling og et hensiktsmessig tempo for denne utviklingen. Det finnes allerede møteplasser som bør utnyttes, slik som Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning. Det bør avklares hvem som skal fungere som pådriver.

Rekruttering av fagekspertene i nettverk

En regional strategi vil også innebære at det etableres et nettverk av miljøer som kan bidra til å finne fram til de rette ekspertene. En viktig medspiller kan være de ulike enhetene for anvendt klinisk forskning som finnes ved universitetssykehusene og de allmennt medisinske forskningsenhetene som nå etableres ved de medisinske fakultetene. Kunnskapssenteret bør også videreutvikle samarbeidet med de ulike spesialforeningene innen helsesektoren som har stor kunnskap innenfor sine spesialfelt. Evalueringsgruppen er orientert om en pågående dialog mellom Kunnskapssenteret og Legeforeningen, og at en tilsvarende dialog vil igangsettes med de andre profesjonsforeningene. En slik tilnærming er viktig for forankringen av fagpersonene, og kan bidra til identifisering av egnede fagpersoner alt etter problemstilling. Dersom Legeforeningen ikke ønsker en slik direkte og tett kontakt mellom de fagmedisinske foreningene og Kunnskapssenteret, så bør kontakten til spesialistene heller etableres via helseforetakene.

Kjøp av ressurser fra kompetansemiljøer

Evalueringsgruppen anbefaler at det vurderes om Kunnskapssenteret skal ha noen få ansatte som har arbeidssted ved universitetssykehusene. Disse bør kunne fungere som bindeledd og kompetanseformidlere til Kunnskapssenteret. En mulig modell er at Kunnskapssenteret finansierer noen stillinger innen viktige kompetansemiljøer mot at kompetansemiljøene stiller til disposisjon for Kunnskapssenteret tilsvarende mengde arbeidskraft, men fordelt på de personer som best kan bidra innen den aktuelle problemstillingen. Det kan tidvis være en utfordring for en del

kompetansemiljøer å avgi arbeidskraft til et prosjekt fordi det er for få ansatte. En slik løsning kan oppleves som en vinn-vinn-situasjon av både kompetansemiljøene og Kunnskapssenteret. Tilsvarende modell kan benyttes for engasjement av kompetanse fra relevant instituttsektor. Evalueringsgruppen konkluderer derfor med at Kunnskapssenteret bør etablere en regional nettverksstruktur.

5.2 Oversikt over anbefalingene i kapittel 4

Arbeidsområder, organisering og produktivitet, kap. 4.1

Konsolidering og fokusering

Evalueringsgruppen mener at virksomhetsidéen ikke er helt forenlig med den store virksomhetsbredden som er tillagt Kunnskapssenteret. Evalueringsgruppen anbefaler en konsolidering, fokusering og avgrensning av arbeidsområdene, og en avgrensning av funksjonene mot andre aktører. Samhandling med kliniske utøvende fag- og forskningsmiljøer bør synliggjøres. Samhandlingen anses også som en viktig forutsetning for å oppnå tilstrekkelig synlighet for Kunnskapssenteret. Evalueringsgruppen presiserer at de anbefalte tiltakene bør gjennomføres innenfor eksisterende ressursrammer.

Geografisk spredning, hospitering og vitenskapelige bistillinger

Kunnskapssenteret bør sikre god geografisk spredning også i sine utredningsgrupper. Det foreslås avsatt ressurser til hospitering/ engasjement av eksterne regionale forskere/ fageksperter i Kunnskapssenteret og vice versa. Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret øker antallet vitenskapelige bistillinger, spesielt knyttet til universitetene utenfor Oslo, som del av en bevisst strategi for kompetanseheving og nasjonal faglig nettverksbygging.

Bygge på internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Kunnskapssenteret bør i størst mulig grad bygge på internasjonale metodevurderinger gjennom sitt gode samarbeid med internasjonale nettverk. En viktig oppgave er å tilpasse internasjonale rapporter til norske kulturelle og organisatoriske forhold. Dette vil bidra til bedre ressursutnyttelse og øke muligheten for raskere leveranser i rett tid. Kunnskapssenteret bør kunne bidra betydelig i det økende internasjonale samarbeidet og arbeidsdelingen. Samarbeid om metodeutvikling og arbeidsdeling av metodevurderinger er blant formålene til det europeiske EUnetHTA-samarbeidet der Kunnskapssenteret deltar aktivt.

Bidra i internasjonal kunnskapsproduksjon

Det er ønskelig at Norge og Kunnskapssenteret bidrar i den globale kunnskapsproduksjonen og er aktive bidragsyttere i internasjonale nettverk. Norske fagpersoner kan bidra med viktige modeller. De nordiske landenes helsetjenester vekker i økende grad internasjonal interesse. Egen kunnskapsproduksjon er også en forutsetning for å kunne dra nytte av internasjonal kunnskapsproduksjon og metodeutvikling. Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret videreutvikler sitt sterke internasjonale engasjement og kontakter, og bidrar til utnyttelse av de gode nordiske samarbeidsmulighetene.

Internasjonal arbeidsdeling

Internasjonal koordinering og oppgavefordeling anbefales, noe Kunnskapssenteret kan ta initiativ til gjennom sine sterke posisjoner i internasjonale nettverk.

Bestillingsprosess og prioritering, kap. 4.2

Systematisk og åpen prosess for prioritering av sentrale problemstillinger

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret utvikler en systematisk prosess for å identifisere sentrale problemstillinger innen alle viktige fagområder og nivåer av helsetjenesten. Hensikten er å sikre strategisk riktige temavalg, og at man treffer målgruppens behov. Prosessen bør være åpen: det bør fremgå tydelig hvem som deltar, hvilke kriterier som legges til grunn for beslutningene, og innholdet i disse. Alle relevante oppdragsgivere og brukergrupper bør bli involvert i prosessen.

Tydeliggjort balansegang mellom føringer og egne prioriteringer

En god prioriteringsprosess forutsetter at føringene fra departementet og etatsstyrer holdes på et overordnet nivå. Evalueringsgruppen anbefaler at etatsstyrer og Kunnskapssenteret tydeliggjør balansegangen mellom faglig uavhengighet i prioriteringsprosessen og hensynet til politiske føringer gjennom etatsstyringen.

Synliggjøre bestillingsmuligheten

Bestillingsmuligheten bør synliggjøres bedre for aktører med innsikt i helsetjenestens utfordringer og for dem som skal implementere kunnskapen, for eksempel i helsetjenesten, spesialforeningene etc.

Prioritering av oppdragene

Bestillerforumets oppgaver, fremgangsmåte, kriterier og organisatoriske plassering bør videreutvikles og synliggjøres.

Synliggjøring av bestiller og fagfelt

Evalueringsgruppen anbefaler at rapportene på hjemmesidene sorteres etter produkttype slik det gjøres i dag, og i tillegg inndeles etter bestiller og/ eller fagområde. Det er viktig at både bestiller og/ eller fagområde klart fremgår i alle kunnskapsoppsummeringer, både i elektronisk og papirversjon.

Faglig kvalitet og prioritering, kap. 4.3

Tydelige kategorier for kunnskapsoppsummeringene

Evalueringsgruppen anbefaler at kategoriene som kunnskapsoppsummeringene inndeles i, bør synliggjøres gjennom grafisk design og defineres mer tydelig ved at den faglige prosessen beskrives for hver kategori. Dette bør fremkomme både på nettsidene og andre steder.

Deltakelse av eksterne fagpersoner

Eksterne fagpersoner bør delta i alle kunnskapsoppsummeringer for å sikre legitimiteten. Deltakelse av fagpersoner, både interne og eksterne, må tydeliggjøres både i rapportene og i oversiktene på hjemmesidene.

Rekrutteringsprosess for eksterne fagpersoner

Prosessen for rekruttering av eksterne fagpersoner i utredningsgruppene bør defineres: Evalueringsgruppen anbefaler en tilnærming både gjennom fagspesialitetene, fagprofesjonene, fagmiljøer i RHFene, universitetene, og høyskolene. Det kan være hensiktsmessig å involvere sentrale personer i fagmiljøene i utvelgelsesprosessen, også for å fange opp motstridende faglige oppfatninger i utredningsarbeidet.

Tydeliggjøring av oppnevningssprosess og arbeidsform

Prosess for oppnevning av utredningsgruppene og arbeidsform bør fremkomme av rapportene i innledningen. Slik transparens er en forutsetning for rapportenes legitimitet.

Review- gjennomgang av rapportene

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret etablerer en ekstern review-ordning for sine rapporter, som innebærer en ekstern vurdering av rapportene før publisering, jf SBUs prosedyrer. Det bør etableres en prosedyre for valg av reviewere.

Hasteoppdrag

Kunnskapssenteret har paratkompetanse for hasteoppdrag. Evalueringsgruppen anbefaler at det fremgår klart av hastenotatene hvordan slike oppdrag skiller seg fra Kunnskapssenterets øvrige kunnskapsoppsummeringer, både når det gjelder prosess, ekstern deltakelse av fagpersoner og evt ekstern review-gjennomgang. Dersom det er gjennomførbart, anbefaler evalueringsgruppen at Kunnskapssenteret også ved hasteoppdrag sikrer en faglig vurdering av utvalg og sammenstilling av studier gjennom eksterne ressurspersoner i faglige nettverk eller eksterne faglige kompetansemiljøer.

Anvendbarhet og leveranse i rett tid, kap. 4.4

Fleksibel bruk av metoden

Evalueringsgruppen har notert seg at metoden kunnskapsoppsummering innenfor enkelte fagområder oppleves som for ufleksibelt praktisert, både når det gjelder gjennomføring og inklusjon, slik at den ikke oppfattes som nyttig. Evalueringsgruppen mener imidlertid at metoden kan tilpasses i tilstrekkelig grad til behovene, og at dette må tydeliggjøres. Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret tydeliggjør hvilken karakter kunnskapsoppsummeringene har og i hvilken sammenheng de er relevante.

Leveranse i rett tid

Evalueringsgruppen har anbefalt at Kunnskapssenteret i større grad bør bygge på internasjonale arbeider, og være pådriver for internasjonal arbeidsdeling, se kap.4.1. Dette og regionalt samarbeid (se kap.5.1) kan bidra til raskere relevanser og bedre mulighet for leveranse i rett tid.

Monitorering og kvalitetsarbeid, kap. 4.5

Kvalitetsmålinger og kvalitetsanalyser nær klinisk virksomhet

Kvalitetsmålingene bør utføres i nær tilknytning til klinisk virksomhet. Analysene og tolkningene bør gjøres av fagpersoner, og disse bør ha nær tilknytning til fagmiljøene. Evalueringsgruppen anbefaler at aktiviteten knyttet til kvalitetsmålinger i Kunnskapssenteret på lengre sikt plasseres nærmere klinisk virksomhet. Det er imidlertid også behov for analyser, sammenstillinger på aggregert nivå og utvikling av kvalitetsindikatorer, der Kunnskapssenteret kan bidra.

Kvalitetsregistre

Kvalitetsregistre og tilhørende primærforskning er viktige grunnlag for kunnskapsbaserte tjenester. Det er viktig at kvalitetsregistrene er utviklet etter et hensiktsmessig standardopplegg og kan kommunisere med norsk pasientregister for å sikre at de kan utnyttes optimalt til forskningsformål. Kunnskapssenteret bør imidlertid signalisere tydelig at kvalitetsregistrene ikke er en del av Kunnskapssenterets portefølje, da disse bør være knyttet til klinisk virksomhet for å bli brukt og for å gi nytte. Evalueringsgruppen er klar over at system for hemovigilans er lagt til Kunnskapssenteret fra 2007 og at også tilsvarende system for celler og vev vil bli lagt samme sted. Det endrer allikevel ikke på anbefalingen om at kvalitetsregistrene bør ha sin faglige forankring og drift i tilknytning til de regionale helseforetakene. Det bygges nå opp regionale kompetansemiljøer rundt kvalitetsregistrene, og det bør være en gjensidig kompetanseutveksling mellom disse og Kunnskapssenteret.

Kontinuitet i utredningsgruppene

Evalueringsgruppen anbefaler i sammenheng med retningslinjearbeid at medlemmer i utredningsgruppene som bidrar inn i kunnskapsoppsummeringsarbeidet i Kunnskapssenteret også engasjeres av SHdir i det videre arbeidet med å utvikle retningslinjene.

Vitenskapelige bistillinger

Evalueringsgruppen anbefaler at medarbeidere gis muligheten for å drive primærforskning, men at dette bør organiseres og gjennomføres ved hjelp av vitenskapelige bistillinger ved universitetene, se kap. 4.1.

Prioriteringstenkning

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret forsterker fokuset på kostnadseffektivitetsanalyser og bidrar i tenkningen for hvordan å sette grensen for hva som er godt nok, og hvilke tilbud som bør fjernes og prioriteres ned.

Håndtering av ny teknologi

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret utvikler sitt system for varsling av og oppbygging av kunnskapsgrunnlag for ny teknologi.

Kunnskapssenterets uavhengighet, tillit og synlighet, kap. 4.6

Kunnskapssenterets faglige uavhengighet

Kunnskapssenterets faglige uavhengighet er svært viktig for senterets legitimitet og produktenes kvalitet og implementering, og bør være uomstridt. Evalueringsgruppen oppfatter den faglige uavhengigheten i gjennomføringen i oppdragene som udiskutabel, mens prioriteringen av oppdragene krever en balansegang som bør tydeliggjøres. Antall hasteoppdrag bør ikke gå på bekostning av prioriterte områder.

Sekretariatsfunksjon for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret vurderer nøye sin håndtering av sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.

Kunnskapssenteret bør vektlegge at sekretariatsfunksjonen avgrenses til praktisk tilrettelegging av rådets arbeid og fremskaffelse av kunnskapsgrunnlag i saksforberedelsen. Diskusjoner og helsepolitiske vurderinger og utredninger bør kun foretas i SHdir og av andre aktører som er representert i Rådet. Rådets nettsider og grafiske profil bør klart skilles fra Kunnskapssenteret.

Målrettet markedsføring og tydelig grafisk profil

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret planlegger og setter av ressurser til målrettede markedsføringstiltak. En bedre, identitetsgivende layout på rapportene, utarbeidet av grafisk designer, bør vurderes. Atskilte profiler for ulike produkttyper anbefales, både for trykksaker og i elektronisk form. En mer tydelig faglig profil, slik evalueringsgruppen har anbefalt i kap. 4.1, vil også bidra til å forenkle markedsføringen av Kunnskapssenteret.

Plan for formidling

Evalueringsgruppen anbefaler at det utarbeides en plan for formidling.

Kunnskapssenteret bør ta sikte på kortfattet og anvendelighet av sine produkter, og sikre publisering av produktene der de blir sett og hensyntatt.

Publisering

Evalueringsgruppen anbefaler særlig publisering av sammendrag, evt omtale av rapportene, i relevante norske fagtidsskrift. Evalueringsgruppen anser det som et viktig mål at Kunnskapssenterets rapporter er anerkjent for sin faglige kvalitet slik at sammendrag aksepteres for publisering uten videre referee-vurdering. Publisering av korte sammendrag i Tidsskriftet og de andre profesjonstidsskriftene anbefales som effektivt for å nå norsk helsepersonell. Andre aktuelle formidlingskanaler er foretakenes websider, Dagens medisin etc. I tillegg anbefales oppmuntring til publisering i internasjonale, vitenskapelige tidsskrift.

Spredning gjennom faglige nettverk

Kunnskapssenteret bør knytte kontakter til eksisterende faglige nettverk, for eksempel i spesialforeningene, primærhelsetjenesten og foretakene, og ta disse aktivt i bruk. Det anbefalte regionale nettverket kan også benyttes. I tillegg til rekruttering av eksterne fagpersoner i utredningsgruppene kan man slik sikre spredning av produktene. Eksterne fagpersoner kan også brukes til å avholde informasjonsmøter knyttet til ordinære møter i spesialforeningene for presentasjon av rapportene.

Anvendelse av rapportene i tjenestene og forvaltning, kap. 4.7

Stimulere anvendelse av rapportene i praksis

Kunnskapssenteret bør forsterke sitt fokus på implementering av produktene, i samspill med andre aktører i helsesektoren, og lage en oversikt over ansvarsfordelingen. Det anbefales å legge inn et forpliktende element knyttet til leveransen på bestillinger, noe Kunnskapssenteret har forutsetninger for å gjøre.

Oversikt over bruk av rapportene

Evalueringsgruppen anbefaler at Kunnskapssenteret skaffer seg oversikt over i hvilken grad rapportene brukes av oppdragsgivere og om resultatene anvendes i klinisk praksis.

Tydelig profilert markedsføring som en viktig forutsetning for oppmerksomhet og optimal implementering er omtalt i kap.4.6.

6. Konklusjoner

6.1 Sammenfattende vurdering

Satsningen på kunnskapsbasert styring

Etableringen av Kunnskapssenteret er del av en nasjonal satsning på kunnskapsbasert styring av norsk helsetjeneste. Satsningen er interessant også i et internasjonalt perspektiv. Etableringen er et viktig og avansert tiltak for å sikre at nødvendig kunnskap som grunnlag for kunnskapsbaserte beslutninger kan fremskaffes. Etableringen bygger på Norges sterke nasjonale utvikling innen helsetjenesteforskning og samfunnsvitenskapelige fag med betydning for metodevurdering innen helsetjenesten. Den er også en naturlig videreføring av en foregående strategiutvikling innen forskning og forvaltning. Tradisjonelt har Norge hatt særlige forutsetninger innenfor dette området, og samtidig en sterk posisjon i internasjonale nettverk innen dette relativt nye, fremvoksende feltet. Kunnskapssenteret ligger internasjonalt helt i front når det gjelder å bygge opp en hensiktsmessig kritisk masse av relevant kompetanse knyttet til evaluering av helsetjenesten og dets innhold. Kunnskapssenteret har en bred kontaktflate med den sentrale helseforvaltningen, og hensikten er at den skal påvirke helsetjenestens organisasjon og måte å fungere på.

Kunnskapsbasert styring i et spenningsfelt

Etableringen av Kunnskapssenteret er dermed starten på en bevisst utvikling av kunnskapsbasert styring av helsetjenesten. Senteret agerer innenfor et nytt fagfelt som innebærer store utfordringer. Dette gjelder ikke minst fordi etablerte og tilvendte forestillinger og roller påvirkes og delvis trues. Dersom kunnskapsbasert styring skal fungere, krever dette at ulike forhold må påvirkes og forandres. Evalueringsgruppen har iaktatt at det var stor interesse for Kunnskapssenteret i de intervjuede gruppene, både fordi dets mandat ligger i tiden og på grunn av begrepet evidens-basert medisin. Dette fremkaller også en vaksom og avventende holdning som er iaktatt i de ulike aktørgruppene. Dette må regnes som naturlig. Evalueringsgruppen håper derfor at den tidlige evalueringen av Kunnskapssenteret etter bare tre år kan bidra til en formålstjenlig diskusjon av funksjoner, oppgavefordeling og samhandling innenfor feltet i Norge. Det foreligger ingen svar i og med at dette er noe nytt under oppbygging. En vedvarende og åpen diskusjon er viktig. Denne kan også bidra til å skape økt gjensidig tillit.

Oppbyggingsfasen

Oppbyggingen av Kunnskapssenteret som en komplisert ny virksomhet stiller store krav og er også kontroversiell. Evalueringsgruppen ser det som naturlig at man i den første oppbyggingsfasen har satsset på å skape kritisk masse, funksjonalitet og synlighet i et samlet miljø. Strategien som er valgt for etableringsfasen har derfor vært velvalgt og formålstjenlig, både fra departementets, SHdirs og Kunnskapssenterets ledelses side. Ansvarlige beslutningstakere i helseforvaltningen som evalueringsgruppen har intervjuet, synes også å ha en forståelse av motforestillingene knyttet til kunnskapsstyring og de spesielle utfordringer og muligheter som kunnskapsstyring i helsesektoren medfører.

Etableringen som en suksess

Evalueringsgruppen vurderer Kunnskapssenteret i sin helhet som en vellykket satsning med et meget godt resultat både når det gjelder bredde, initiativ og vitalitet. Kunnskapssenteret har innen sitt kjerneområde, kunnskapsoppsummeringer, produsert et stort antall rapporter på kort tid. Evalueringsgruppen har en rekke anbefalinger for en hensiktsmessig videre utvikling av Kunnskapssenteret, men disse forutsetter ikke en økning av ressursrammene.

Kunnskapssenterets uavhengighet og legitimitet

Kunnskapssenterets uavhengighet og vitenskapelige legitimitet er helt avgjørende. Legitimiteten synes for evalueringsgruppen å ha økt med tiden og å være på et akseptabelt nivå. Uavhengigheten krever imidlertid en kontinuerlig balansegang. Kunnskapssenteret er underlagt departementet og SHdir som er ansvarlige for å redegjøre for bruken av offentlige ressurser i tråd med politiske signaler, og som har behov for gjennomføring av spesifikke oppdrag.

Fokusering av innsatsen

Bredden i Kunnskapssenterets arbeidsfelt utgjør en trussel mot fagmiljøenes tillit til Kunnskapssenterets produkter, og mot muligheten for å kunne bidra til at evidensbasert kunnskap tas i bruk. Dersom nye kunnskapsgrunnlag virkelig skal bidra til endring av praksis i helsetjenesten, kreves stor påvirkningskraft. Det er et omfattende behov for å fremskaffe kunnskapsgrunnlag innen hele det kunnskapsdynamiske medisinske feltet. Evalueringsgruppen mener at både etatsstyringen, og også Kunnskapssenterets ledelse bør analysere bredden av ansvars- og arbeidsområder og konsentrere innsatsen. Det er en viktig og logisk idé at kunnskapsoppsummeringer, monitorering, kvalitetsregistre og kvalitetsutviklingsspørsmål (håndtert av GRUK) utgjør en sammenhengende kjede. Men dersom Kunnskapssenteret skulle gå i dybden innenfor alle disse områdene for å kunne dekke behovene, foreligger en sterk risiko for utvanning, tap av fokus og svekket påvirkningskraft. Kunnskapssenteret bør kunne ta ansvar for viktige kunnskapsoppsummeringer uten for eksempel å drive kvalitetsregistre eller konkret å gjennomføre monitorering. Evalueringsgruppen anbefaler en gjennomtenkt avgrensning av disse viktige arbeidsoppgavene som med fordel kan fordeles på ulike aktører. Hvordan forbedre muligheten for bedre oppfølging av medisinsk resultat og utfall basert på individuelle pasientdata, bør diskuteres i Norge.

Produktenes kvalitet og relevans

Kvaliteten og relevansen av Kunnskapssenterets produkter er vurdert som god. Det anbefales dog å utvikle en strategi for hvordan temaene skal velges, for hvordan eksterne utredningsgrupper settes sammen, og for gjennomføring av peer review av rapportene før publisering. Forslagene henger nære sammen med evalueringsgruppens forslag knyttet til implementering av produktene og en regional nettverksstrategi.

Internasjonal innretning

Kunnskapssenteret er internasjonalt innrettet gjennom sine nettverk og kontakter. Evalueringsgruppen ser muligheten for ytterligere å utnytte potensialet som ligger her ved i større grad å bygge på internasjonale metodevurderinger som tilpasses norske forhold, organisasjon og kultur. Kunnskapssenteret bør kunne bidra betydelig i det

økende internasjonale samarbeidet, og i arbeidsdelingen innenfor metodevurderingsområdet.

Implementering

Bruk og implementering av den utviklede kunnskapen innen medisinsk metodevurdering er kjernen til suksess. For å bli tatt i bruk av mottakerne, bør kunnskapsoppsummeringer være relevante, komme i rett tid og være tilgjengelige også i omfang og utforming. Det er et gap mellom etablert kunnskap fra kunnskapsoppsummeringer og praksis i helsetjenesten i de aller fleste land. Dette truer troverdigheten og langsiktigheten i styringen av helsetjenesten. Det er derfor behov for et bredere perspektiv i den kunnskapsbaserte styringstenkningen, som også omfatter kontekst, organisasjon, kommunikasjonsmetoder og rammene for tjenestetilbudet. Kunnskapssenteret har et potensial for å adressere disse spørsmålene, men har av naturlige årsaker foreløpig ikke rukket så langt innen dette feltet. Men dette er en klar utfordring. Flere av evalueringens anbefalinger berører problemstillingen. Helsebiblioteket synes å være en svært vellykket satsning og et redskap for håndtering av kommunikasjonsutfordringene.

Kompetanseoppbygging

Avslutningsvis mener evalueringsgruppen at den regionale nettverksstrategien for den videre utviklingen av Kunnskapssenteret berører implementeringsutfordringene, men er også en nøkkel til håndtering av spørsmålene bl.a. knyttet til arbeidsdeling og tilstrekkelig kritisk masse for flervitenskapelig kompetanse. I korthet innebærer den at en kjerne i Kunnskapssenteret samspiller med regionale kunnskapsmiljøer som universitetene og RHFene fortløpende har bygget opp. Det er behov for en arbeidsdeling og tett samspill mellom hovedaktørene.

6.2 Korte svar på spørsmålene i mandatet

Evalueringsrapporten har gjennom arbeidet fått en annen struktur enn spørsmålene i mandatet. Evalueringsgruppen mener å ha besvart spørsmålene i de ulike kapitlene, men velger likevel å gjenta sentrale stikkord her.

1. Vurdere om Kunnskapssenterets virksomhet og videre planer er i tråd med de føringer som er gitt ved etableringen og i senere styringsdokumenter (St.prp.1, vedtekter og sluttrapport fra etableringsprosjektet).

Svar: Kunnskapssenteret er en overveiende vellykket satsning. Evalueringen viser samtidig at visse viktige varselsignaler bør hensyntas av Kunnskapssenterets ledelse og i etatsstyringen.

2. Vurdere om Kunnskapssenterets arbeidsområder og -aktiviteter er tilstrekkelig avklart og om de planlagte prioriteringene er hensiktsmessige.

Svar: Evalueringen advarer mot en altfor stor bredde i arbeidsoppgavene som skal håndteres av Kunnskapssenteret. På lengre sikt kan dette true troverdigheten, uavhengigheten og gjennomføringskraften.

3. Vurdere kvaliteten på og relevansen av Kunnskapssenterets publikasjoner og andre produkter og tjenester.
Svar: Produktenes kvalitet og relevans er gjennomgående høy og Kunnskapssenterets kompetansenivå er høyt. Det er imidlertid behov for å styrke den faglige forankringen og å forbedre prioriteringsprosessen for å sikre både kvalitet og relevans.
4. Vurdere ulike brukergruppers erfaring med og nytte av Kunnskapssenteret og dets produkter og tjenester.
Svar: Kjennskapen til Kunnskapssenteret og anvendelsen av produktene er foreløpig svært varierende. Her ligger et betydelig og viktig utviklingspotensial.
5. Vurdere samhandlingen med bestillere og oppdragsgivere, også i lys av etableringen av nye funksjoner i Kunnskapssenteret i inneværende år.
Svar: Bestillingsprosessen kan forbedres betydelig. Dette gjelder også for kontakten og samhandlingen med det brede spekteret av "oppdragsgivere" som Kunnskapssenteret har i hele helsesektoren.
6. Vurdere samhandling og dialog med etatsstyrer.
Svar: Etatsstyringen synes å være tydelig, men nærheten blir av flere oppfattet som å kunne true uavhengigheten til Kunnskapssenteret.
7. Vurdere Kunnskapssenterets nasjonale rolle innen kunnskapshåndtering, monitorering og kvalitetsforbedring.
Svar: Kunnskapssenteret har etablert en nasjonal funksjon knyttet til kunnskapshåndtering som kan utvikles videre. Når det gjelder monitorering og kvalitetsforbedringsarbeidet ligger Norge etter når det gjelder tilgang på data for oppfølging av medisinsk resultat og kvalitet. Denne funksjonen bør utvikles videre, og Kunnskapssenteret bør ha en understøttende funksjon. Selve innsamlingen av data og drift av kvalitetsregistre bør ligge nær klinisk praksis og ikke i Kunnskapssenteret.
8. Vurdere Kunnskapssenterets aktivitet sett i et internasjonalt perspektiv.
Svar: Kunnskapssenteret har et sterkt internasjonalt engasjement gjennom sine nettverk og kontakter. Dette kan utnyttes ytterligere, både ved i større grad å bygge på internasjonale metodeoppsummeringer som anpasses til norske forhold, dels ved at Kunnskapssenteret aktivt bidrar til en økt internasjonal arbeidsdeling innen området.

Vedlegg

I. Oversikt bakgrunnsdokumenter

Nasjonale førende dokumenter:

Storingsproposisjon nr.1 (2003-2004) om Kunnskapssenteret
Storingsproposisjon nr.1 (2004-2005) om Kunnskapssenteret
Storingsproposisjon nr.1 (2005-2006) om Kunnskapssenteret
Storingsproposisjon nr.1 (2006-2007) om Kunnskapssenteret
Nasjonal helseplan (2007-2010) http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/20062007/Stprp-nr-1-2006-2007-/7.html?id=213038

Eksterne rapporter

Agenda Muusmann-rapport: Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. November 2005. (305 s., sendes ikke i papirform) http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rap/2005/0006/ddd/pdfv/267200-r5040_helseforetaksmodellen2.pdf
EU-rapport/bok: Health technology assessment and policy making in Europe: Kap 3: Health system, policy, regulation (sendes ikke i papirform)
Kunnskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- og sjukvården. Okt 2006. Rapport till Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. Forfattare Johan Calltorp, Göran Maathz, Arne Johansson. Bestilling: order@kommentus.se
Evaluering av FinOHTA: Innledning om HTA ved Nina Rehnqvist og Andy Oxman. 2004.

Kunnskapssenterets førende dokumenter:

Etablering av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (delprosjekt 1): Skisse til formål, oppgaver, organisering og vedtekter. Oktober 2003.
Etablering av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Sluttrapport. Innstilling fra intern styringsgruppe desember 2003.
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Vedtekter, april 2004. Revidert i mars 2007.
Tildelingsbrev og oppdragsbrev 2004
Tildelingsbrev og oppdragsbrev 2005
Tildelingsbrev og oppdragsbrev 2006
Tildelingsbrev og oppdragsbrev 2007

Strategiske dokumenter:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: God kunnskap former helsetjenesten. Strategiplan 2004-2007. http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Strategiplan_2005.pdf
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Plan for undervisning i kunnskapshåndtering, mars 2006.

Kunnskapssenterets veiledere og rapporter:

Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten - 2006: Slik oppsummerer vi forskning. http://www.kunnskapssenteret.no/filer/K-Handbok-2006.pdf
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Prosjektleders administrative håndbok, mai 2006. Sist endret 20.2.2007.

Norwegian Knowledge Centre for Health Services: Description of our national patient experience surveys, January 2007.

Oversikt over alle rapporter, notater og PasOpp-rapporter fra K-senteret

Oversikt over rapporter innen revmatologi, kardiologi og nye metoder

Virksomhetsrapporter:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Årsrapport 2004.

http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Aarsrapport_2004.pdf

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Årsrapport 2005 – statusrapport til etatsstyrer. http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Aarsrapport_2005.pdf

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Årsmelding 2005.

http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Aarsmelding_2005.pdf

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Årsrapport 2006.

http://www.kunnskapssenteret.no/filer/K_aarsrapport_2006.pdf

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Tertialrapport 1-2007

Egenevaluering:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Rapport fra egnevaluering, mars 2007.

Plandokumenter

Virksomhetsplan 2007

Internasjonale verv og vitenskapelige bistillinger

Oversikt over K-senterets internasjonale verv

Oversikt over Kunnskapssenterets vitenskapelige bistillinger

Andre dokumenter:

Notat fra K-senteret: Oppdrag relatert til innføring av nye behandlingsmetoder, 2005.

Notat fra K-senteret: Håndtering av nye og kostbare legemidler innen kreftområdet, 2007.

Debatt om Kunnskapssenteret og kunnskapsoppsummering:

Kunnskapsinnhenting vedrørende legemidler. Kronikk av Ivar Aursnes og Bent Natvig i Dagbladet, juli 2007.

Hastverk, lastverk og kunnskapshåndtering. Debattinnlegg av Trygve Holmøy og Elisabeth Gulowsen Celius i Tidsskriftet, august 2007.

Ny teknologi – vanskelig evaluering. Leder Baard-Christian Schem i Tidsskriftet nr. 8, 2004.

Unyansert om evidens. Leder av Randi Søgne i Forskningspolitikk nr.2, juli 07.

Kunnskapsmegleren. Intervju med John-Arne Røttingen i Forskningspolitikk nr.2, juli 2007.

Evidensbevægelsen i Norden. Evidensbevægelsens idé og globale spredning. Artikler av Hanne Foss Hansen i Forskningspolitikk nr.2, juli 2007

Evidens og nypositivisme. Artikkel av Tor-Johan Ekeland i Forskningspolitikk nr.2, 2007

Kunnskapen og Kunnskapssenteret. Debattinnlegg av Mette Kalager i Tidsskriftet 127, 2007.

II. Deltakere i høringsmøtene

Navn	Tilknyttet institusjon	Representant for aktør/ temaområde	Hørings- møte
Signe Bang	Norges forskningsråd, spesialrådgiver	Andre offentlige etater	VI
Gunnar Bovim	St. Olavs hospital, adm.dir.	Bruk av nye metoder	III
Geir Sverre Braut	Helsetilsynet, ass.dir.	Andre offentlige etater	VI
Elisabeth Bryn	Statens legemiddelverk, avd.dir.	Andre offentlige etater	VI
Geir Bukholm	Kunnskapssenteret, avd.dir.	Kunnskapssenteret	XI
Mette Dønåsen	Sykepleierforbundet, fagsjef	Profesjonsorganisasjoner	V
Olav Elvemo	Bærum kommune, psykisk helse-koordin.	Kommunene, psykisk helsefeltet	IX
Frode Forland	SHdir, divisjonsdir.	Sosial- og helsedirektoratet	VII
Erik Fosse	Rikshospitalet- Intervensjonssenteret	Bruk av nye metoder	III
Olav Helge Førde	Univ. i Tromsø, dekan, Medisinsk fak.	Ks tidligere vitenskapelig råd	II
Knut Gjesdal	Ullevål univ.sykehus, overlege	Kardiologi	I
Jarle Grumstad	Sykepleierforbundet, spesialrådgiver	Profesjonsorganisasjoner	V
Daniel Haga	Helse Midt RHF, fagdirektør	Regionale helseforetak	VIII
Hilde Berner Hammer	Diakonhjemmet, overlege	Revmatologi	I
Finn Henry Hansen	Univ.sykehuset i N-Norge, adm.dir.	Ks tidligere vitenskapelig råd	II
Toralf Hasvold	Univ.i Bergen, Dekan, Medisinsk fak.	Universitetene	IV
Irene Hetlevik	NTNU, Samfunnsmed.fak., professor.	Ks fagråd	XI
Sonja Heyerdahl	R-BUP-Sørøst, forskningssjef	Psykisk helsefeltet	IX
Anne Husebekk	Universitetet i Tromsø, professor	Bruk av nye metoder	III
Erik Hviding	Statens legemiddelverk, seksjonssjef	Andre offentlige etater	VI
Knut Inge Klepp	SHdir, divisjonsdir.	Sosial- og helsedirektoratet	VII
Karen Kaasa	Nøtterøy kommune, Helse- og omsorgsdirektør	Kommunene	IX

Bjørn Inge Larsen	SHdir, direktør	Sosial- og helsedirektoratet	VII
Ellinor Major	SHdir, divisjonsdir.	Sosial- og helsedirektoratet	VII
Berit Mørland	Kunnskapssenteret, ass.dir.	Kunnskapssenteret	X, XI
Aril Jul Nilsen	Tannlegeforeningen, seniorkonsulent	Profesjonsorganisasjoner	V
Bjørn Yngvar Nordvåg	Lillehammer revmatismesykehus, overlege	Revmatologi	I
Ketil Normann	Universitetet i Tromsø, Inst.for klinisk medisin, 1.amanuensis	Kunnskapssenterets fagråd	XI
Monica Nortvedt	Høyskolen i Bergen, prodekan	Høyskolene	IV
Magne Nylenna	Kunnskapssenteret, avd.dir/ redaktør Helsebiblioteket	Kunnskapssenteret	X, XI
Per Omvik	Universitetet i Tromsø, dekan, Medisinsk fak.	Universitetene	IV
Øyvind Palm	Rikshospitalet, overlege	Revmatologi	I
Knut Rasmussen	Univ.sykehuset i N-Norge, professor	Kardiologi	I
Cecilie Risøe	Ullevål univ.sykehus, overlege	Kardiologi	I
Svein Rotevatn	Haukeland univ.sykehus, overlege	Kardiologi	I
Eline Rygh	Fysioterapeutforbundet, prosjektleder	Profesjonsorganisasjoner	V
Eilif Rytter	Oslo kommune, kommuneoverlege	Kommunene	IX
John Arne Røttingen	Kunnskapssenteret, direktør	Kunnskapssenteret	X, XI
Baard-Christian Schem	Haukeland univ.sykehus, overlege	Bruk av nye metoder	III
Ingjerd Schou	Helse Sørøst RHF, prosjektdirektør	Regionale helseforetak	VIII
Reidar Skilbrei	HOD, avd.dir.	Helse- og omsorgsdepartementet	VII
Anders Skuterud	Psykologforeningen, fagsjef	Profesjonsorganisasjoner	V
Vidar O Steine	HOD, ekspedisjonssjef	Helse- og omsorgsdepartementet	VII
Folke Sundelin	Helse Øst RHF, fagdirektør	Regionale helseforetak	VIII
Odd Søreide	Helse Vest RHF, fagdirektør	Regionale helseforetak	VIII

Hanne Thürmer	Kunnskapssenteret, avd.dir.	Kunnskapssenteret	XI
Tor Rynning Torp	Univ.og høsykolerådet, seniorrådgiver	Høyskolene	IV
Mari Trommald	HOD, fung. ekspedisjonssjef	Helse- og omsorgsdepartementet	VII
Terje Vigen	Legeforeningen, generalsekretær	Profesjonsorganisasjoner	V
Kjartan Vaarbakken	Fysioterapeutforbundet, fagredaktør	Profesjonsorganisasjoner	V
Rune Wiseth	St.Olavs hospital, overlege	Kardiologi	I, XI
Finn Wisløff	Univ. i Oslo, dekan, Medisinsk fak.	Universitetene	IV
Hans Petter Aarseth	SHdir, divisjonsdir.	Sosial- og helsedirektoratet, Etatsstyrer	VII

Skriftlige innspill mottatt av Folkehelseinstituttet og av Sverre Kjeldsen, prof.dr.med.

III. Struktur for høringsmøtene

Vedlagte bakgrunnsdokumenter:

- Mandat for evalueringen (oversendt tidligere)
- Kunnskapssenterets strategiplan 2005-2007
- Årsrapportene for 2004, 2005, 2006
- Oversikt over alle rapporter

Utdypning av agendaen (tilpasses høringsgruppene):

1. Presentasjonsrunde:

- Representant for,
- Posisjon,
- Faglig bakgrunn,
- Berøring med Kunnskapssenteret

2. Innspill fra deltakerne om tema for møtet (noteres)

3. Egne erfaringer med Kunnskapssenteret:

- fra arbeid for Kunnskapssenteret: deltakelse i faggrupper etc
- med bruk av Kunnskapssenterets produkter
- med styring av Kunnskapssenteret
- med samarbeid/dialog/uenighet med Kunnskapssenteret

4. Spesialitetens syn på Kunnskapssenteret

- Hvordan kan Kunnskapssenteret arbeide for å tilføre tilleggsverdi for spesialiteten din?
- I hvilken grad har Kunnskapssenteret lykket med dette hittil?

5. Hvordan fungerer Kunnskapssenteret i forhold til målsettingene

- Lydhørhet, justeringsevne, responsivitet, uavhengighet, etterrettelighet?
- Etterlever Kunnskapssenteret sitt verdigrunnlag: åpenhet, integritet, glød, ydmykhet, likeverd?
- Bidrar Kunnskapssenteret til gode beslutninger på overordnet nivå og i praksis i helsetjenesten? (Virksomhetsidé)
- Er Kunnskapssenteret en effektiv og åpen organisasjon som har god dialog med målgruppene og har kunnskap om deres behov? (Organisasjonsidé)
- Synspunkter på hvordan Kunnskapssenteret velger emner for utredning

6. Videre utvikling innen fagfeltet

- Hvilken retning vil fagfeltet utvikle seg i?
- Hvilke behov vil det være for Kunnskapssenteret knyttet til fagfeltet?
- Hvordan kan Kunnskapssenteret imøtekomme behovet?
- Vil Kunnskapssenteret klare dette?

7. Vurdering av ny teknologi

- Hvilke kriterier legger Kunnskapssenteret til grunn i sine vurderinger og er disse tilstrekkelige?
- Hvilke kriterier/ hensyn mangler?

IV. Tema diskutert i høringsmøtene om Kunnskapssenteret 2007

Bakgrunn

- Historikk, bakgrunn for etableringen av Kunnskapssenteret
- Evaluering i et internasjonalt perspektiv
- Utvikling i retning av industrialisering av helsetjenesten
- Ansvar for fagutvikling

Faglig kvalitet og forankring

- Nødvendigheten av faglig kvalitet og lydhørhet
- Betydningen av tett kontakt med og forankring av utredningene i fagmiljøene (også implementering)
- Kunnskapssenterets faglige omdømme

Anvendbarhet, behovsdekning og timing:

- Systematisk kunnskapsoppsummering: Metodens egnethet og betydning
- Identifisering, bestilling og prioritering av relevante tema (Bestillingsprosessene)
- Samarbeid om å identifisere og fylle kunnskapshullene
- Redskapenes anvendbarhet
- Kunnskapssenterets kundevennlighet
- Leveranser innen korte frister
- Manglende forskning i kommunehelsetjenesten og kommunalt psykisk helsevern

Oppgaver:

- Kunnskapssenterets bidrag i undervisning
- Utvikling av studieplanene
- Innføring av ny teknologi
- Monitorering og kvalitetsarbeid
- Andre oppgaver
- Tverrfaglighet
- Kunnskapssenterets bidrag til pasientsikkerhet
- SLVs behov for helseøkonomiske utredninger

Fremtidige oppgaver:

- Arbeidet med retningslinjer og samarbeid med fagmiljøene
- Andre mulige oppgaver for Kunnskapssenteret
- Beslutningsgrunnlag for organisering av sykehustjenester
- Samarbeid med fagmiljøene om utvikling av retningslinjer
- Faglig forankring av prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten
- Bidrag til enhetlig praksis og samarbeid i tjenestene
- Kunnskapssenteret som ressurs for spesialistmiljøene
- Redskap for koordinering
- Samhandling
- Utviklingspotensiale
- System for oppdatering av kunnskapsoppsummeringer

Synlighet, tillit og uavhengighet

- Faglig uavhengighet og binding til helsemyndighetene
- Alternativt navn for Kunnskapssenteret
- Faggruppers skepsis mot Kunnskapssenterets virksomhet
- Formidling som en forutsetning for implementering i praksis
- Kjennskap til og nytte av Kunnskapssenteret
- Utydelig funksjon og forhold til andre aktører
- God timing og Kunnskapssenterets legitimitet
- Andre faktorer som påvirker Kunnskapssenterets legitimitet

Implementering

- Implementering som en forutsetning for arbeidets nytte
- Implementering gjennom fagmiljøer vs administrative organer
- Ansvar for implementering av resultatene

Produktivitet og organisering

- Overføring av resultatene fra internasjonale rapporter til norske forhold
- Kunnskapssenterets størrelse, ressursbruk, produktivitet
- Regionalisering versus sentralisering av funksjoner
- Det tidligere vitenskapelige rådets funksjon
- Profesjoner representert i Kunnskapssenteret
- K-senterets brede portefølje og avgrensning av denne
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering
- Internasjonalt engasjement

V. Habilitetsskjema

Kartlegging av mulige interessekonflikter

Navn: _____

Stilling/ tittel: _____

Arbeidssted: _____

Oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet: _____

Se på eksemplene i veiledningen før du fyller ut skjemaet.

Jeg gjør oppmerksom på følgende kommersielle, profesjonelle eller personlige forhold som kan påvirke mine faglige vurderinger eller svekke tilliten til min upartiskhet¹. Forholdene gjelder saksfeltet som er berørt av mitt oppdrag for direktoratet. Opplysningene gjelder nåværende eller tidligere forhold.

- 1) Ja Nei Jeg har selv økonomiske interesser knyttet til en annen aktør innen det berørte saksfelt.
- 2) Ja Nei Jeg er selv ansatt eller utfører oppdrag (med eller uten honorar) for en annen aktør innen det berørte saksfelt.
- 3) Ja Nei Jeg har selv mottatt godtgjørelser eller støtte fra en annen aktør innen det berørte saksfelt. (Oppgi eventuelt hvilken aktør og godtgjørelsens art, størrelsesorden og formål.)
- 4) Ja Nei Jeg har tilknytning som nevnt i forvaltningslovens §6 første ledd (se veiledningen), til personer/ aktører som omfattes av punktene 1-3 i dette skjemaet.
- 5) Ja Nei Jeg representerer en aktør som mottar økonomisk eller annen støtte fra en annen aktør innen det berørte saksfelt.
- 6) Ja Nei Det foreligger andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til min upartiskhet relatert til mitt oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet.

Aktuelle forhold med tidsangivelse har jeg utdypet nærmere i eget vedlegg. Jeg forplikter meg til å underrette Sosial- og helsedirektoratet dersom endring i oppgavene mine eller i de forholdene som skjemaet omfatter krever det.

Jeg har lest skjemaet og veiledningen som er lagt ved. Ut fra de forhold som jeg har angitt ovenfor, vurderer jeg meg som habil/ inhabil (stryk det som ikke passer).

Sted, dato

Signatur

¹ Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 10.februar 1967 §§ 6 flg.

VI: Gjeldende vedtekter

Vedtekter for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

§ 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 kunnskapsgrunnet 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

VII. Forslag til reviderte vedtekter pr. august 2007

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 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

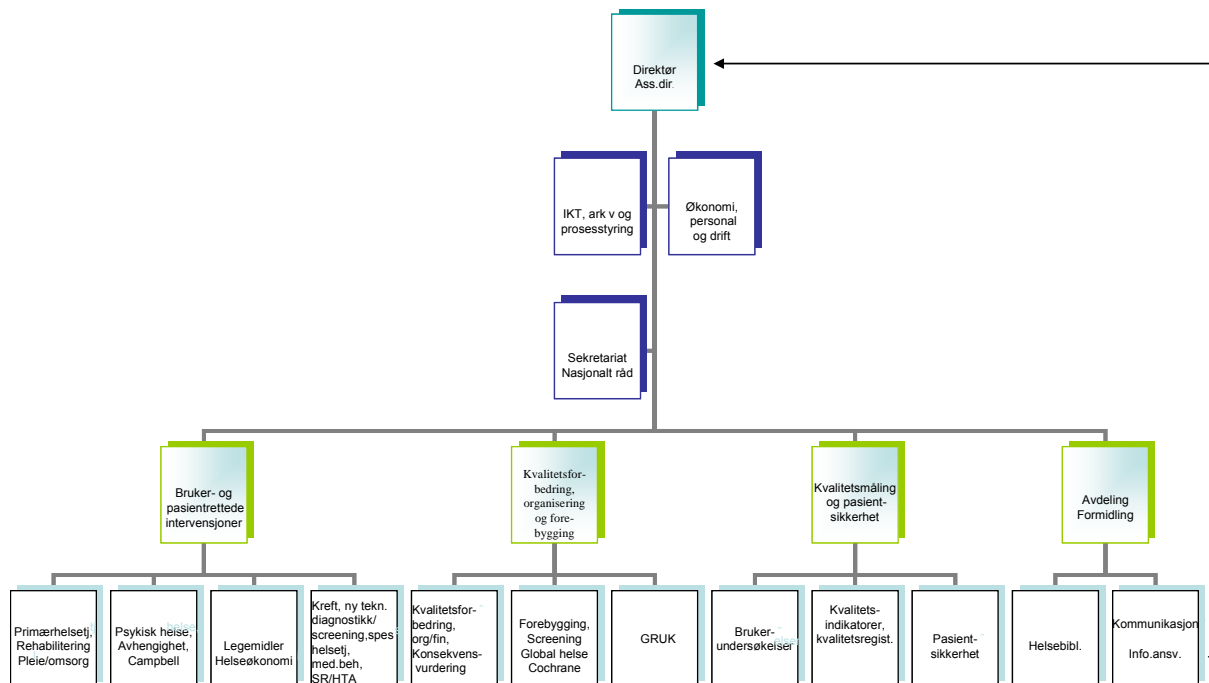
Vedtekter for Kunnskapssenteret blir fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Forslag til endringer blir vurdert av Kunnskapssenteret og Sosial- og helsedirektoratet før de blir lagt frem for Helse- og omsorgsdepartementet.

§ 7 Ikrafttredelse

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

VIII. Kunnskapssenterets organisering

pr. april 2007



IX. Kunnskapscenterets oversikt over sine produkter innen kunnskapsoppsummering

	Aktivitet i Kunnskapscenteret	Ekstern fag-gruppe	Produktnavn	Ressurs-bruk	Tids-bruk
	Omtale av systematiske oversikter fra internasjonale samarbeidspartnere	Nei	Omtale	1 dagsverk	<i>Kan ikke bestilles</i>
Kunnskapsoppsummering	Kort oppsummering av oversikter (OoO)	Nei	Notat – Hasteoppdrag	1 ukeverk	2 uker
	Oppsummering av en eller flere oversikter (OoO)	Ja/Nei	Notat/Rapport – Kunnskapsoppsummering	2 mnd.verk	4 mnd.
	Systematisk oversikt over primærforskning	Ja/Nei	Rapport – Kunnskapsoppsummering	4 mnd.verk	6 mnd.
			Cochrane-/Campbell-oversikt	4 mnd.verk	18 mnd.
Helseøkonomisk evaluering	Oppsummering av kost/effekt vurderinger	Nei	Notat – Helse-økonomisk oppsummering	1 mnd.verk	2 mnd.
	Kost/effekt modell	Ja	Rapport – Helse-økonomisk modell	2 mnd.verk	4 mnd.
Konsekvensvurdering for norsk helsetjeneste	Vurdering av etiske, juridiske og organisatoriske konsekvenser basert på egen eller internasjonal kunnskapsoppsummering	Ja	Notat/Rapport – Konsekvensvurdering	2 mnd.verk	3 mnd.
=	Fullstendig metodevurdering (HTA)			5-8 mnd.verk	8-12 mnd.