

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Borgny Botnen Aakre

Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?

- En studie av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**ATM – Skriftserie
Nr. 23 - 2008**

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Haldor Byrkjeflot
Prosjektleder

Sammendrag

I denne studien blir etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og deres rolle diskutert i lys av dikotomien statlig styring versus faglig uavhengighet. Etableringen av kunnskapssenteret er knyttet til et ønske fra myndighetene om å skape en sterkere sammenheng mellom forskningsbasert kunnskap og praksis både i forhold til prioriteringer i helsetjenesten og klinisk virksomhet. Kunnskapssenteret skal gi råd i forhold til effektivitet, kvalitet og ressursbruk som er legitimert i fagkunnskap og dermed fungere som en nøytral og uavhengig kunnskapsmegler. Denne studien viser at kunnskapssenterets rolle som forvaltningsorgan og deres arbeidsmåter utfordrer den faglige – medisinske autonomien og at senteret fra flere hold ikke oppfattes som en kunnskapsmegler men snarere som et sannhetsministerium.

Borgny Botnen Aakre har mastergrad fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Aakre har skrevet masteroppgaven sin i tilknytning til ATM – prosjektet og POLIS – seminaret. Denne rapporten er en nyutgivelse av masteroppgaven hennes fra høsten 2007. Aakre arbeider nå som administrasjonskonsulent i StatoilHydro.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet i tilknytning til forskningsprosjektet ”*Autonomy, Transparency and Management – Reformdynamics in Health Care*”. Jeg vil rette en takk til prosjektet, ved prosjektleder Haldor Byrkjeflot, for tildeling av stipend og kontorplass.

It’s a long and winding road... Så, takk til min tålmodige og kunnskapsrike hovedveileder Vibeke Erichsen. Takk også til biveileder Haldor Byrkjeflot som har kommet med gode råd og oppmuntring underveis.

Til alle studievenner underveis i min karriere som adm.org. student – takk! Ingen nevnt, ingen glemt!

Sist men ikke minst; tusen takk til gode venner og familie som har støttet meg og vært positive og tålmodige hele veien!

Borgny

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1: Innledning	5
1.1 Introduksjon	5
1.2 Oppgavens tema og problemstilling.....	8
1.3 Bakgrunn for Kunnskapssenteret	10
1.4 Hvorfor studere Kunnskapssenteret?.....	12
1.5 Oppgavens kontekst	13
1.6 Oppgavens struktur	14
Kapittel 2: Teori og metode	15
2.1 Introduksjon	15
2.2 Myndighet og kyndighet – autoritet som byråkratisk eller faglig	17
2.3 Forholdet mellom myndighet og kyndighet – detraksjon og kontraksjon	18
2.4 Legeprofesjonen: autonomi og hierarkisering.....	19
2.5 Medisinsk kunnskap – viten og praksis.....	23
2.6 Styringstendenser	25
2.6.1 New Public Management – økonomi og effektivitet.....	25
2.6.2 Transparens – kunnskap og kvalitet	27
2.7 Analytiske implikasjoner	29
Metode	32
2.8 Introduksjon	32
2.9 Kvalitativ forskningsmetode	33
2.10 Casestudie	34
2.11 Studiens datagrunnlag	35
2.11.1 Dokumentanalyse.....	35
2.11.2 Intervjuer	37
2.11.3 Den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen	39
2.12 Vurdering av studiens datagrunnlag.....	40
2.12.1 Validitet - gyldighet	40
2.12.2 Reliabilitet - pålitelighet.....	41
2.12.3 Etske hensyn	41
Kapittel 3: Bakgrunn	42
3.1 Introduksjon	42
3.2 Forholdet mellom kyndighet og myndighet	42
3.2.1 Før 1900 – kyndighet underordnes myndighet?	42
3.2.2 1900-tallet – kyndighetsnivået inntar myndighetsnivået?	44
3.2.3 2000 til i dag – nye kombinasjoner av kyndighet og myndighet?.....	46
3.3 Oppsummering – forholdet mellom kyndighet og myndighet	48
3.3.1 Profesjonsstaten - detraksjon.....	49
3.3.2 Helsestaten - kontraksjon	49
3.4 Medisinsk kunnskap.....	51
3.4.1 ”Kunnskapsproblemet”	51
3.4.2 Helseteknologivurderinger.....	53
3.4.3 Evidensbasert medisin.....	55
Kapittel 4: De opprinnelige organisasjonenes historier.....	58
4.1 Introduksjon	58
4.2 Senter for medisinsk metodevurdering – SMM	58
4.2.1 Etablering og organisering	58
4.2.2 Bakgrunn	60
4.2.3 Arbeidsoppgaver og metoder	61
4.2.4 Tendenser til endring.....	63
4.3 Stiftelse for helsetjenesteforskning - HELTEF	64
4.3.1 Etablering og organisering	64
4.3.2 Bakgrunn.....	64
4.3.3 Arbeidsoppgaver og metoder	65
4.3.4 Tendenser til endring?.....	66
4.4 Avdeling for helsetjenesteforskning/Divisjon for kunnskapshåndtering.....	67
4.4.1 Etablering og organisering	68
4.4.2 Bakgrunn.....	68

4.4.3 Arbeidsoppgaver og metoder	69
4.4.4 Tendenser til endring?.....	71
4.4.5 Divisjon for kunnskapshåndtering	72
4.5 Oppsummerende og analytiske betraktninger	72
Kapittel 5: Kampen om Kunnskapssenteret	76
5.1 Introduksjon	76
5.2 Første runde - ønske om samling	76
5.2.1 Utgangspunkt – formelt initiativ	76
5.2.2 Prosessen i første runde.....	78
5.2.3 Utfallet etter første runde	82
5.2.4 Hvorfor gikk det ikke?	84
5.2.5 En midlertidig løsning?	85
5.3 Andre runde, og endelig sammenslåing	87
5.3.1 Hvorfor et nytt initiativ?.....	87
5.3.2 Forutsetninger og forbehold	89
5.3.3 Endelig etablering	93
5.4 Oppsummerende og analytiske betraktninger	94
Kapittel 6: Visjon og virkning: ”God kunnskap former helsetjenesten”?	98
6.1 Introduksjon	98
6.2 Formelle ambisjoner ved etableringen - hvorfor et Kunnskapssenter?	98
6.2.1 Visjon ved etableringen.....	98
6.2.2 Informantenes formuleringer.....	100
6.3 Organiseringen av Kunnskapssenteret	102
6.4 Arbeidsoppgaver og metoder	104
6.5 Muligheter og forbehold angående kunnskapsbasert praksis	106
6.6 Sentralisering av medisinsk kunnskapsproduksjon?	110
6.7 Oppsummerende og analytiske betraktninger	114
Kapittel 7: Avslutning – sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?.....	117
7.1 Introduksjon	117
7.2 Studiens bidrag.....	117
7.2.1 Hvordan ble etableringen av Kunnskapssenteret begrunnet?.....	118
7.2.2 Hva slags konflikter oppstod rundt begrunnelsen og etableringen?.....	120
7.2.3 Hvilke kunnskapssyn er det som gjør seg gjeldende gjennom Kunnskapssenteret?	121
7.3 Konklusjon – sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?.....	122
7.3.1 Teoretiske implikasjoner	125
7.4 Annen forskning.....	126
7.5 Videre forskning	127
Litteratur	128
Offentlige dokumenter	131
Interne dokumenter	132
Aviser og tidsskrift.....	132
Internettreferanser	133
Oversikt over informanter	134

Kapittel 1: Innledning

1.1 Introduksjon

Helsevesenet er sentralt i alles liv på et eller annet tidspunkt. Saker som berører oss som potensielle eller reelle pasienter skaper stor interesse, ofte hjulpet av bred mediedekning. Siden helsevesenet er en sentral del av den norske velferdsstaten, oppstår det stadig opphetede debatter når det kommer til prioriteringer innenfor dette feltet. Politikere, pasienter og fagfolk kommer ofte i et interessemotsetningsforhold, særlig ved konflikter som oppstår i saker knyttet til økonomiske prioriteringer, etiske hensyn eller faglige vurderinger. Dette skaper viktige og vanskelige debatter. Det kom tydelig fram for eksempel i Audestad-saken¹ om økonomiske prioriteringer knyttet til dyre, livsforlengende kreftmedisiner, og i Mehmet-saken om etiske hensyn knyttet til bioteknologi-lovgivningen. Hva så med debatter som tar utgangspunkt i uenighet rundt faglige vurderinger? Jeg vil illustrere dette med en sak fra 2004.

*Aktualisering: "Myndighetene oppfordrer oss til å ta pasientenes liv med rein rottegift"*².

Stortinget vedtok i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 en endring i refusjonsvilkårene for blodtrykksregulerende medisiner. Fra 1.mars 2004 gjorde derfor Statens Legemiddelverk gjeldende et direktiv for leger om å velge tiazider (vanndrivende legemidler) som førstevalg ved blodtrykksenkende behandling, og avvik fra dette skulle begrunnes og journalføres. Vedtaket var et resultat av budsjettforliket mellom Arbeiderpartiet og den daværende Bondevik²-regjeringen, og formålet var innsparinger på rundt 70 millioner kroner årlig³ på blåresept-ordningen. Begrunnelsen for direktivet støttet seg på flere norske faginstansers vurderinger av tilgjengelig internasjonal forskning og kunnskap. En sentral del av kunnskapsgrunnlaget for å velge tiazider var en faglig omdiskutert studie⁴. Denne studien

¹ "Kreftsjuk politimann vil ha opprør" 23.februar 2005

(<http://www.bt.no/lokalt/bergen/article.jhtml?articleID=344002>).

² Hjertespesialist Sverre E. Kjeldsen i Dagbladet 11.februar 2004
(<http://www.dagbladet.no/nyheter/2004/02/11/390603.html>).

³ Fretheim A., Aaserud M. & Oxman A.D.: "The potential savings of using thiazides as the first choice antihypertensive drug: cost-minimisation analysis" (BMC Health Services Research 2003, 3:18 - <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/18>).

⁴ ALLHAT – en av verdens største hjertestudier, gjort i USA (<http://allhat.sph.uth.tmc.edu/>). Studien er benyttet som grunnlag for retningslinjer både i USA og av Verdens helseorganisasjon, men er omdiskutert i Europa. (<http://www.kunnskapssenteret.no>).

påviste at bruken av nye og dyrere blodtrykkssenkende midler ikke var optimal, og at man kunne oppnå samme effekt ved å benytte seg av de gamle, velprøvde og rimeligere tiazidbaserte preparatene.

Dette skapte debatt og store oppslag i media rundt denne saken, særlig oppmerksomhet fikk et oppslag i Dagbladet der en sentral professor og blodtrykksspesialist ved Ullevål Universitetssykehus ble sitert på førstesiden om at; ”- *Leger tvinges til å gi ’rottegift’ mot høyt blodtrykk*”⁵. Hans utspill føyde seg inn i en pågående debatt, der ulike medisinske eksperter brukte begreper som; ”*strutsepolitikk*”, ”*meningsløst*”, ”*håpløs detaljstyring*” og ”*desperat innsparingsforslag*”⁶. En professor på hjerteavdelingen ved Haukeland universitetssykehus uttalte følgende: ”- *Dette går på tvers av all moderne blodtrykksbehandling*”, og videre at; ”- *Utspillet i forbindelse med budsjettet vitner om at det utelukkende skal være økonomiske vurderinger som skal styre*”⁷.

Årsaken til kritikken og de sterke reaksjonene på direktivet, var at det hersket uenighet om kunnskapsgrunnlaget for direktivet. Kritiske leger hevdet at for enkelte pasienter kunne en slik medisinerings medføre mange og alvorlige bivirkninger og komplikasjoner, spesielt framhevet man hjerneslag og diabetes⁸. Kritikerne var svært skeptiske til det faglige grunnlaget for direktivet, som i hovedsak baserte seg på den omdiskuterte ALLHAT-studien. Resultatene i denne studien var i strid med oppfatninger blant flere norske spesialister på blodtrykksbehandling. Legene stilte i tillegg spørsmål ved at myndighetene skulle gå inn og ”dirigere” deres medisinske skjønn, gjennom at Stortinget gjorde et så spesifikt vedtak som dette var; ”*det er jo en ekstrem form for politisk inngripen i klinisk medisin*”⁹. Man uttrykte også bekymring over oppfatningen av at alle blodtrykkspasienter skulle behandles på samme måte, og at en i dette vedtaket hadde lagt for stor vekt på hensynet til økonomiske innsparinger.

Men overlegens utspill møtte også mye motbør. Mange leger hevdet at tiazider var den beste medisinen for mange blodtrykkspasienter, i tillegg til å være en god økonomisk løsning. Daværende helseminister Dagfinn Høybråten kritiserte professoren for å spre unødig frykt og uro, og framhevet at det nye direktivet var helt i tråd med internasjonale retningslinjer i

⁵ Dagbladet, 11.februar 2004.

⁶ Dagbladet, 11.februar 2004, og Dagens Medisin, 04.desember 2003 (<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2003/12/04/tvinges-til-feil-behandling/>).

⁷ Per Omvik, i Dagens medisin 04.desember 2003.

⁸ Dagbladet 11.februar 2004.

⁹ Informant 7.

Europa og USA¹⁰, og at det var basert på det samme kunnskapsgrunnlaget. Norsk selskap for allmennmedisin gikk også ut og støttet innholdet i det nye direktivet. Legeforeningen poengterte at direktivet var å anse som en retningslinje, og at leger uansett må utvise et faglig individbasert skjønn ved utskrivning av legemidler. Legemiddelverket framhevet at man ikke forsøkte å innskrenke den frie forskrivningsretten, men at direktivet var et faglig forankret tiltak for å legge føringer i forhold til refusjon¹¹. Legeforeningens leder stilte seg meget kritisk til professorens kraftige utspill, og kommenterte det på følgende måte: *”Faglig uenighet skal vi ha, det bringer faget fremover. Vi leger må imidlertid akseptere at politikerne må gjøre et valg”*¹².

Fagmiljøene som stod bak flere av kunnskapsvurderingene som ble lagt til grunn for beslutningen, ble slått sammen til én organisasjon gjennom etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) 1.januar 2004. Det ble derfor fra flere hold rettet kritikk mot og stilt spørsmålstegn ved Kunnskapssenterets rolle i denne saken, det ble hevdet at Legemiddelverket opptrådte som *”... lydig lakei for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som er det rådgivende organet i denne type saker”*¹³. Kritikken resulterte i at Kunnskapssenteret arrangerte et åpent debattmøte 23.januar 2004. 120 personer møtte opp for å diskutere tiazider, og høre presentasjoner av forsvaret for ALLHAT-studien, så vel som kritikken mot denne, og det var stort engasjement og *”høy temperatur”* i salen¹⁴. Kunnskapssenteret poengterte i sitt svar på kritikken de fikk rettet mot seg at de ikke hadde spilt noen direkte rolle i utformingen av stortingsvedtaket, ut over at medarbeidere ved senteret hadde bidratt til å dokumentere og klargjøre kunnskapsgrunnlaget, ved å vurdere både medisinske effekter og økonomiske implikasjoner¹⁵. Direktøren av senteret framhevet at kritikk mot vedtaket som ble rettet mot Kunnskapssenteret, derfor hadde *”feil adresse”*¹⁶.

I denne historien tydeliggjøres flere viktige dilemma når det gjelder reguleringen av medisinsk praksis. Saken viser spenningen i forholdet mellom politisk styring og medisinsk autonomi, når det gjelder hvem som skal bestemme hva. Vi ser også at det er ulike forståelser blant fagfolk når det gjelder vurderinger av ulike behandlingsmåter og -tilbud, og hva slags

¹⁰ Aftenposten 12.februar 2004 (<http://www.aftenposten.no/helse/article728902.ece>).

¹¹ <http://www.legemiddelverket.no>

¹² Hans Olav Bakke i Aftenposten, 12.februar 2004.

¹³ Dagbladet, 11.februar 2004.

¹⁴ Aftenposten, 27.januar 2004; ”- Bringer helse til folket” (<http://www.aftenposten.no/helse/article717610.ece>).

¹⁵ ”Behandling av høyt blodtrykk med tiazider”

(<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?artikkelid=96&back=2>).

¹⁶ Forskningsetikk 2/2004 (http://www.etikkom.no/fagbladet/2004_2/helsekunnskap).

kunnskap som skal legges til grunn for utøvelsen av medisinsk praksis. Samtidig ser vi at sentrale faktorer som spiller inn er målsetninger om økonomi og kvalitet, og at myndighetene orienterer seg tydelig mot en generell internasjonal utvikling.

Gjennom tiiazid-vedtaket rettes det skepsis mot en opplevelse av at politiske myndigheter i for stor grad går inn og tar beslutninger som styrer medisinsk yrkesutøvelse. Eksempelet viser en sterk statlig inngripen i legenes kliniske hverdag, ettersom det her blir lagt direkte føringer på deres praksis. Flere leger framhever at det oppleves som problematisk å balansere slike generelle retningslinjer for praksis, med hensynet til å ivareta tilstrekkelig grad av medisinsk skjønn for den individuelle pasient.

Det er videre ulike syn på hva slags kunnskap som skal legges til grunn for politiske og medisinske beslutninger. Eksempelet viser at det er en klar faglig uenighet om kunnskapsgrunnlaget for tiiazid-vedtaket. Det presenteres ulike oppfatninger av hvordan man skal velge mellom og vurdere ulike kunnskapsalternativer. Innad i den medisinske profesjon har forskjellige aktører ulike syn på kunnskapsvurderingen som legges til grunn.

Vi ser også at en ny aktør gjør seg gjeldende i form av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det stilles spørsmål ved hva slags rolle senteret har, og hvordan deres faglige vurderinger spiller inn i styringen av helsetjenesten gjennom helsepolitiske beslutninger. Senteret presenterer seg selv som en nøytral kunnskapsleverandør, men det stilles spørsmål utenfra ved om Kunnskapssenterets vurderinger spiller en mer avgjørende rolle.

1.2 Oppgavens tema og problemstilling

Jeg har valgt å begynne oppgaven min med denne historien, fordi den på en god måte illustrerer mitt tema for denne studien og masteroppgaven – nemlig forholdet mellom statlig styring og faglig uavhengighet i helsevesenet. Jeg har valgt å bruke Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som case, fordi senteret ble etablert som en sentral nasjonal leverandør av kunnskapsoversikter.

I senterets virksomhetsidè heter det at *”Kunnskapssenteret skal medvirke til at forskningsbasert kunnskap bidrar til gode beslutninger på overordnet nivå og i praksis i helsetjenesten”*¹⁷. Myndighetene ønsker å skape en sterkere sammenheng mellom forskningsbasert kunnskap og praksis, både på prioriteringsnivå og på klinisk nivå. Politiske målsetninger om høyere effektivitet, bedre kvalitet og bedre ressursbruk, søkes basert på og legitimert i kunnskap.

¹⁷ Fra Strategiplan 2005-2007, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Ved etableringen av Kunnskapssenteret samlet man tre fagmiljøer i Norge som arbeidet med kunnskapsutvikling, for å ha et sted der resultatene fra nasjonal og internasjonal forskning blir sammenstilt og vurdert. Senteret arbeider også med vurderinger og evalueringer av kvalitet. Kunnskapssenteret er etablert som et selvstendig og faglig uavhengig forvaltningsorgan uten myndighetsfunksjoner. Formålet da man etablerte senteret var å opprette en nøytral aktør som skulle vurdere eksisterende forskning og kunnskap på oppdrag fra myndighetene, og fungere som en slags uavhengig *kunnskapsmegler*.

Det ble imidlertid en del debatt rundt etableringen av et stort kunnskapsmiljø organisert som en del av myndighetene, og man måtte gjennom to runder før Kunnskapssenteret stod klart. Kritik, skepsis og motforestillinger har blitt rettet mot Kunnskapssenteret når det gjelder senterets rolle og virksomhet som en del av helseforvaltningen. Blant annet på grunn av en redsel for at senteret skal bli et *sannhetsministerium* som skal presentere fasitsvar og gi entydige råd i et felt som ofte preges av intern faglig uenighet. For eksempel i historien over tydeliggjøres det at det eksisterer ulike forståelser av senterets funksjon, og hvordan kunnskapen de leverer skal oppfattes.

Dette utgangspunktet har ledet meg fram til følgende problemstillinger for oppgaven:

- **Hvordan ble etableringen av Kunnskapssenteret begrunnet?**
- **Hva slags konflikter oppstod omkring begrunnelsen og etableringen?**
- **Hvilke kunnskapssyn er det som gjør seg gjeldende gjennom Kunnskapssenteret?**

Medisinsk kunnskap blir ofte betegnet som en esoterisk¹⁸ vitenskap, siden det er et felt som historisk har vært preget av en høy grad av autonomi, både for den enkelte lege, og gjennom kollegiale hierarkier. Legeprofesjonen har dominert eget fagfelt, og har vært ledende aktører i utviklingen av alt fra sykehusinstitusjoner, til helsepolitikk og administrasjon, og medisinsk forskning og praksis. Feltet er vanskelig tilgjengelig for politikere og byråkrater uten medisinsk utdanning. Hva skjer så når myndighetene griper sterkere inn, og etablerer en statlig og sentral organisasjon som produserer medisinske kunnskapsvurderinger?

Kunnskapssenteret presenterer selv sin rolle som en av flere rådgivende premissleverandører. De leverer sine faglige vurderinger som det så blir myndighetenes oppgave å ta endelig stilling til. Myndighetene kan velge å legge de faglige vurderingene til grunn for

¹⁸ Eksklusiv kunnskap som er forbeholdt en utvalgt krets.

beslutningene eller de kan la være. I historien over ble de faglige evalueringene fulgt og brukt som beslutningsgrunnlag av myndighetene, til tross for at det ikke rådet noen allmenn faglig enighet rundt dette kunnskapsgrunnlaget. Vi ser også at det blir stilt spørsmål ved senterets rolle, dette kan illustrere at det er en balanse mellom å oppleves som normative eller nøytrale premissleverandør.

Det teoretiske grunnlaget for studien baserer seg på teorier om forholdet mellom politisk myndighet og faglig kyndighet, med den historiske utviklingen av forholdet mellom disse som en viktig bakgrunnsfaktor. Oppgavens tittel; ”*Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler*”, uttrykker at senteret kan oppfattes på ulike måter. Jeg vil gjennom oppgaven ta for meg hva slags organisasjon man har som formål å etablere gjennom Kunnskapssenteret, hvordan senterets rolle og virksomhet oppfattes av andre aktører og hvordan senteret presenterer seg selv. For å si noe om dette, inkluderes teori om profesjonsutvikling, kunnskapsforståelser og styringstendenser som gjør seg gjeldende gjennom den helsepolitiske utviklingen.

Metodisk baserer studien seg på datainnsamling i form av dokumentanalyse, og intervjuer med sentrale personer i de berørte organisasjonene, så vel som representanter for myndighetene, Den norske lægeforening (Legeforeningen) og de medisinske universitetsmiljøene.

Jeg vil videre gi en kort introduksjon om bakgrunnen for opprettelsen av senteret.

1.3 Bakgrunn for Kunnskapssenteret

Det siste tiåret har det skjedd flere store endringer i organiseringen av helsevesenet, både når det gjelder organiseringen av helsetjenestene og den sentrale helseforvaltningen.

I 2001 vedtok Stortinget at staten skulle overta eierskapet av landets sykehus, gjennom opprettingen av fem regionale helseforetak som fikk ansvaret for å produsere spesialisthelsetjenester i sykehusene (Ot.prp. 66 2000-2001)¹⁹. Myndighetene ønsket å ha en sterkere statlig kontroll over det nasjonale tilbudet av helsetjenester i sykehusene.

Noen år tidligere kom pasientrettighetsloven, som gjorde det mulig for folk å fritt velge sykehus²⁰. Dette var en løsning for å redusere lange ventelister, og for å imøtekomme

¹⁹ Endringen omtales videre som sykehusreformen eller foretaksreformen.

²⁰ Lov om pasientrettigheter av 2.juli 1999.

tydeligere krav om kvalitet og service på helsetjenester. Man baserte seg på en idé om at tilbudet av helsetjenester først og fremst skulle imøtekomme pasientenes behov (NOU 1997:2). I juni 2001 ble fastlege-ordningen innført²¹. Løsningen sikrer at alle har en allmennpraktiker som fastlege, og har som formål å styrke trygghet, kvalitet og tilgjengelighet også i den allmenne legetjenesten.

Videre har sykehusenes finansieringsordninger endret seg, ved overgangen til ISF²²- og DRG²³-styrte inntekter. Disse ordningene går ut på at sykehusenes inntekter i tillegg til rammefinansiering, baserer seg på stykkprisfinansiering etter hvor mange pasienter de behandler. En diagnoseklassifisering av medisinske behandlinger danner grunnlaget for størrelsen på de økonomiske tilskuddene. Ved hjelp av nye finansieringsordningene ønsket man i sterkere grad å kontrollere offentlige utgifter til sykehusene.

Parallelt med omorganisering av spesialisthelsetjenesten, har også den sentrale helseforvaltningen gjennomgått en reorganisering. Fra å ha flere mindre, underliggende, spesialiserte enheter som rapporterte til departementet, ønsket man i 2001 å samle de fleste av disse gjennom planene om et nytt Sosial- og helsedirektorat. Direktoratet var et faktum fra 1.januar 2002, og representerte en sammenslåing flere mindre statlige etater²⁴. En begrunnelse for denne sammenslåingen var et formulert ønske om å forenkle for å forbedre den sentrale helseforvaltningen. Samtidig ønsket myndighetene en mer faglig kapabel forvaltning ettersom foretaksreformen representerte en sentralisering i eierskapet av norske sykehus.

I forbindelse med opprettelsen av Sosial- og helsedirektoratet ønsket myndighetene derfor også å samle flere av de mindre forskningsmiljøene som utgjorde sentrale aktører innen medisinsk utvikling, oppsummering og implementering av ny kunnskap i én større organisasjon. Dette var utgangspunktet for etableringen av et nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. På grunn av sterk motstand i etableringsprosessen, foregikk samlingen av senteret i to runder, første omgang i 2001, og så den endelige prosessen i 2003. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble omsider etablert, og startet med sin virksomhet i januar 2004. Senteret representerte da en samling av tre forskningsmiljøer; Senter for medisinsk

²¹ <http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/Forskr/f20000414nr328?f=templates&fn=main-j.htm&2.0>

²² ISF: inntektsstyrt finansiering (http://www.shdir.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt_finansiering/).

²³ DRG: diagnoserelaterte grupper (http://www.shdir.no/kodeverk_og_pasientklassifiseri/drg/).

²⁴ Dette omfattet: Rusmiddeldirektoratet, Statens tobakksskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Giftinformasjonssentralen, Etat for rådssekretariater mv., Sekretariat for Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling og Sekretariat for Nasjonalt råd for prioritering. Samtidig hentet man inn ressurser fra Statens Helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet, Rikstrygdeverket, Statens institutt for folkehelse og Statens helseundersøkelser (St.prp. nr.1 (2001-2002)).

metodevurdering (SMM), Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) og Divisjon for kunnskapshåndtering fra Sosial- og helsedirektoratet, som inntil 2002 var Avdeling for helsetjenesteforskning ved Statens institutt for folkehelse. Gjennom de tre organisasjonene samlet man miljøer som drev med helseteknologivurderinger, kunnskapsoppsummeringer og kvalitetsevalueringer. Senteret ble organisert som et selvstendig forvaltningsorgan under direktoratet, men uten noen form for beslutningsmyndighet.

Både den reorganiserte helseforvaltningen og den omorganiserte helsetjenesten møter i dag krav som gjør at de er avhengig av kunnskap hver på sin måte. Helsetjenesten trenger kunnskap og oversikt over ny forskning, nye behandlingsmetoder – og resultater av disse, for å kunne utvikle sin praksis videre. Helseforvaltningen behøver kunnskap og oversikt over befolkningens sykdomssituasjon, behandlingsmåter og -alternativer, og kostnader knyttet til ulike tiltak, for å kunne ta overordnede beslutninger. Felles målsetning er at man ønsker å oppnå best mulig kvalitet på tjenestene.

Hovedmålsetninger som kan identifiseres bak reformene og endringene som har skjedd de siste årene er behov for kontroll over den økonomiske utviklingen, heving av kvaliteten, samt mer likhet i behandlingstilbud og resultater. Kartlegging av medisinsk praksis over flere år har vist store variasjoner, både når det gjelder likhet og tilgjengelighet. En løsning på dette er å lage klarere retningslinjer fra staten til utøverne av medisinsk praksis, i et forsøk på å begrense variasjonene i tilbud og kvalitet. Det ønskes etablert en sterkere og tydeligere sammenheng mellom forskningsbasert kunnskap og praksis, for å oppnå ønsket resultat - best mulig nytte av helsetjenestene. Etableringen av Kunnskapssenteret kan ses på som et forsøk på å ta fatt i alle disse problemene, og senteret retter sine aktiviteter både mot beslutningsnivået og praksisnivået.

1.4 Hvorfor studere Kunnskapssenteret?

Det er vanlig å omtale helsefeltet som historisk preget av medisinernes sterke uavhengighet og tydelige hierarkiske strukturer, oppfattet av mange som muliggjort gjennom en tett sammenkobling med staten. Samtidig som de to står i et motsetningsforhold til hverandre, kan man også se at de i perioder agerer sammen og forsterker hverandre. De siste tiårene har det skjedd flere store endringer i den norske helsesektoren, i form av økonomiske reformer, organisatoriske reformer og nye lovbestemmelser. Gjennom disse reformene kan man se en

utvikling mot mer statlig styring, og økt myndighetsiver i form av sentralisering på flere kanter.

Helsesektoren har sterke forankringer i den norske velferdsstaten, basert på ideer om likhet og rettferdighet. Dette er grunnpilarer også ved utformingen av de senere års helsereformer, der man har fokusert på målsetninger om et likere og bedre tilbud av helsetjenester til befolkningen (Lian 2003). Gjennom ulike styringsgrep forsøker myndighetene å oppnå de ønskede målsetningene. Dette er bakgrunnen for at organisasjoner som Kunnskapscenteret eksisterer. Senteret representerer en ny og moderne form for organisering av et kunnskapsmiljø innen helseforvaltningen, som det er interessant å se nærmere på.

I statsvitenskap og sosiologi er studier av forholdet mellom stat og profesjon en etablert fagtradisjon. Innenfor mitt felt administrasjon og organisasjonsvitenskap er det sentralt å studere elementer ved offentlig sektor, spesielt reformprogrammer og endringsprosesser. Min studie føyer seg inn i denne tradisjonen hvor man ønsker å se på årsaker til, og virkninger av forandringene, ved hjelp av teoretiske perspektiver som kan bidra til å forklare utviklingen.

1.5 Oppgavens kontekst

Masteroppgaven er skrevet ved institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Studien inngår videre som en del av forskningsprosjektet *Autonomy, Transparency and Management – Reform dynamics in healthcare: a comparative research program*²⁵ ved Rokkansenteret i Bergen. Prosjektet er ledet av Haldor Byrkjeflot, og tar for seg tre ulike aspekter ved de mange reformene i helsevesenet de siste årene.

Autonomy dreier seg om fokuset på uavhengighet; og ser på etableringen av organisatoriske enheter og deres muligheter til å styre sin egen drift innenfor visse rammer. Sentrale aspekter som studeres i forhold til *transparency* er det økte fokuset på pasientrettigheter, resultatmålinger og kvalitet i helsevesenet. *Management* fokuserer på den sterke ideen om ledelse som er innbakt i de senere års reformer, og at man ved innføringen av enhetlig ledelse søker å skape en ledelse i sykehusene som kombinerer medisinske og økonomiske hensyn med styringselementer.

Denne studiens bidrag er å belyse nye former for kunnskapsstyring som manifesterer seg gjennom en instans som Kunnskapscenteret, og å si noe om hva dette senteret kan fortelle om utviklingen av forholdet mellom politisk styring og faglig autonomi innen helsevesenet.

²⁵ Se <http://www.polis.no>

1.6 Oppgavens struktur

Oppgaven er delt inn i syv kapitler. Neste kapittel presenterer det teoretiske og metodiske tilfanget for oppgaven. Første del av kapitlet beskriver det teoretiske grunnlaget, og introduserer avslutningsvis noen refleksjoner som er egnet til å belyse og forklare spørsmålene jeg stiller omkring etableringen av Kunnskapssenteret. Del to av kapitlet inneholder en presentasjon av oppgavens metodiske valg og implikasjoner, og beskriver metoder for datainnsamling og analyse. Kapitlet inneholder også en diskusjon om de ulike metodevalgene jeg har gjort. Fjerde kapittel er et kontekstkapittel, med målsetning om å gi den nødvendige bakgrunnsinformasjonen for å plassere temaet og studien i en større sammenheng. Jeg presenterer to aspekter som er sentrale i forhold til oppgavens tema, først en historisk gjennomgang av utviklingen i forholdet mellom politisk styring og medisinsk autonomi. Deretter gis en framstilling av to sentrale retninger innen medisinsk kunnskapsutvikling. Jeg presenterer disse fordi de danner en viktig del av utviklingen vi ser innen medisinsk kunnskapsproduksjon og bakgrunnen for Kunnskapssenteret. I kapittel fire-seks presenteres det innsamlede datamaterialet. Jeg har tatt utgangspunkt i hvilke organisasjoner det er som ble slått sammen, hvordan selve etableringen foregikk, og til slutt vil jeg se på hva det er det man har etablert gjennom Kunnskapssenteret? Derfor starter jeg med å beskrive historien og bakgrunnen for de tre organisasjonene som ble slått sammen ved etableringen av Kunnskapssenteret i kapittel fire. Kapittel fem tar for seg prosessen med sammenslåingen, gjennom to runder med forsøk på samling før man lyktes i å etablere Kunnskapssenteret. I kapittel seks presenterer jeg Kunnskapssenteret, ved å ta for meg de formelle ambisjonene ved etableringen sammen med en presentasjon av ulike oppfatninger av senterets rolle og virksomhet. Siste kapittel inneholder en oppsummering av de analytiske betraktningene og avsluttende bemerkninger.

Kapittel 2: Teori og metode

Jeg vil i dette kapitlet presentere den teoretiske og den metodiske tilnærmingen til studien. Denne første delen beskriver oppgavens teoritilfang.

2.1 Introduksjon

Hovedfokuset i oppgaven retter seg mot forholdet mellom politisk styring og faglig uavhengighet på det helsepolitiske området. Jeg vil i oppgaven bruke begrepene myndighet og kyndighet om dette. Forholdet eksemplifiseres ved hjelp av Kunnskapssenteret, som gjennom sin rolle og virksomhet kan sies å tydeliggjøre spenningen mellom disse to. Jeg stiller spørsmål ved om etableringen kan sies å representere en endring i dette forholdet. Er det slik at Kunnskapssenteret representerer en sterkere form for statlig styring av medisinsk praksis? For å kunne si noe om dette vil jeg vil ta for meg begrunnelsen for senterets etablering, prosessene forut for og ved etableringen, og hva som kan antydes ut fra konfliktene som kom fram gjennom prosessene. Hva slags argumenter begrunner etableringen, og hva slags påstander handler kritikken og motstanden om?

Ved hjelp av denne tilnærmingen vil jeg se på hvilke kunnskapssyn som gjør seg gjeldende gjennom Kunnskapssenterets rolle i styringen av helsetjenestene. Jeg ønsker gjennom studien å beskrive og forklare en utvikling, og vil derfor benytte meg av flere ulike teorier og teoretiske begreper som sammen bidrar til å belyse temaet og undersøke problemstillingene. Jeg kommer altså til å benytte meg av en utfyllende teoretisk strategi (Roness 1997). Det finnes mange ulike måter å gripe teoridelen fatt på, og forskjellige perspektiver å bruke. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i den historiske utviklingen, som sentral bakgrunn for og forklaringsfaktor for utviklingen vi ser avtegne seg i dag. De teoretiske begrepene presenteres i dette kapitlet, og vil tydeliggjøres i en gjennomgang av den historiske utviklingen i neste kapittel.

Som tittelen på oppgaven antyder; ”*Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?*”, kan det tolkes ulike meninger inn i begrunnelsen bak etableringen av, og virksomheten til Kunnskapssenteret. Som vi så i historien jeg presenterte i innledningen, eksisterer det ulike oppfatninger om hva slags rolle dette senteret skal fylle. Jeg vil i dette kapitlet forsøke å forklare nærmere hvordan de to begrepene *sannhetsministerium* og *kunnskapsmegler*, kan gis innhold og mening for å belyse ulike forståelser av Kunnskapssenterets rolle og virksomhet. De to forståelsene vil baseres på ulike forutsetninger, dette vil jeg klargjøre ved hjelp av flere ulike teorier. Begrepene har jeg hentet fra datagrunnlaget. *Sannhetsministerium* er hentet fra intervjuet av en informant fra det medisinske universitetsmiljøet, og kan sies å inneholde en del av den skepsisen og motforestillingene som rettes mot senterets virksomhet og rolle. Begrepet *kunnskapsmegler* er hentet fra et publisert intervju med direktøren for Kunnskapssenteret, der han omtaler senteret og virksomheten der. Forståelsene av disse begrepene som jeg legger til grunn i oppgaven, baserer seg på mine tolkninger. Kort fortalt kan det første begrepet illustrere et perspektiv på Kunnskapssenteret som et organ basert på statlig autoritet som definerer og leverer en ”oversannhet”. Senteret kan da oppfattes som et ledd i en statlig hierarkisk ordning, som leverer vilkår for utøvelsen av medisinsk praksis. Den andre tolkningen kan illustrere et perspektiv der man ser på senterets rolle som en systematisk megler blant flere kunnskapsalternativer. Senteret kan da oppfattes som en aktør basert på faglig kyndighet som skal manøvrere mellom de ulike interessene som gjør seg gjeldende; myndighetene, legemiddelindustrien, profesjonene og medisinske kunnskapsmiljøer. Man kan se for seg en uoversiktlig virkelighet med ulike aktører og ulike kilder til kunnskap.

Jeg vil starte med å tydeliggjøre hva som ligger i de to begrepene myndighet og kyndighet, og hva som kjennetegner forholdet mellom dem på det medisinske området. Videre vil jeg beskrive en måte å forklare vekslinger i forholdet mellom myndighet og kyndighet på, i form av begrepene detraksjon og kontraksjon. Neste del tar sikte på å skissere legeprofesjonens framvekst og utvikling i Norge, og presenterer en klassisk forståelse av legeprofesjonen som autonom og hierarkisk organisert. Det er vanlig å oppfatte medisinsk kunnskaputvikling som nært knyttet til profesjonsutviklingen. Videre presenteres et punkt om kunnskapsteori, som tar for seg hvordan kunnskap på dette området har blitt utviklet, styrt og formidlet tidligere. Jeg inkluderer også begreper om nye kunnskapssyn, som innebærer en forståelse av at det skjer en utvikling mot mer nyttepreget og -orientert kunnskap. Til slutt beskrives kort det som anses å være to viktige styringstendenser for de siste års reformer og endringer i helsesektoren i

Norge; nemlig New Public Management og transparens. Dette vises for eksempel gjennom fokuset på henholdsvis økonomi og kvalitet som sentrale faktorer i utviklingen av helsevesenet.

2.2 Myndighet og kyndighet – autoritet som byråkratisk eller faglig

Max Webers kjente tese beskriver tre forskjellige legitimitetsgrunnlag for autoritet. Grunnlaget for legitimitet kan basere seg på tradisjonell autoritet, legalrasjonell autoritet eller karismatisk autoritet (Weber 2000). Weber knytter legalrasjonell autoritet til en statlig byråkratisk struktur, som baserer seg på lover og regler. Innvendinger mot Webers inndeling har framhevet at han inkluderte to forskjellige legitimitetsgrunnlag for makt og avgjørelser gjennom beskrivelsen av legalrasjonell autoritet. Talcott Parsons og Knut Dahl Jacobsen presiserer at det er nødvendig å gjøre et videre skille mellom byråkratisk og faglig autoritet (Parsons 1947, Jacobsen 1963). Det er denne forståelsen av begrepene for myndighet og kyndighet jeg vil benytte meg av i oppgaven.

Det dreier seg for det første om myndighetspersonens legitimitetsgrunnlag, som baserer seg på at den som treffer avgjørelsen har en stilling eller posisjon som *”gir ham rett til inngrep i andre persons virksomhet på et nærmere angitt felt”* (Jacobsen 1963:3.70), dvs. legitimitet basert på lover og regler. For det andre har vi kyndighetspersonens legitimitetsgrunnlag, som hviler på at den som treffer avgjørelsen *”er i besittelse av teknisk kunnskap som han vil bruke til klientens beste”* (Jacobsen 1963:3.70). Dette siste legitimitetsgrunnlaget avhenger ifølge Parsons: *’entirely on securing the voluntary consent’* (Parsons 1947:59), dvs. det er frivillig å følge den kyndiges anbefaling. Vanligvis vil man imidlertid følge for eksempel legens anbefaling, og grunnen til at man gjør det er fordi legen besitter en bestemt type kunnskap som inngir legitimitet. I medisinen tilfelle er dette ofte omtalt som esoterisk kunnskap, som en eksklusiv eller hemmelig kunnskap, kun for de innvidde. Videre er en vanlig forståelse at medisinsk yrkesutøvelse baserer seg på et verdigrunnlag om at leger vil ivareta helse og derfor gjøre vurderinger som er til beste for pasienten.

Historisk sett har myndighetene gjerne omgitt seg med en aura av kyndighet, for eksempel i den norske embetsstaten på midten av 1800-tallet. Offentlige inngrep ble legitimert ved å henvise til at de var basert på særegen kunnskap, og var rettet mot å ivareta klientens beste. Omvendt ville klienten ofte assosiere en kyndighetsperson med myndighet. De to autoritetsgrunnlagene var tett sammenvevd. Generelt kan man si at legitimitetsgrunnlaget for påbuds- og tvangsrelasjoner vanligvis er myndighetsbasert, og for anbefalings- og konstateringsrelasjoner som oftest kyndighetsbasert (Jacobsen 1963). I en analyse av forholdet mellom faglig kyndighet og byråkratisk/statlig myndighet, vil den faglige autoriteten bestå av både legalrasjonell legitimitet og teknisk fagkunnskap. Faglig autoritet kan da oppfattes som *”sosialt akseptert ekspertise som anvendes i statens hender”* (Erichsen 1996:83).

2.3 Forholdet mellom myndighet og kyndighet – detraksjon og kontraksjon

Jacobsen (1963) forklarer i sin studie av utviklingen i norsk landbruksforvaltning vekslingen mellom politisk styring og et autonomt byråkrati i form av begrepene detraksjon og kontraksjon (Erichsen 1996, Gran 2002). Denne teorien bærer også i seg en sammenheng med profesjonalisering og deprofesjonalisering, som vil si at profesjonenes rolle i de ulike periodene kan styrkes eller svekkes, og ha ulike grader av påvirkning. I så fall kan man snakke om vekslinger også i forholdet mellom politisk styring og profesjonell autonomi i forvaltningen.

Ideen om detraksjon beskriver en periode kjennetegnet ved redusert politisk involvering, økt desentralisering og høy grad av faglig autonomi. Hovedbetingelsen for detraksjon er høy grad av verdifelleskap i samfunnet, noe som innebærer fravær av politiske motsetninger og dermed mulighet for overføring av makt og oppgaver fra politikken til byråkrater og profesjoner. På grunn av at det i en detraksjonsperiode er bred enighet om verdigrunnlaget, også uttrykt som mangel på konflikt, er det bare snakk om å få oppgavene gjort. Det er enighet om målene, og man trenger bare å finne de mest rasjonelle midlene for gjennomføring. Gjennom disse betingelsene vokser derfor de byråkratiske strukturene, som oppgaveløsende og iverksettende instanser. Dette kan forstås som depolitisering i den forstand at det vil være faglige, heller enn politiske vurderinger som er rådende. Faglige vurderinger blir en del av byråkratiet som leverandør av rasjonelle midler for å nå de målsetningene som det er politisk enighet om å nå. Detraksjon innebærer en overføring av makt fra politikken til

forvaltningen, og på denne måten også til profesjonene som er eksperter med spesiell kunnskap (Gran 2002:16).

I en tid som kan karakteriseres som preget av kontraksjon, skjer det en politisering. Hovedbetingelsen for kontraksjon er at man har verdimangfold, eller at nye verdier gjør seg gjeldende i samfunnet og danner grunnlag for konflikt. Perioder med kontraksjon kjennetegnes ved høy politisk involvering, økt sentralisering og reduksjon eller endring av den faglige autonomien. Det rettes kritikk mot politikken, det bestående byråkratiet eller de faglige vurderinger innen et felt. Politisk makt blir derfor sentralisert og statsforvaltningen vil underlegges tydeligere politisk styring. Det vil være liten grad av desentralisering av oppgaver til administrativt nivå. Faglige vurderinger er likevel viktige i form av å bidra med ny kunnskap, og ved å komme opp med nye løsninger på samfunnsspørsmålene det er uenighet om. Det er ikke lenger enighet om mål og midler, og den politiske styringen vil derfor i større grad gripe inn på byråkatiets område. Etter en periode med kontraksjon, vil det typisk skje en overgang til detraksjon, til det igjen oppstår konflikt om nye samfunnsspørsmål og verdigrunnlag (Gran 2002).

Denne tilnærmingen vil kunne belyse viktige tendenser i analysen av utviklingen i forholdet mellom politisk myndighet og faglig kyndighet innenfor medisin. Jeg vil komme tilbake til dette gjennom den historiske presentasjonen i kapittel tre.

2.4 Legeprofesjonen: autonomi og hierarkisering

”The professions dominate our world. They heal our bodies, measure our profits, save our souls²⁶”

Jeg vil i dette punktet presentere legeprofesjonens særegne trekk, sammen med en kort historisk oversikt over profesjonens framvekst og utvikling i Norge. Formålet med å skissere opp historien, er å få fram hvordan denne kan bidra til å forklare dagens situasjon. En

²⁶ Abbott, Andrew (1988:1). *The system of professions, an Essay on the Division of Expert Labour*. London: The University of Chicago Press.

historisk framstilling er nødvendig for å kunne diskutere endringer i profesjonens rolle når det gjelder medisinsk kunnskapsutvikling.

Legestanden omtales gjerne som en profesjon, hva ligger i dette begrepet? Freidson definerer profesjoner som:

”honoured servants of public need, occupations especially distinguished from others by their orientation to serving the needs of the public through the schooled application of their unusually esoteric and complex knowledge and skill” (Freidson 1986:15).

Kjennetegnet på en profesjon er altså i følge Freidson en yrkesgruppe som besitter spesialisert kunnskap, og som vanligvis utøver stor grad av kontroll over eget fagområde, eller det som kalles profesjonell autonomi (basert på Freidson 1994:10²⁷), for eksempel representert ved klassiske profesjoner som medisin og juss. Berg (1987) beskriver profesjoner som resultatorienterte aktører med bestemte mål, som selv kan velge midler; *”... De har bundet seg til bestemte mål, men har frihet når det gjelder valg av midler for å nå målet. Profesjonelles kyndighet består jo i at de kjenner det det skal gripes inn overfor”* (s. 121).

Profesjonell autonomi fokuserer på at den individuelle utøver skal ha rett til å ta beslutninger basert på internaliserte normer og ekspertkunnskap, samt til å ha muligheten for å ikke opptre konformt med instruksjoner eller kodifiserte regler. I yrker med en høy grad av profesjonell autonomi vil den enkelte utøver hovedsakelig kun være utsatt for kommentarer og kritikk fra sine profesjonelle kolleger. Et sentralt element er i hvor stor grad det offentlige stoler på deres ekspertise (Freidson 1986, 1994, Gray & Harrison 2004).

Profesjonell autonomi dreier seg altså om i hvilken grad spesialiserte yrker har monopol på bestemte typer kunnskap og praksis. Det er vanlig å se på tre kontrollelementer for å ivareta profesjonell autonomi. Det er for det første kunnskapsproduksjon, for det andre overføring av kunnskap og for det tredje utøvelse av kunnskap i praksis (Berg 1987, 1991, Erichsen 1996). Dette gjøres på ulike måter i ulike land, i Norge har dette skjedd gjennom en tett kobling mellom staten og legeprofesjonen, noe jeg vil komme tilbake til i kapittel tre. Den medisinske profesjonelle ekspertise i stor grad egenutviklet, basert på *”... premisser den i hovedsak har utviklet selv, gjennom forskning”* (Berg 1987:117). En viktig del av kunnskapsgrunnlaget

²⁷ Profesjon: *“an occupation that controls its own work, organized by a set of institutions sustained in part by a particular ideology of expertise and service”*. Profesjonell autonomi: *“that ideology and special set of institutions”* (Freidson 1994:10).

innen medisin er det medisinske skjønn, som vil si yrkesutøvelsen i praksis, der man kombinerer sin generelle kunnskap med vurderingen av det foreliggende individuelle tilfellet.

Historikk

Den medisinske profesjon begynte å finne sin form på 1800-tallet, da det skjedde en sammensmelting av vitenskap og praksis innen det medisinske yrket (Erichsen 1996, Solvoll 2004). Apotekere og kirurger med bakgrunn som "håndverkere" og innen det militære, var nederst på den medisinske profesjonelle rangstigen, der de universitetsutdannede legene utgjorde toppen. Universitetsutdanning av leger ble etablert i Norge i 1811. Utover 1800-tallet vokste det vi kan kalle en moderne norsk legeprofesjon fram, representert ved at medisinere ble samlet til en felles profesjonsgruppe når man i 1836 likestilte de ulike medisinske yrkesutøverne (Erichsen 1996).

Opprinnelig var legenes yrkesutøvelse basert på privat praktisering, men profesjonaliseringen av legene ble etter hvert nært knyttet opp mot sykehusutviklingen. Sykehus var fram til begynnelsen av 1800-tallet stort sett veldedige eller religiøst baserte institusjoner som ytte ulike former for sosialhjelp og fattighjelp. Funksjonen var mer rettet mot oppbevaring heller enn behandling. Denne tidlige formen for sykehus var en viktig institusjon for pleie av ubemidlede, og hadde høy samfunnsmessig betydning (Berg 1987, Erichsen 1996). Utover 1800-tallet ble sykehusene i større grad base for legenes virksomhet, ennå ikke primært for behandling, men i form av kunnskapsutvikling. Legenes inntreden ufordret den klassiske byråkratiske administrasjonen av sykehus, som var innrettet mot å skape oversikt og orden basert på administrative prinsipper. Legene samlet medisinsk kunnskap på en ny og systematisk måte, og presset på for at pasientgrunnlaget skulle utvides til å omfatte medisinsk interessante tilfeller i tillegg til fattige (Erichsen 1996:65). Det ble utviklet ny diagnostisk kunnskap om sykdommer og sykdomsforløp, og etter hvert var det medisinske prinsipper som var rådende på sykehusene (ibid.:66). Vi kan se at det skjedde en overgang fra administrative strukturer til at medisinsk faglig autoritet ble dominerende i sykehusene.

Gjennom medisins vitenskapeliggjørelse ble sykehusene etter hvert omformet til behandlingsinstitusjoner (Berg 1987:125). Forskingen erobret praksis, gjennom at det som ble regnet som medisinsk vitenskap smeltet sammen med medisinsk praksis. Medisin ble en anvendt vitenskap (Berg 1987). Etter første verdenskrig vokste det moderne sykehuset som behandlingsinstitusjon tydelig frem. Antall sykehus økte, og etter hvert framstod det norske helsevesenet som sykehussentrert (Erichsen 1996). Parallelt med denne utviklingen økte

derfor antallet sykehusleger. Ettersom omfanget av medisinsk kunnskap økte, så man tidlig at oppdateringsproblemer for den enkelte praktiker var tilstede. Løsningen på dette ble utviklingen av medisinske spesialiseringer (Berg 1987, Erichsen 1996). Spesialiseringen medførte en fragmentering i form av at man fikk mange retninger innen medisin, og sykehusene som institusjoner ble base for dette. Fragmenteringen gjorde at legeprofesjonen etter hvert ikke lenger framstod som en homogen gruppe.

Gjennom sykehusvekst og spesialisering innen medisin, vokste det etter hvert fram både et internt og et eksternt hierarki (Erichsen 1996, Berg 1991). Et internt hierarki blant medisinerne selv, og et eksternt hierarki knyttet til forholdet mellom legene og andre yrkesgrupper. En klassisk forståelse av autoritet innen medisin, er ”overlegeregimet”. Autoriteten var tydelig, og plassert hos den øverste i hierarkiet nemlig hos overlegen (Berg 1987). Det var et hierarki av kunnskap, og desto høyere opp i hierarkiet man var, desto mer autoritet hadde man. Berg (1987) beskriver denne situasjonen både på sykehus, så vel som ved universitetsinstituttene; *”her var det den lærestolsinnehavende professor hvis profesjonelle autoritet som var generalisert”* (ibid.:126). Overlegen eller professoren var den ”allvitende”, og styrte både de administrative og de faglige prinsipper ved sine respektive institusjoner. Etter hvert har utviklingen gått mot en redusering av overlegens makt. Overlegeregimet har møtt utfordringer fra flere hold; gjennom mer sykehusbyråkrati, og via framveksten av nye profesjoner, og mer demokrati i institusjonene (ibid.). Samtidig som sykehusene ble utviklet som behandlingsinstitusjoner, ble sykepleiernes rolle viktigere. De overtok etter hvert flere oppgaver som legenes assistenter, men var klart underordnet legeprofesjonen, både faglig og administrativt (Berg 1987, Erichsen 1996). Fra 1970-tallet og utover vokste sykepleierne imidlertid frem som en tydeligere profesjonsgruppe, og ansvaret på sykehusene ble delt mellom de to profesjonene. Det skjedde en arbeidsdeling der sykepleierne i større grad tok seg av administrative oppgaver. Det har skjedd en overgang til at den medisinske autoriteten kun var gjeldende i medisinske avgjørelser. Dette ufordres igjen i dag gjennom nye former for systematisering av kunnskap som av noen framheves som et supplement til det medisinske skjønn, men på den annen side også kan ses som en begrensning av dette. Gjennom innføringen av enhetlig ledelse i 2001 innførte man et prinsipp om å ha en ansvarlig avdelingsleder i sykehus, og det ble likestilt for sykepleiere og leger å inneha denne rollen. En løsning med enhetlig ledelse kombinerer faglig ledelse med organisatorisk ledelse, og er tett knyttet til de generelle styringstendensene i helsevesenet (punkt 2.6).

2.5 Medisinsk kunnskap – viten og praksis

For å kunne undersøke spørsmålene som oppstår i tilknytning til ulike tolkninger av Kunnskapssenteret som sannhetsministerium eller kunnskapsmegler, er det nødvendig å inkludere teori om kunnskapsforståelser. Jeg vil her kort presentere et inntak som kan bidra til å belyse forståelsen av at legeprofesjonens rolle som ubestridt kunnskapsleverandør forandres, og at nye kunnskapssyn kan sies å gjøre seg gjeldende innenfor medisin.

En måte å definere kunnskap på er; ”... *knowledge as a set of organized statements of facts or ideas*” (Bell 1973 i Bleiklie & Byrkjeflot 2002). Tradisjonell profesjonsteori ser på kunnskap som en del av profesjonsbegrepet, og kunnskapsproduksjon som et ledd i profesjonsutviklingen (Erichsen 1985, Berg 1987, Freidson 1994). En del av medisinsk kunnskap er teoretisk og utvikles gjennom nøytrale og objektive vitenskapelige metoder. Den videre utviklingen og anvendelsen av kunnskapen foregår i praksisfeltet (Erichsen 1985:165).

Basert på Erichsen (1985) vil jeg introdusere fire aspekter som tar for seg elementer ved en forståelse av medisinsk kunnskap som knyttet til legenes profesjonsutvikling, gjennom kunnskapsproduksjon, utøvelse og overføring. Disse aspektene kan sies å utfordres gjennom nye kunnskapssyn og nye former for organisering av kunnskapsutvikling.

For det første dreier det seg om kunnskapens karakter, og ulike metoder for kunnskapsutvikling. Innen medisin henger autoritet og kunnskap nøye sammen, og man legger spesialistkunnskap til grunn for faglig autoritet. I sin tydeligste form kommer dette til uttrykk gjennom overlegeregimet. Spesialistkunnskap som ligger til grunn for faglig autoritet kan skapes gjennom vitenskap eller praksis. Erichsen henviser til Jamous og Peloille (1970, i Erichsen 1996) sin inndeling av kunnskap i det bestemte og det ubestemte, der det første dreier seg om kunnskap som kan systematiseres og kodifiseres, mens det andre handler om kunnskap som vanskelig kan kodifiseres, og derfor kan kalles esoterisk. Innen medisin kan man trekke fram medisinsk skjønnsutøvelse som en form for kunnskap som utvikles og vedlikeholdes i nær tilknytning til praksis, og derfor kalles ubestemt eller esoterisk (Erichsen 1985:171). Dette impliserer at deler av grunnlaget for medisinsk kunnskap kan systematiseres, men det er en del av det som bør og må være underlagt individuelle vurderinger (Berg 1991). Dette så vi i historien i innledningen, der det var sterke reaksjoner på at myndighetene la såpass klare føringer på den medisinske praksis. Dette opplevdes som en begrensning på den enkelte utøvers skjønn. For det andre handler det om hvordan den medisinske

kunnskapsproduksjon foregår, og hvilke aktører som deltar. Medisinsk kunnskap har hatt nær tilknytning til sykehusenes utvikling, noe som har medført sterk faglig autoritet knyttet til sykehusene, gjennom det som i forrige punkt ble beskrevet som overlegeregimet. Tiazid-saken viste at det innad i legeprofesjonen er ulike grupper av medisinerere, som har ulike forståelser av kunnskapsproduksjon.

For det tredje framhever Erichsen (1985) råderetten over kunnskapen, som også kan formuleres som et spørsmål om kunnskapsmonopol, som dreier seg om formidling og kontroll av kunnskap. Relevant for mitt tema er en slutning om at moderne former for monopol dreier seg om utviklingen av kunnskap innenfor en disiplin, eller en form for monopol i forhold til å *”definere kunnskap som relevant for de problemfelt som kunnskapsanvendelsen retter seg mot”* (ibid.:177). Kunnskapssenteret kan oppfattes som en monopolordning for kunnskapsutvikling, i form av å være den sentrale premissleverandøren for myndighetene i forhold til kunnskap på bestemte områder. Dette kan oppfattes som problematisk av fagmiljøer og for ulike deler av den medisinske profesjon.

Til sist omtales kommunikasjon av kunnskap, som kan forstås som å handle om hvem som skal få kjennskap til kunnskapens innhold, og hvordan dette skal gjøres. En vinkling er å se på dette i form av publisering av medisinsk vitenskap. Vanligvis foregår medisinsk kunnskapsformidling gjennom artikler som er kollegarettet og preget av fagterminologi, noe som vil begrense hvem som faktisk kan nyttiggjøre seg av denne informasjonen. I dag kan en se en utvikling mot at medisinsk vitenskap i større grad forsøkes å gjøres tilgjengelig for pasienter, ved at informasjonen er mer klientrettet.

Bleiklie og Byrkjeflot (2002) presenterer i sin artikkel internasjonale endringer i universitetssystemet, gjennom teorier og ideer om kunnskapsregimer, -interesser og -allianser. De hevder at det er en utbredt oppfatning av at det skjer en generell utvikling der kunnskap i større og større grad blir oppfattet som nytte-orientert, og at kunnskap i dag framskaffes på nye måter. Basert på Gibbons et. al. (1994, i Bleiklie & Byrkjeflot 2002) snakker de om ulike forståelser av kunnskap, som mode 1 og mode 2. Mode 1 omfatter kunnskap som baseres på teoretisk vitenskap, der prosedyrene for framskaffelsen er viktig, og kunnskapen produseres for sin egen del. Formålet er å framskaffe sannheter basert på aksepterte vitenskapelige metoder. Mode 2 er en ide om kunnskap som nyttebasert, dette synet på kunnskap er mer praktisk orientert, og retter seg mot appliserbarheten av kunnskap. Man ønsker å måle kunnskapens effekt og/eller nytte i praksis, og gjennom å sette opp kriterier for dette kommer

man frem til hva slags kunnskap som virker. Det er denne siste måten å se på kunnskap som tydeligere vinner fram i dag.

Årsakene til at denne utviklingen gjør seg gjeldende kan forstås ved at nye kunnskapsinteresser og -ideer blir båret fram av ulike aktører. Innenfor helsevesenet kan disse aktørene være for eksempel politiske interesser eller representanter for legeprofesjonen. Nye allianser mellom disse kan forandre det eksisterende systemet. Overgangsperioder vil karakteriseres av at nye verdier introduseres, samt at rangordningen blant etablerte verdier endres. Allianser vil formes gjennom felles oppfatninger av hva slags kunnskap som er nødvendig. Det skisseres opp to ulike retninger; en nyttepreget oppfatning, og en sannhetspreget oppfatning. Forfatterne tar imidlertid forbehold om at de to kombineres. For eksempel ved at kunnskap om nytte basert på vitenskapelige metoder i større grad vil brukes i praksis.

2.6 Styringstendenser

New Public Management (NPM) og transparens er teoretiske begreper som beskriver to sentrale og viktige tendenser når man skal beskrive helsepolitikken utvikling de siste årene (Lian 2003, Byrkjeflot 2005). Endringer som baserer seg på NPM har et hovedfokus som er rettet mot økonomi og effektivitet. Transparens inkluderer i tillegg til NPM-idealene et sterkt fokus på kvalitet.

Jeg inkluderer en kort presentasjon av begrepene fordi de på mange måter kan tolkes inn gjennom begrunnelsen for etableringen for Kunnskapsenteret. Styringstendensene kan ses som en del av bakgrunnen og drivkreftene for endrete syn på kunnskap og nye former for organisering av kunnskapsproduksjon.

2.6.1 New Public Management – økonomi og effektivitet

”Mer helse for hver krone²⁸”

New Public Management er en samlebetegnelse på en klynge av teorier som har en del fellesnevner, der hovedfokus rettes mot en økt grad av markedsmekanismer overført til den offentlige sfære. NPM har man sett i form av en reformbølge som har preget offentlig sektor i

²⁸ Olaus Lian (2003).

mange land de tre siste tiårene. Det er en internasjonal trend der offentlige reformer utformes etter modell fra det private næringsliv. NPM understreker at offentlig sektor og forvaltningsapparatet må fokusere mer på ideen om ”markedet”, og legge mindre vekt på byråkratiske strukturer. Dette uttrykkes gjennom sterkere fokus på ledelse, konkurranse og resultatkrav, samt økt grad av kontroll over kostnader og effektivitet (Christensen og Læg Reid 2001, Tranøy og Østerud 2001, Lian 2003). Bakgrunnen til at NPM-reformene kom var reaksjoner på en voksende offentlig sektor som var regelstyrt, og i liten grad fleksibel og brukerorientert. Den byråkratiske staten hadde sviktende tillit, og dårligere offentlig økonomi kombinert med økte utgifter skapte grobunn for nye syn på hvordan statens organisering burde ordnes (ibid.).

NPM har satt sitt preg på flere samfunnsområder. Mange land har gjennomført flere store reformer innen helsesektoren, bl.a. Storbritannia, New Zealand, Australia og USA. Etter hvert gjorde dette seg gjeldende også i de skandinaviske land, med Norge lenge som en ”nølede reformator”, med reformer påvirket av NPM først fra 1990-tallet og utover (Christensen & Læg Reid 2001, Lian 2003, Byrkjeflot 2005). Hovedmålsetninger for NPM-inspirerte reformer i helsesektoren har vært økt effektivitet gjennom å fokusere på måloppnåelse og resultater. Hovedbegrunnelser bak behov for reformer i helsevesenet har i Norge vært ulikheter i tilbud, dårlig samordning, dårlig økonomistyring, lav legitimitet, lange ventelister med mer.

Hva slags forklaringer bidrar NPM teorier med i forhold til tema for oppgaven? NPM teorier sammenfatter flere av ideene rundt, og bakgrunnen for de siste års reformer i helsevesenet. Dette kan ses gjennom språket; man snakker mer om økonomi, effektivitet og ledelse. Dersom man tar utgangspunkt i NPM-teori, synes det umiddelbart å ligge en konflikt innbakt i tilsynelatende motstridende målsetninger om å kombinere autonomi og styring (Tranøy & Østerud 2001). Målene er forsøkt kombinert gjennom for eksempel foretaksreformen, ved at man har etablert autonome foretak som har stor grad av selvstendighet på enkelte områder, men som styres gjennom økonomiske og administrative rammer, samt ved hjelp av krav om å forevise resultater og kvalitet. Ønsket om å kombinere desentralisert autonomi med sentralisert statlig styring i helsevesenet begrunnes i behovet for å kontrollere de stadig økende kostnadene, behovet for å etterleve økende krav fra pasienten som kunde, samt for å kunne se fremover i takt med en aldrende befolkning, nye sykdomsbilder, og ny medisinsk og teknologisk utvikling (Lian 2003). Gjennom NPM blir næringslivstankegang blir mer synlig også i offentlig sektor, og man ser en økt grad av sentralisering ved at staten styrer mer på avstand.

2.6.2 *Transparens – kunnskap og kvalitet*

*”If everyone can see what everyone is doing, we’ll have better care at lower costs”*²⁹

Staten styrer i dag altså på andre måter enn før, og bruker i større grad regulering som indirekte styring, eller som Blomgren og Sahlin-Andersson uttrykker det; *”Ledning på distans”* (2003). Politikerne trenger omfattende kunnskaper for å kunne styre på avstand et så komplekst felt som helsesektoren, for å kunne ta gode beslutninger og implementere helsepolitikk. Transparens er et teoretisk samlebegrep som kan gis meningsinnhold ved å snakke om åpenhet, tydelighet og innsyn. Begrepet kan beskrives som en trend basert på en ide om demokrati i form av åpenhet i offentlig sektor.

Transparens er for det første en idé om gjennomsiktighet og tydeliggjøring, som viser seg gjennom et økt fokus på måling og evaluering av resultater, kvalitet og effektivitet (Blomgren 2004, Byrkjeflot 2005). Transparens handler også om å gjøre innholdet i politikk tydelig, og å klargjøre ansvar og roller (Finkelstein 2000). Ideen om transparens er til sist en idé om

²⁹ Martin Sipkoff: ”Can Transparency Save Health Care?” i Managed Care Magazine (<http://www.managedcaremag.com/archives/0403/0403.transparency.html>).

kunnskapsdanning, siden det er snakk om innsikt i prosesser, resultater og effekter (Blomgren & Sahlin-Andersson 2003). Politiske løsninger som baserer seg på transparens knyttes til verdier som demokrati, rettferdighet og etterrettelighet³⁰ (Finkelstein 2000, Blomgren 2004).

Streben etter transparens gjør seg stadig mer gjeldende på flere felter i samfunnet, inkludert i helsevesenet (Power 1999 & 2003, Blomgren & Sahlin-Andersson 2003, Blomgren 2004). Blomgren (2004) nevner flere årsaker til at man fokuserer på transparens, det er økonomiske hensyn, markedsorientering og økt fokus på pasientrettigheter og kvalitet. Fokuset på pasientorienteringen kan gjenfinnes i offentlige dokumenter som i utredningen *"Pasienten først!"* (NOU 1997:2), og i Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategiplan for kvalitetsforbedring; *"... Og bedre skal det bli!"* (Strategi 2005-2015). I et notat om kvalitet i helsetjenesten fra 2006, slås det fast at man må *"konvertere kunnskap og kompetanse til kvalitet"* (Kvalitet i helsetenesta:3). Kunnskap og kompetanse ses som nødvendige virkemidler for å oppnå det ønskede nivået av kvalitet. Det legges vekt på både informasjon om helsetjenestens faktiske drift og resultater, og på tilstrekkelig oversikt over medisinsk vitenskap. Ved å kunne se hva som gjøres, og hva slags resultater man får, vil det være lettere å se hva som må forandres og forbedres.

Staten kan dermed tolkes som en sentral aktør, og pådriver i en utvikling mot mer transparens i Norge. Byrkjeflot (2005) hevder at i den reformerte helsesektoren er nye styringsinstrumenter som skaper transparens et av de viktigste styringsmidler for politiske myndigheter. Som i de fleste andre vestlige land, har man også i Norge i løpet av de siste årene kunnet identifisere en økende grad av ulike former for målinger og kontroller, med siktemål å gjøre innhold, prosesser og resultater av offentlig politikk synlig (ibid.). Denne trenden kan identifiseres innen helsevesenet i form av systemer for kvalitetssikring og medisinsk revisjon. Systemene varierer i teknikk og omfang, og alt fra sykehus, klinikker, diagnose- og behandlingssystemer måles, i tillegg til at man samlet forsøker å evaluere og vurdere helsevesenet (Blomgren 2004). Gjennom denne utviklingen styrer nå staten for eksempel sykehusene på mer indirekte måter enn før, og noen av styringsinstrumentene som brukes er kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre (Østergren 2004, Byrkjeflot 2005).

³⁰ Fra det engelske uttrykket accountability.

2.7 Analytiske implikasjoner

Hvilke analytiske implikasjoner har teoriene jeg har presentert for drøftingen av Kunnskapssenterets rolle og virksomhet? Jeg vil nå forsøke å trekke sammen de teoretiske refleksjonene jeg har presentert så langt i dette kapitlet for å tydeliggjøre hvordan det gir mening å snakke om de to begrepene ”sannhetsministerium” og ”kunnskapsmegler”. Hva er de ulike forutsetningene for disse to forståelsene? Begge tolkningene ser Kunnskapssenterets rolle og virksomhet som et brudd med overlegeregimet og representerer ulike måter å fjerne seg fra dette på, men i form av forskjellige forståelser.

Man kan stille en rekke spørsmål knyttet til dette. Hva slags autoritet er det som ligger til grunn for Kunnskapssenteret? Skal det tolkes som en organisasjon basert på byråkratisk autoritet, basert på faglig autoritet, eller som en kobling mellom de to? Hva slags implikasjoner finner man i profesjonsteorien, og oppfattelsen om legeprofesjonen som hierarkisk ordnet og autonom? Her er medisinsk kunnskapsutvikling en viktig faktor, siden denne anses å ha vært nært knyttet til legeprofesjonens utvikling. Hva betyr nye former for kunnskapsproduksjon for forholdet mellom myndighet og kyndighet, i form av politisk styring og profesjonell autonomi? Og hvordan gjør styringstendensene seg gjeldende og synes gjennom bakgrunnen for opprettelsen av senteret?

Det dreier det seg for det første om ulike former for autoritet, i form av kyndighet og myndighet. Kyndighetsautoritet vil vanligvis bare kunne legitimere anbefalinger, mens myndighetsautoritet vil kunne legitimere påbud. Disse kan også kombineres, noe som skaper ulike måter å se dette på. Som nevnt vil ofte kyndighet trekkes inn som en del av myndighetsutøvelsen, for å legitimere beslutninger på spesifikke områder. Dette gir legitimitet ut over det legalrasjonelle grunnlaget, ved at man kombinerer faglig og byråkratisk autoritet. Eventuelt kan man også se på dette som at kyndighet i form av eksperter beveger seg inn på myndighetsområdet for å tydeligere kunne påvirke utviklingen.

Dette kan sammenfattes gjennom begrepene kontraksjon og detraksjon, som dreier seg om forholdet mellom politisk styring og et autonomt byråkrati, og profesjonenes rolle i dette forholdet. Kontraksjon beskriver en fase med høy politisk involvering, lav desentralisering og lav profesjonell autonomi. Omvendt er en fase med detraksjon karakterisert av lav politisk involvering, høy desentralisering og høy profesjonell autonomi. Profesjonenes rolle vil endres i perioder med verdikonflikt, hvor nye verdier introduseres i samfunnet, eller der kritikk rettes mot det bestående system. Som vi har sett kan man si at myndighetsautoritet som oftest kan legitimere inngrep i form av påbud og/eller tvang, mens kyndighetsbasert autoritet som oftest dreier seg om anbefalinger eller konstateringer i form av faglig rådgivning. Kyndighet baseres på særegen kunnskap, og grupper som innehar særegen eller esoterisk kunnskap omtales gjerne som profesjoner. En klassisk forståelse av den medisinske profesjon er at den i stor grad har fungert autonomt og selvstyrt, med hierarkisering innad i form av en ide om overlegeregimet, og med et hierarki utad mot andre yrkesgrupper.

Historisk har den medisinske kunnskapsutviklingen vært oppfattet som nært knyttet til den profesjonelle autonomien. Kunnskapsgrunnlaget til medisinen har tradisjonelt vært basert på regler som har vært mer eller mindre abstrakte, og derfor i liten grad har diktert utøvelsen i praksis. I dette ligger det at en viktig del av den medisinske yrkesutøvelse er å en betydelig grad av skjønn i beslutninger om individuelle pasienters diagnoser og behandling. Dette innebærer at skjønnsutøvelse har hatt en viktig status for medisinerne, som enhver leges privilegium, og vært en viktig del av selvstendigheten og selvreguleringen av medisinsk praksis (Berg 1991). Problemet med dette er at det vil oppstå ulikheter i praksis, både når det gjelder diagnostisering, behandling og resultat. Dette vil tydeliggjøres gjennom målinger av kvalitet og klinisk praksis, som gjør seg gjeldende gjennom nye krav til økt fokus på åpenhet og innsyn, basert på styringstendenser som NPM og transparens. Et ønske om å innføre større grad av likhet og kvalitet i behandlingen medfører nødvendigheten av å innføre mer konkrete retningslinjer for utøvelsen av medisinsk praksis.

Disse endringene kan skje gjennom at forskning; *"... gradvis innsnevrer rom og betingelser for skjønnet, og i stigende grad gjør den medisinske kunnskap om til nokså konkrete regler"* (Berg 1991:170). Berg bruker behandlingsprogrammer³¹ som eksempel, og formulerer det slik: *"ironisk nok er det medisinen selv som står i spissen for forsøket på å fjerne restene av 'mystikkens slør' fra legers praksis"* (ibid.: 170).

³¹ Standardisering av behandling for ulike typer diagnoser.

Medisinsk vitenskap kan forstås som å ha endret seg fra å være en vitenskap kun for de innvidde, til at man har ”åpnet opp” den kliniske praksis mer og mer, gjennom utbygging av sykehus og kollektive behandlingsformer (ibid.). Dette har skjedd i første rekke mot andre profesjoner og helsepersonell, og i dag videre mot pasientene i form av at kunnskap og informasjon i større grad enn før når ut til potensielle pasienter. Det har foregått en demokratisering i form av mer innsyn og innsikt utenfra, gjennom media og via informasjon som er enkelt tilgjengelig på internett. Faktorer som økonomi og effektivitet står sterkere i helsevesenet, for eksempel i saken som ble presentert innledningsvis med at leger nå er pålagt å skrive ut billige tiazid preparater for pasienter med høyt blodtrykk.

Man kan spørre om det skjer endringer i forhold til hvordan man produserer kunnskap om helsetjenesten, hva slags metoder som benyttes for produksjonen, hvor denne kunnskapsproduksjonen foregår og hvordan kunnskapen kommuniseres. Det er mulig å operere med et skille mellom kunnskap som vitenskapelige sannheter, og kunnskap som har praktisk nytte. Det kan se ut som om det skjer en utvikling mot et mer nytteorientert syn på utviklingen av kunnskap. Hva kan forklare dette? Styringstendenser som NPM og transparens legger tydelig vekt på nye elementer som økonomi, effektivitet og kvalitet.

En ide om Kunnskapssenteret som et sannhetsministerium vil tolke senteret som et organ basert på statlig autoritet, som definerer og leverer en vitenskapelig basert ”oversannhet”. Senteret vil forstås som et ledd i en statlig hierarkisk ordning, som leverer absolutte vilkår for utøvelsen av medisinsk praksis. Denne tolkningen vil basere seg på en forståelse av Kunnskapssenteret som en del av byråkratiet gjennom faglig integrering, og som i kraft av dette har makt til å komme med påbud, og i større grad dirigere medisinsk praksis. Senteret kan da oppleves som en trussel for den medisinske profesjonens autonomi, og som en utfordring til en klassisk forståelse av at medisinske eksperter sitter med den beste kunnskapen.

En ide om Kunnskapssenteret som en kunnskapsmegler kan bidra til å se Kunnskapssenteret i et mer pragmatisk perspektiv, der senterets rolle oppfattes som en systematisk megler blant flere kunnskapsalternativer. Senteret kan da tolkes som en av aktørene i en uoversiktlig virkelighet der det eksisterer en slags "konkurranse" mellom ulike resultater og kunnskap. Rollen blir da å navigere mellom ulike interesser, aktører og kunnskapsoppfatninger. Man kan forstå flere ting ved megler-begrepet, det kan dreie seg om en megler i et marked som er agent for selger eller kjøper, eller en megler som jobber for å skape enighet mellom ulike forståelser. Jeg vil basere dette begrepet på en forståelse av megler som er en nøytral og uavhengig aktør som søker å komme fram til en felles konsensus mellom flere alternativer. I dette tilfellet vil det dreie seg om å gjennomføre vekting og vurdering av resultatene på ulike medisinske forskningsresultater, for å komme fram til et best mulig kunnskapsgrunnlag for politikk og praksis.

Innen medisin har kunnskapsutviklingen vært en sentral og viktig del av legenes profesjonalisering, som har vært nært knyttet til legenes egenkontroll over utdanning og praksis. I dag ser man at nye former for kunnskapsutvikling vokser fram, og man kan spørre om nye kunnskapssyn gjør seg gjeldende og utfordrer profesjonenes rolle? Eller skjer det en endring til nye former for påvirkning fra (deler av) legeprofesjonen? Hva slags aktør det er man oppretter gjennom etableringen av en ny type institusjon som Kunnskapssenteret? Kan man se en overgang til en sentralisering av medisinsk kunnskapsproduksjon? Hva er i så fall drivkreftene og bakgrunnen for dette, og hva slags endringer medfører det?

Metode

I denne delen av kapittelet vil jeg gi en framstilling av oppgavens metodiske tilnærming.

2.8 Introduksjon

Dette kapittelet presenterer det metodiske grunnlaget for oppgaven. Denne studien tar utgangspunkt i det kvalitative paradigmet som metodisk tilnærming. Studien er lagt opp som en kvalitativ casestudie. Datagrunnlaget baserer seg på dokumentanalyse av ulike offentlige og interne dokumenter, i tillegg til åtte kvalitative intervjuer.

Jeg vil i det følgende presentere nærmere hvordan jeg valgte forskningsstrategi, og på hvilken måte den valgte strategien egner seg til å utforske oppgavens tema. Videre vil jeg gjennomgå og begrunne studiens datagrunnlag, og forklare hvordan datainnsamlingen foregikk.

Underveis diskuteres fordeler og ulemper knyttet til datagrunnlaget, i forhold til temaet og problemstillingene som jeg har lagt til grunn for studien. Jeg vil også beskrive hver datakilde nærmere, hvordan utvelgelsen gikk for seg, og hvordan dataene jeg har samlet inn har bidratt til å utforske problemstillingene.

2.9 Kvalitativ forskningsmetode

*"It is a nuisance, but God has chosen to give the easy problems to the physicists"*³²

Hovedinndelingen av forskningsparadigmer innen samfunnsvitenskapelig forskning, er kvalitative og kvantitative metoder. Forskjellen mellom disse er at en kvantitativ studie benytter undersøkelsesmetoder for å finne konkrete og målbare svar; variablene er få og enhetene mange. I kvalitative studier forsøker man å gå mer i dybden på en problemstilling; variablene er mange og enhetene få.

Kvalitativt orientert forskning fokuserer på tolkninger av innholdet i det innsamlede datamaterialet, og betydningen eller implikasjonene av dette (Silverman 2001, Thagaard 2002). Det er en intensiv tilnærming, der en ønsker å framheve prosesser og meningsinnhold for å oppnå en bredere totalforståelse (Grimen 2000). Gjennom å velge et kvalitativt opplegg har man i større grad mulighet for fleksibilitet i forskningsarbeidet. Dersom det er behov for det, kan teoritilfang og problemstilling endres underveis i arbeidet med studien (Creswell 1994, Thagaard 2002).

Bredden i kvalitative studier kan imidlertid også det som kan skape problemer knyttet til uoversiktighet og vanskeligheter med å generalisere ut av det innsamlede datamaterialet. Selv om kvalitativ metode er en komplisert forskningsmetode med mange fallgruver i henhold til forskningsdesign, datainnsamling og analyse (Fossåskaret 1997), eksisterer det likevel en sterk tradisjon for å bruke kvalitativ metode innenfor ulike disipliner av samfunnsvitenskapen (Andersen 1997, Grimen 2000, Thagaard 2002).

³² Lave and March 1975, sitert i Norman Blaikie (2000): *Designing Social Research*. UK: Polity.

Fokuset for studien står sentralt i valget av metodisk tilnærming (Creswell 1994, Silverman 2001). Formålet med studien er å beskrive og forstå utviklingen og endringer i forholdet mellom myndighet og kyndighet. Dette gjøres ved å ta et historisk utgangspunkt for å undersøke utviklingen av helsetjenesten ved å indikere hva slags endringer det er man ser i dette forholdet i dag. For å belyse temaet har jeg tatt utgangspunkt i etableringen av Kunnskapssenteret, ved først å se på bakgrunnen og begrunnelsen for senteret. Videre ser jeg på selve etableringen og diskusjonene som foregikk i forkant av og rundt sammenslåingen. Og til sist tar jeg for meg hva slags slutninger som kan trekkes ut av dette, i forhold til å se på nye kunnskapssyn som gjør seg gjeldende gjennom Kunnskapssenteret. Faktorer som dette kan vanskelig tallfestes eller måles ved hjelp av kvantitativ metode. I masteroppgaven har det derfor vært naturlig for meg å ta utgangspunkt i en kvalitativ metodetilnærming. I prosessen har jeg tatt utgangspunkt i det empiriske grunnlaget, og forsøkt å trekke ut mer generelle forestillinger gjennom bruk av teorier (Hellevik 1994, Larsen 1999). Jeg har i teoridelen av oppgaven valgt å løfte fram to begreper som jeg har hentet ut fra det empiriske materialet og teoretisere disse, nemlig sannhetsministerium og kunnskapsmegler. Dette har jeg gjort for å skape en tett sammenheng mellom empiri, metode og teori.

Creswell (1994) framhever at man ved valg av kvalitative studier må ta hensyn til flere faktorer, først om temaet er mulig å forske på. Gjennom problemstillingen jeg har valgt er temaet gjort fruktbart og interessant, siden det dreier seg om en prosess under utvikling, og de ulike aktørene sine roller. Videre må man vurdere hva som er hensiktsmessig i forhold til faktorer som tidsbruk, kostnader og datatilgang (ibid.). Siden en masteroppgave legger begrensninger knyttet til varigheten på studien, har det vært sentralt å avgrense og konkretisere prosjektet. Fokus er derfor rettet mot Kunnskapssenteret, hva det er og hva det representer. Studiens omfang og detaljrikdom bestemmes innenfor rammene på en masteroppgave.

2.10 Casestudie

Innenfor det kvalitative paradigmet kan man velge flere retninger, der jeg har valgt å benytte meg av en casestudie tilnærming (Yin 2003). Yins definisjon av en case studie er at man *”inngående studerer et nåværende fenomen i sin kontekst, der grensene mellom case og kontekst er uklare”* (min oversettelse av Yin 2003:13). Styrken til en case studie er at det er en intensiv måte å undersøke et avgrenset område på, noe som gir muligheter til å analysere i

dybden og til å studere ulike prosesser. En case studie har som formål å være analytisk i sin form (Yin 2003). Dette innebærer at man har et mer generelt siktemål enn bare å si noe om caset, og ønsker å oppnå kunnskap som peker ut over den enheten undersøkelsen fokuserer på (Thagaard 2002:187). Formålet er å fokusere på flere sider av ved prosessen, og vurdere elementene som avdekkes som en helhet.

Studien min omhandler en empirisk avgrenset enhet; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hovedtema er prosessene og etableringen av Kunnskapssenteret, på grunn av at jeg vil undersøke hvilke endringer og konsekvenser i forholdet mellom myndighet og kyndighet som kan identifiseres gjennom denne etableringen. Denne studien har derfor i stor grad en forklarende karakter (Yin 2003). Det er et felt i stadig utvikling, og Kunnskapssenteret har bare eksistert siden 2004. Jeg ønsker å forklare trekk ved denne utviklingen, gjennom å se på prosessene, og hvordan de beskrives av informanter og gjennom dokumenter.

2.11 Studiens datagrunnlag

Silverman (2001) presenterer fire metoder for datainnsamling innen kvalitativ forskning, som alle kan brukes for casestudier; observasjon, dokumentanalyse, intervjuer og audiovisuelt materiale (jfr. Creswell 1994, Grimen 2000, Thagaard 2002, Yin 2003). For å kunne belyse temaet for oppgaven og problemstillingene best mulig, valgte jeg å benytte meg av dokumentanalyse og intervjuer som datakilder. Jeg vurderte disse kildene som de mest effektive og informative.

2.11.1 Dokumentanalyse

Bruk av dokumentanalyse har lange tradisjoner innen kvalitativ forskning (Thagaard 2002). Dokumentanalyse vil si at man benytter seg av tekster som er skrevet for et annet formål enn det foreliggende forskningsprosjektet (ibid.).

Fordeler med å bruke dokumentanalyse som datagrunnlag er at tekstene er objektive og nøytrale, siden de ikke er konstruert med tanke på studien. Yin (2003) framhever likevel at forskeren kan påvirke funnene gjennom sin utvelgelse av dokumenter, og sin tolkning av innholdet. Det er derfor viktig å ta hensyn til konteksten dokumentene er utarbeidet i henhold til, og å begrunne utvalget godt. De fleste dokumenter er stabile og etterprøvbare, og kan

gjenfinnes, slik at andre forskere vil kunne finne tilbake til den samme informasjonen. Dette vil forsterke studiens validitet (ibid.). Faktorer som en må være oppmerksom på ved bruk av dokumentanalyse, er for eksempel tilgjengelighet til dokumentene, og at de ofte vil gjenspeile teori i stedet for praksis, eller målsetninger i stedet for realiteter (Creswell 1994, Brewerton & Millward 2001, Yin 2003).

De relevante dokumentene for denne studien er mange, og spenner over et stort spekter av dokumenttyper. Jeg har benyttet meg av ulike typer offentlige dokumenter (rapporter, utredninger med mer) fra helsemyndighetene, og andre offentlige institusjoner. Formålet med å bruke disse var å se på offentlige myndigheters problemformuleringer og løsningsforslag. På denne måten har jeg fått tak i både generell og spesiell informasjon. Generell informasjon omtaler utfordringer i helsevesenet og beskriver de siste årenes reformer. Spesiell informasjon dreier seg om bakgrunnen og begrunnelser for ulike valg knyttet til etableringsprosessen rundt Kunnskapssenteret. Offentlige dokumenter regnes å ha stor kildeverdi, og jeg har derfor brukt dem knyttet til faktaopplysninger i bakgrunnskapittelet og empirikapitlene (Yin 2003).

Interne dokumenter fra Kunnskapssenterets arkiv, særlig rapportene som omhandler etableringen, har også vært nyttige. Gjennom disse har jeg til en viss grad kunnet se hvordan runde to i prosessen rundt sammenslåingen foregikk, og rapportene har også dannet nyttig bakgrunnsstoff i forkant av intervjuene. Årsmeldinger fra de ulike organisasjonene har vært verdifullt materiale for å belyse utviklingen internt i de tre miljøene, og for å se på hva slags argumenter som fremmes om fremtidig utvikling og organisering fra ledelsen. Jeg har også benyttet meg av Kunnskapssenterets årsmelding og -rapporter, virksomhetsplaner og Strategiplan 2005-2007, for å se på organisasjonens egen framstilling av virksomhet og rolle.

I tillegg til dette har jeg gjort søk etter relevante dokumenter på internett. Dette har omfattet både offentlige myndigheter, Kunnskapssenteret, de opprinnelige forskningsinstitusjonene, andre fagmiljøer, Legeforeningens nettsider og deres tidsskrift, i tillegg til aktuelle nyhetsartikler om emnet. Dette har vært sentralt for å skaffe meg en oversikt over ulike aktører og tema, for å oppnå en bredere forståelse av det komplekse feltet oppgaven omhandler. Avisartikler har vært nyttig for å synliggjøre kontekst, i form av å vise hva som får oppmerksomhet i media, og som inspirasjon til å stille kritiske og relevante spørsmål. Dokumentanalysen har jeg brukt både til å finne bakgrunnsstoff, og for å kartlegge fakta rundt etableringen av Kunnskapssenteret. Det finnes et stort omfang av dokumenter tilgjengelig, og

det kan lett bli uoversiktlig. Jeg har derfor vært nødt til å være selektiv, og underveis vurdere og velge ut dokumenter i forhold til deres nytte og relevans for studien.

Det at det stort sett er snakk om offentlige dokumenter har lettet tilgangen, ettersom alle offentlige etater har egne nettsider der det meste er publisert, eventuelt kan man bestille publikasjoner elektronisk. ATM-prosjektet har også et eget internt arkiv som jeg har hatt tilgang til, dette arkivet inneholder det meste av relevante offentlige dokumenter fra de siste årene. Jeg fikk også tilgang til arkivet på Kunnskapssenteret, noe som i liten grad var av praktisk nytte. Dette på grunn av at flyttingen ved sammenslåingen av de tre organisasjonene tok tid, og senteret var ikke samlokalisert før våren 2005. Derfor var ikke arkivet særlig funksjonelt da jeg var der (juni 2005). Det var kun en begrenset mengde av dokumenter som var arkivert, svært mye stod fortsatt i kartonger.

Intervjuene har derfor vært av svært stor nytte i forhold til å fylle inn informasjon, ved å skape et bilde av den historisk utviklingen, så vel som til å få fram de enkelte informantenes synspunkter.

2.11.2 Intervjuer

Intervjuer er et viktig supplement til dokumentanalyse, fordi det er en fleksibel måte å samle inn informasjon på. Det er en metode som kan brukes i alle stadier av forskningsprosessen, og det er mulig å kombinere med andre datainnsamlingsmetoder (Brewerton & Millward 2001). Gjennom kvalitative intervjuer har man muligheten for å skaffe seg rike og utfyllende data, og målet er å få tak i hva informanten ønsker å formidle. Siden man ikke har faste svaralternativer, kan man søke etter genuine svar - hva er det informanten *egentlig* mener (ibid.). Det er en forutsetning for at intervjuet skal være av god kvalitet at intervjueren på forhånd har kjennskap til og kunnskap om temaet det er snakk om (Kvale 1996).

Forskeren spiller en viktig rolle i intervjusituasjonen, da det er en situasjon som er åpen for forskerens holdninger og forutinntatthet. Det er altså viktig å være bevisst og kritisk i sin tilnærming til intervjuer som metode. Siden kvalitativ metode er opptatt av å forstå og forklare prosesser, er forskeren et instrument for dette (Brewerton & Millward 2001). En må reflektere over sin egen rolle og egne verdier som vil stå sentralt for tolkningen av de data som samles inn (Creswell 1994).

I kvalitative studier baserer man seg på et strategisk utvalg av informanter; ”... *vi velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen*” (Thagaard 2002:53). Et kritisk argument kan rettes mot resultatene man får, på grunnlag av hvem man har snakket med, og hvor representativt utvalget av informanter er (Creswell 1994).

Jeg har i løpet av arbeidet med oppgaven foretatt åtte kvalitative intervjuer, som ble gjort i tidsrommet fra juni 2005 til januar 2006. Intervjuene ble gjort etter at jeg hadde lest meg opp på temaet, slik at jeg hadde de nødvendige forkunnskaper og oversikt over temaet. Det ble brukt minidisc spiller til å ta opp intervjuene, noe som lettet dataregistreringen veldig. Jeg kunne delta aktivt i intervjusamtalen og stille tilleggsspørsmål. Ingen av informantene var negative eller skeptiske til at jeg tapet intervjuene. Så raskt som mulig etter hvert intervju, ble opptakene transkribert i sin helhet. Jeg vurderte også etter hvert intervju hvordan intervjuguiden hadde fungert, og gjorde enkelte justeringer underveis (Creswell 1994, Thagaard 2002).

Min tilnærming til intervjuene har vært semi-strukturert (Brewerton & Millward 2001), det vil si at jeg jobbet ut fra noen hoved- og undertema, heller enn å formulere klare spørsmål på forhånd. Dette synes jeg fungerte veldig bra, siden jeg hovedsakelig var ute etter informantenes beskrivelser av en utvikling, og deres synspunkter på prosessene. Gjennom å introdusere bredere tema for informantene å snakke om, i stedet for spesifikke og konkrete spørsmål, la jeg i mindre grad føringer på informasjonen jeg fikk. På denne måten åpnet det opp for emner og informasjon som jeg ikke hadde kunnet forutse og formulert spørsmål til på forhånd. Fordelen med dette er at man inkorporer behovet for å ha noen klare føringer for intervjuet, med muligheten for å gå i dybden på enkelte felt, eller ved spørsmål som viser seg å være særlig interessante og aktuelle (ibid.). På dette viset får man utfyllende data, og man gir informantene en mulighet til å forklare sine svar, og gi ekstra informasjon der det er nødvendig. En ulempe er risikoen for at perifere emner tar opp for mye tid, eller at informanten overtar kontrollen over intervjusituasjonen.

Min erfaring med denne tilnærmingen til intervjuene var positiv. Jeg opplevde å få en fin flyt i intervjuene, og opplevde at de fleste informantene åpnet seg mer og mer gjennom samtalene. Ved hjelp av denne tilnærmingen fikk jeg også med svært mye informasjon om mange tema. En bakdel med dette var at jeg brukte mye tid på å sammenstille intervjumaterialet og se det i sammenheng.

Målet mitt før intervjurunden var å snakke med sentrale representanter fra de ulike organisasjonene som ble slått sammen gjennom Kunnskapssenteret, samt representanter for myndighetene og de medisinske fagmiljøene. Tilknytningen til ATM-prosjektet lettet trolig tilgangen til informantene. Jeg fikk raske og positive tilbakemeldinger på mine henvendelser, og opplevde å bli tatt på alvor av informantene. Intervjuobjektene jeg valgte har alle sentrale posisjoner og bred bakgrunn fra ulike områder. De hadde alle derfor svært god oversikt over tematikken for oppgaven.

Tre av informantene representerer Kunnskapssenteret i dagens form, og er også representanter for hver av de tre organisasjonene som ble slått sammen gjennom etableringen av senteret. En informant representerer myndighetene ved Helse- og omsorgsdepartementet. Den femte informanten representerer Den norske lægeforening. De tre siste informantene representerer legeprofesjonen og fagmiljøene på universitetene.

2.11.3 Den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen

Arbeidet med datainnsamlingen startet våren 2005, etter en del forberedelser som bestod i å lage prosjektbeskrivelse og å lese gjennom store mengder av dokumenter for å sette meg inn i materialet og problemstillingene. I mai samme år tok jeg første gang formelt kontakt med Kunnskapssenteret, og ba om intervjuavtaler med sentrale kilder der. Jeg fikk raskt og positivt svar, og gjennomførte det første intervjuet i juni 2005, med en representant for Kunnskapssenteret. Samtidig fikk jeg også tilgang til interne projektskisser som ble laget under etableringen, samt muligheten til å hente informasjon ut av det interne arkivet. I løpet av august gjorde jeg intervjuer med fire nye informanter. Dette var intervjuer med to nye representanter fra Kunnskapssenteret, en informant fra departementet og en informant fra Legeforeningen.

Informantene var alle involvert på ulike måter i prosessene i forkant av og ved etableringen. Gjennom historiene de fortalte, fikk jeg innblikk i ulike oppfatninger og synspunkter på prosessene som hadde foregått. Det var viktig for meg å også snakke med en representant for myndighetene for å utfylle informasjonen som fantes i offentlige dokumenter. Jeg valgte også å snakke med en representant fra Legeforeningen fordi de er en sentral aktør i kraft av å være den største interesseorganisasjonen for legeprofesjonen i Norge. Legeforeningen framstod

som en kritisk aktør under etableringen og har også senere vært skeptisk til og stilt spørsmål ved Kunnskapssenterets rolle.

I desember samme år supplerte jeg intervjumaterialet ved å snakke med tre informanter fra Institutt for allmennmedisin ved Universitet i Bergen. De tre er alle medisinere, og arbeider innen både praksis, forskning og undervisning. Formålet var å få fram deres versjon av utviklingen, og hva slags synspunkter som finnes om Kunnskapssenteret rundt omkring i fagmiljøene. Datamaterialet ble organisert etter tema, og vil bli presentert i kapitlene fem, seks og syv.

2.12 Vurdering av studiens datagrunnlag

Det er viktig å vurdere studien i forhold til validitet og reliabilitet – som kan oversettes med gyldighet og pålitelighet (Holter & Kalleberg 1996, Creswell 1994). Thagaard (2002) bruker begrepene troverdighet og bekreftbarhet. Jeg velger her å benytte meg av de førstnevnte begrepene (Creswell 1994, Yin 2003). Begrepene brukes som verktøy for å vurdere studiens gyldighet og pålitelighet.

2.12.1 Validitet - gyldighet

Validitet handler om gyldigheten på undersøkelsen, det vil si om de innsamlede data på en tilfredsstillende måte danner grunnlag for å belyse og undersøke de valgte problemstillingene. Validiteten måles både internt og eksternt (Yin 2003). Den interne validiteten går ut på om funnene er korrekte og gjenspeiler virkeligheten, mens ekstern validitet omhandler generalisering, det vil si i hvilken grad det kan tolkes noe generelt ut av funnene (ibid.). For å oppnå intern validitet har jeg brukt flere kilder som datagrunnlag; både dokumenter og intervjuer. Dette sikrer at funnene er mest mulig korrekte i forhold til virkeligheten (Creswell 1994). Jeg har i tillegg brukt flere ulike typer dokumenter, og intervjumaterialet er basert på samtaler med ulike informanter med ulike roller og ulik bakgrunn, for best mulig å få fram flere aspekter ved historien.

I stor grad er det offentlig tilgjengelige dokumenter som har dannet bakgrunn for faktainformasjon. Intervjuene ble tatt opp i sin helhet, og deretter transkribert i detalj, slik at intervjuteksten som er analysert, er gjengitt ord for ord både det jeg som intervjuer og det informanten har sagt.

Når det gjelder ekstern validitet, er det vanskelig å generalisere til andre situasjoner ut fra kvalitative case-studier (ibid.). Imidlertid har jeg lagt opp til å se de empiriske data i forhold til teorier, der teorien kan hjelpe til å oppsummere og forklare det empiriske materialet (Andersen 1997). I min oppgave er den historiske utviklingen, og teorier som beskriver denne, svært viktig, siden utviklingen føyer seg inn i en bredere forståelse av den helsepolitiske utviklingen, og forandringer i forholdet mellom myndighet og kyndighet.

2.12.2 Reliabilitet - pålitelighet

Reliabilitet betyr i hvilken grad studien er pålitelig, det vil si om det er mulig å gjenta studien og komme til omtrent samme resultater (Creswell 1994, Yin 2003). Reliabiliteten vil styrkes gjennom å vise klart hvordan man har gjennomført studien (Creswell 1994, Yin 2003). Dokumentene jeg har benyttet meg av, er hovedsakelig offentlige, og det er enkelt å få tilgang til dem. Vedlagt ligger en detaljert litteraturliste over alle dokumenter, offentlige, interne, avisartikler og annen informasjon som har vært en del av datagrunnlaget. Når det gjelder intervjuene, har jeg oppgitt informantenes rolle og tilhørighet, selv om identiteten er anonymisert. Jeg har også presentert den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen. Gjennom presentasjonen av historikk og teoretisk tilnærming viser jeg hvordan jeg i studien har kommet fram til resultatene, og funnene som presenteres i analysen.

2.12.3 Etiske hensyn

Etiske hensyn er sentrale i forbindelse med forskningsoppleggets datainnsamling, - registrering og rapportering, særlig dersom man benytter seg av intervju som metode for datainnsamling (Brewerton & Millward 2001, Thagaard 2002). I studien har jeg valgt å la informantene være anonyme, men jeg oppgir rolle, stilling og organisasjonstilhørighet. Dette fordi det er viktig for å sette enkelte uttalelser og synspunkter, og tolkninger av disse, i perspektiv. Informantene er også valgt ut fra sin stilling som representanter for sin organisasjon, og de ble alle intervjuet i kraft av sin posisjon. De har fortalt om sine synspunkter og opplevelser av prosessene ut fra sin rolle i og tilhørighet til de respektive organisasjonene.

Kapittel 3: Bakgrunn

3.1 Introduksjon

I dette kapittelet vil jeg presentere en del nødvendig bakgrunnsinformasjon for å sette oppgaven og temaet inn i en større sammenheng. Formålet er å beskrive hva slags kontekst det er Kunnskapssenteret etableres i. Dette vil jeg gjøre gjennom en todelt tilnærming. Først gjennomgås en presentasjon av den historiske utviklingen, for å klargjøre forholdet mellom myndighet og kyndighet på det helsepolitiske området. Jeg vil vise hvordan de teoretiske begrepene som ble introdusert i forrige kapittel kan gi mening til, og belyse utviklingen. Videre vil jeg peke på hvordan den historiske bakgrunnen kan bidra til å forstå forholdet mellom statlig styring og faglig uavhengighet, og danne grunnlaget for ulike tolkninger av Kunnskapssenteret som sannhetsministerium eller kunnskapsmegler. Deretter presenteres en oversikt over utviklingen av nye og moderne former for medisinsk kunnskapsutvikling, som representerer en viktig og sentral del av bakgrunnen for Kunnskapssenteret, og deres virksomhet. Jeg vil vise at disse kan knyttes opp mot de politiske styringstendensene vi kan se konturene av i helsereformene de siste årene.

3.2 Forholdet mellom kyndighet og myndighet

For å tydeliggjøre forholdet og spenningene mellom legeprofesjonen og staten, vil jeg i det følgende presentere et historisk blikk på utviklingen gjennom endringer og reformer av helsevesenet i Norge. Forholdet mellom faglig uavhengighet og politisk styring innen helseforvaltningen er spesielt innen offentlig administrasjon på grunn av at den medisinske profesjon har hatt en særlig sterk posisjon innen sektoren, og at det har foregått stadige reorganiseringer som har ført til konflikter mellom aktørene (Christensen 1994). Framstillingen har som siktemål å gi en generell oversikt over tendenser og trekk ved den historiske utviklingen i helsepolitikken. Oversikten tar derfor ikke sikte på å være fullstendig, men vil ta for seg hovedlinjene i forholdet mellom myndighet og kyndighet.

3.2.1 Før 1900 – kyndighet underordnes myndighet?

400 års jubileet for offentlige helsetjenester i Norge ble feiret i 2003. Dette på bakgrunn av at en dansk lege i Bergen i 1603 for første gang fikk offentlige midler for å utøve behandling og

forebyggende arbeid mot pest og smittsomme sykdommer (Moseng 2003). Historisk sett var fattigomsorgen det første tegn til velferdsstaten, ved at staten gikk inn med omfordelende virksomhet og midler (Berg 2006). Først i siste halvdel av 1700-tallet så man begynnelsen på framveksten av et offentlig helsevesen. Organiseringen av medisinaladministrasjon (regulering av medisinsk virksomhet) var inntil da preget av kollegiale løsninger, der medisinerne hadde stor kontroll over egen fagadministrasjon. Den siste i rekken av kollegiale ordninger var Det Kongelige Sundhetskolegium (Christensen 1994:39, Moseng 2003).

Etter hvert utviklet man en statlig helsepolitikk, og starten på den norske offentlige helseforvaltningen kan ses ved overgangen fra kollegiale organisasjonsløsninger for medisinaladministrasjon, til en sentralisering ved opprettelsen av et medisinalkontor i Politidepartementet i 1815, som senere ble flyttet til Kirkedepartementet i 1819 (Christensen 1994). Medisinalsakene hadde økt, og man antok at en videre økning ville finne sted (Maurseth 1979). Denne opprettelsen medførte da at sakkyndige fikk en mer svekket, og hovedsaklig rådgivende rolle i administrasjonen av medisinalsaker (Christensen 1994). Det tidligere sunnhetsvesenet ble integrert i en juridisk dominert forvaltning, der *"legene følte seg satt under ukyndig administrasjon"* (Berg 1991:154). For å kompensere for tapet av kollegial sakkyndighet påla man professorene fra medisinsk fakultet å *"gå departementet til hånd med opplysninger og erklæringer"* (Maurseth 1979:78). Medisinerne stilte tidlig, allerede i 1833, krav om mer autonomi i egen sentral fagadministrasjon; de ønsket en *"kollegial fagadministrasjon relativt uavhengig av departementet"* (Christensen 1994:39).

Fra 1870-tallet gikk utviklingen mot at Stortinget ønsket å skille fagadministrasjon ut av departementene, med det formål å svekke Regjeringens politiske styringskapasitet. Stortinget opprettet derfor et eget medisinaldirektorat i 1875, ledet av en medisinaldirektør. Direktøren skulle både ta selvstendige beslutninger samt fungere som en departemental ekspedisjonssjef. Videre laget man i 1891 et medisinalkontor i departementet, i tillegg til det frittstående direktoratet. Man hadde da et frittstående direktorat som var ledet av en medisiner som fagdirektør, og et medisinalkontor i departementet som var ledet av en jurist. Denne ordningen hadde fra starten av potensial for konflikt angående ansvarsfordeling (ibid.).

Helt fra opprettelsen av et offentlig helsevesen har det altså vært konflikter knyttet til styringen og organiseringen. Vi ser i denne perioden en utvikling der kyndighetsnivået dras inn under myndighetsnivået, gjennom at organiseringen av datidens helsevesen blir en del av staten. Det foregår en kontraksjon, gjennom at det politiske nivået begynner å involvere seg

sterkere i utviklingen av helsesektoren. Man kan se at den medisinske profesjonens rolle endres fra å være relativt selvstyrt og selvutviklende, til å få en rolle som ekspertrådgivere for myndighetenes politiske utforming. Medisinere stiller tidlig krav om mer autonomi, i form av mer direkte faglig styring av egen sektor. Det uttrykkes motstand mot opplevelsen av å være under ”ukyndig administrasjon” i form av hierarkisk styring fra myndighetene. En todeling av politisk styring og administrasjon gjøres på slutten av perioden, der medisinalkontoret i departement er bemannet av jurister, og medisinaldirektoratet av medisinere.

3.2.2 1900-tallet – kyndighetsnivået inntar myndighetsnivået?

1900-tallet er en lang epoke som ikke nødvendigvis er ensartet, men jeg vil her omtale de mest sentrale trekkene. Sykehuset vokste fram som behandlingsinstitusjon, antallet leger økte, og det skjedde en rivende utvikling innen behandlingsmetoder og spesialisering innen medisin. Dette førte til at helsevesenet økte i omfang, det samme gjorde de offentlige utgifter til helsesektoren. Velferdsstaten vokste frem i etterkrigstiden, og det skjedde store og viktige endringer i helseforvaltningen i denne perioden.

Frem mot 1940 ble medisinalkontoret, som var befolket av jurister, større enn medisinaldirektoratet, som hovedsakelig bestod av medisinere og farmasøyter. I denne perioden oppstod det stadig debatter rundt denne organisasjonsløsningen, på grunn av misnøye blant medisinere om ordningen med et medisinalkontor. De var kritiske til at juridiske premisser ’hadde overtaket’ på de medisinske, og ønsket derfor å få en sterkere medisinsk sakkyndighet koblet til sentrale vedtak for medisinalvesenet (Christensen 1994). I 1939 ble Karl Evang utnevnt til helsedirektør i Medisinaldirektoratet, etter at han hadde slått fast på Den norske lægeforenings landsmøte året før at ”... *medisinalforvaltningen måtte omorganiseres slik at faglige synspunkt bedre kunne nå frem til den politiske ledelse*” (ibid.:43). Etter en midlertidig ordning under krigsårene ble i 1945 Medisinaldirektoratet og Medisinalavdelingen slått sammen til et Helsedirektorat, under ledelse av direktør Karl Evang. I denne rollen spilte Evang en sentral rolle i utviklingen av det norske helsevesenet. Han fikk myndighet til å ta selvstendige avgjørelser og var ekspedisjonssjef med direkte tilgang til statsråden (ibid.), og hadde derfor grunnlag for å utøve et sterkt lederskap; ”*I praksis gjorde denne ordningen det mulig for Evang å fungere som en slags helseminister*” (Berg 1991:154). Den nye løsningen var drevet fram av medisinere som faggruppe, og de oppnådde med dette en meget sterk stilling i helseforvaltningen og i utviklingen av norsk

helsesektor. I tiårene fram til 1980-tallet vokste Helsedirektoratet kraftig i antall ansatte, med en sterk overvekt av medisinere. Karl Evangs sterke lederskap, og dominansen av medisinere i direktoratet, gjorde at ”... *sentrale verdier og normer i utviklingen av sektor og forvaltning ble assosiert hovedsaklig med utviklingen i profesjonen*” (Christensen 1994:47). Legitimiteten for kvalitet og trygghet for pasienter lå i fagkunnskapen til medisinerne, og økonomiske hensyn kom i annen rekke for faglige vurderinger.

I denne perioden ser vi at medisinskfaglig autoritet styrkes. Kyndighetsnivået flyttes tydelig inn på myndighetsnivået, og fungerer som en dominerende kraft. Denne perioden kan forstås som en detraksjonsprosess, der politikk viker plassen for faglige vurderinger. Gjennom denne epoken utvikles og styrkes den medisinske profesjon. Ved å ha høy grad av autonomi både i forhold til utviklingen av eget fagområde og i den helsepolitiske utviklingen, vokste den interne hierarkiseringen tydelig frem. Dette manifesterte seg i medisinsk praksis gjennom overlegeregimet; en struktur der ulike eksperter og spesialister var toneangivende kunnskapsautoriteter innen sine felt.

På 1970-tallet startet en erkjennelse av at direktoratets organisering og struktur ikke var oppdatert i forhold til de ytre endringene i sektoren, og det ble stilt spørsmål ved direktoratets styringsmuligheter (Christensen 1994). På begynnelsen av 1980-tallet skjedde det også en tydelig overgang til et sterkere fokus på kontroll av utgifter og utjevning av helsetilbudet (Erichsen 1996). Helsemyndighetene hadde primært to problemer; stadig økende utgifter og lange ventelister for spesialistbehandling. Som Ole Berg formulerer det; ”*Da køene kom, kom også politikken*” (2006:66). Løsningen ble blant annet en desentralisering. I 1982 ble ansvaret for primærhelsetjenestene overført fra staten til kommunene. Senere fulgte også omsorg for psykisk utviklingshemmede, eldre og psykisk helsevern etter. For å forsøke å utøve mer kostnadskontroll i sykehusinstitusjoner, tok man i bruk nye finansieringsordninger som rammefinansiering. Man forsøkte også å effektivisere sykehusene for å få bukt med de lange ventelistene. På samme tid ble den sentrale helseforvaltningen reorganisert ved at man skilte juridisk og medisinsk ekspertise, da man i 1983 opphevet helsedirektørens dobbeltrolle. Erichsen uttrykker det slik; ”*Vi kan si at dette på et vis markerte slutten på den epoken da det medisinske ekspertstyret stod i sentrum i den norske helsepolitikken*” (1996:95).

På nytt kan vi se at forholdet mellom myndighet og kyndighet endres, denne gang ved at det skjer en dreining mot kontraksjonsprosesser. Politisk inngripen i helsevesenet ses som nødvendig for å løse problemer knyttet til helsetjenestenes tilbud og ressurser. Dette kan ses

som starten på en periode der staten griper tydeligere inn i helsevesenets organisering og virksomhet, en tendens som bare blir tydeligere de neste tiårene.

Ved å omorganisere direktorat og departement, hadde man skilt faglige og politiske aspekter i helsetjenesten. Regjeringens vedtak om omorganisering var begrunnet i ønsket om en sterkere politisk styring av helseforvaltning og helsesektor (Christensen 1994). I praksis ønsket man på denne måten å etablere et klarere skille mellom helsepolitiske spørsmål, som nå ble tatt hånd om av helseavdelingen i departementet. De spørsmål som krevde medisinsk teknisk kompetanse, ble håndtert av Helsedirektoratet. Det var konflikter rundt dette, og Christensen oppsummerer forholdet mellom Helseavdelingen og Helsedirektoratet som en ” ... *konkurrans- og dragkampsituasjon*” (1994:115). I 1990 ble det derfor på nytt initiert en gjennomgang av den sentrale helseforvaltningen. To år senere vedtok man å legge ned Helsedirektoratet og erstatte det med Statens Helsetilsyn, som ble en organisasjon svært lik det daværende direktoratet. Legeprofesjonen ble da igjen redusert fra å være sentrale aktører i beslutningsprosessene til å bli rådgivere; ”*Restruktureringen av ekspertisen innenfor helsepolitikken innebærer at forholdet mellom staten og legeprofesjonen også er i endring*” (Erichsen 1996:98).

I løpet av 1990-tallet ble fokus rettet mot hvordan man skulle gripe fatt i de forskjellige utfordringene man identifiserte i helsevesenet. Det ble opprettet flere offentlige utvalg og komiteer, som leverte ulike utredninger og rapporter som kom med forslag til løsninger. Det ble fremmet argumenter om demokrati og effektivitet, man ønsket et sterkere offentlig engasjement, større markedsstyring og en styrking av pasienters valgfrihet. Demokratiargumentet baserte seg på hensyn til pasientinnflytelse, valgfrihet og kvalitet. Effektivitetsargumentet la vekt på nødvendigheten av å spare på knappe ressurser (Erichsen 1996:95).

3.2.3 2000 til i dag – nye kombinasjoner av kyndighet og myndighet?

Da Tore Tønne ble helseminister i 2000, stilte han spørsmålet; ”*hva er det vi må gjøre med sykehusene?*”. Parallelt med å introdusere planene om en overgang til statlig eierskap av sykehusene, satte man derfor samtidig i gang et initiativ for å reorganisere den sentrale helseforvaltningen. Reorganiseringen var basert på en sterk politisk vilje og behov for å gjøre endringer i de eksisterende strukturene. På den tiden framstod helsetjenestens forvaltning som oppstykket og komplisert, man hadde mange mindre underliggende enheter, og forvaltningen

fungerte derfor lite helhetlig. Dette ledet frem til at et forslag om reorganisering som ble lagt fram for Stortinget i 2001. Forslaget ble vedtatt, og ordningen representerte på ny en klarere todeling av oppgaver til et politisk nivå og til et administrativt nivå, med et Helse- og Sosialdepartement og et Sosial- helsedirektorat. Sosial- og helsedirektoratet ble gjenopprettet, og Helsetilsynet ble bevart som et eget tilsynsorgan.

1. januar 2002 ble foretaksreformen innført i Norge, etter en kort forslags- og utredningsperiode sommeren 2001 (Herfindal 2004). Staten overtok fra denne datoen eierskapet av de tidligere fylkeskommunale sykehusene, dette ble begrunnet i at staten burde ha det overordnede, og ikke bare det finansielle ansvaret for sykehustjenester (Ot.prp. nr 66, 2000-2001). Overtakelsen var et resultat av bred politisk enighet om at noe måtte gjøres med fylkeskommunenes fortsatt manglende kontroll med de økonomiske forholdene, og de stadig voksende pasienttallene parallelt med økende ventelister. Omorganiseringen ble gjort i form av oppretting av fem regionale helseforetak, som under seg organiserer de lokale sykehusene. Både de regionale og de lokale helseforetakene er benevnt som autonome foretak, ledet av et styre som fungerer som en slags generalforsamling. Styrets autonomi er begrenset av statlig finansiering, statens styringsdokumenter og øvrige overordnede nasjonale helsepolitiske målsetninger. Den statlige finansieringen består av rammefinansiering og stykkprisfinansiering. Gjennom Helseforetaksloven er formålet å gi foretakene større frihet til å bestemme hvordan oppdraget om å ”*sørge for*” helsetjenester skal løses, mens omfanget og innholdet i oppdraget fastsettes av politiske myndigheter (Ot.prp. nr. 66 2000-2001). Samtidig har man endret på de interne relasjonene i sykehusene, gjennom innføringen av enhetlig ledelse i 2001. Gjennom å skape tydeligere ansvarslinjer ønsket man å bidra til mer effektivitet og bedre måloppnåelse i spesialisthelsetjenesten.

Denne reformen føyer seg inn i en lang rekke endringer som har skjedd det siste tiåret. Det har skjedd viktige reformer basert på brukerinnflytelse, for eksempel fastlegeordningen og fritt sykehusvalg. Helsepolitikken de siste årene har i stor grad fokusert på ideen om *Pasienten først!* (NOU 1997:2). Dette kom til uttrykk i lovs form gjennom Pasientrettighetsloven, Psykisk helsevernloven og Spesialisthelsetjenesteloven, som alle trådte i kraft 1. januar 2001, og fastsatte økte rettigheter for pasienter. I tillegg til eksplisitt å fokusere på pasienters rett til behandling, og rett til informasjon og innsyn i journaler, innførte man retten til fritt å velge sykehus. Et av formålene var å sikre økt grad av medbestemmelse for

pasienten og likhet for alle pasienter over hele landet. Den økte fokuseringen på pasienters retter, kan sies å ha bunn i demokratiske idealer om likhet og rettferdighet (Lian 2003, Østergren 2004, Jørgensen 2005).

I denne perioden ser vi at nye styringstendenser gjør seg gjeldende i utviklingen av helsesektoren. Økt grad av demokratisering i form av pasientrettigheter og nye organisasjonsløsninger i tråd med NPM skaper nye betingelser for den medisinske yrkesutøvelse.

3.3 Oppsummering – forholdet mellom kyndighet og myndighet

Legeprofesjonen og medisinsk yrkesutøvelse anses historisk i stor grad å ha hatt en høy grad av autonomi og selvstyrt utvikling. Fagfolk har i varierende grad vært representert i statsforvaltningen som ekspertise. Gjennom årenes løp kan vi se at myndighetene har gått inn og i vekselvis større og mindre grad regulert det medisinske området.

Jeg vil her gi en oppsummering av den historiske utviklingen, og ulike måter å se på forholdet mellom myndighet og kyndighet. Framstillingen er basert på det teoretiske grunnlaget som ble presentert i kapittel to.

I perioden før 1900 kan man se en utvikling der legene profesjonaliseres og finner sin rolle, og i stor grad utøver egenkontroll over sin yrkesvirksomhet. Etter hvert som administrasjonen av et offentlig helsevesen etableres, og helsevesenet blir en del av den statlige organiseringen, styrker myndighetene sin styring av feltet. Dette skjer gjennom prosesser som kan karakteriseres som kontraksjon. Den politiske styringen av området er tydelig, og faglige vurderinger utgjør bare en del av beslutningsgrunnlaget.

I etterkrigstiden kan man se tydelige trekk til en periode med detraksjon, ved at faglige vurderinger kommer sterkere til syne, og er avgjørende i helsesektoren. Dette kan sies å ha vært en forutsetning for ”overlegeregimet” og Evang-perioden der medisinske eksperter spilte en sentral rolle i utviklingen av helsevesenet. Erichsen sier at ”... *medisinske eksperter synes å ha hatt en spesielt fremtredende rolle historisk*”, gjennom det som kan kalles profesjonsstaten (Erichsen 1996:81).

Perioden fra 1980-tallet og utover kan karakteriseres som en periode med kontraksjon. Det skjedde i denne perioden mange endringer, og man ser en overgang til at helseområdet i større grad blir politisert, og at forholdet mellom profesjoner og staten er i endring (Christensen 1994, Erichsen 1996). Blant annet kan man se en overgang fra administrasjon til ledelse

(Byrkjeflot 1997). Dette kan ses som en overgang til økt politisk styring av helsesektoren, i form av en ide om helsestaten.

3.3.1 Profesjonsstaten - detraksjon

Legene har historisk vært en selvregulerende yrkesgruppe preget av profesjonell autonomi. Videre har den medisinske autoriteten vært nært knyttet til utviklingen av det norske helsevesenet, gjennom det som kan karakteriseres som et ekspertstyrt system. En forståelse av det norske medisinske systemet, er et der legen har vært integrert i staten, gjennom det Erichsen (1996) kaller profesjonsstaten; ”... en struktur hvor legeprofesjonen, eller visse segmenter av den, utøver betydelig innflytelse på helsepolitikken gjennom institusjonell integrasjon i de offentlige styringssystemene på alle nivå” (ibid.:93). Dette er et syn som innebærer at legeprofesjonen har spilt en avgjørende rolle i utviklingen av norsk helsepolitikk, og vært sentrale aktører både i formingen av den medisinske kunnskapsutviklingen og i sykehusstyringen. Særlig tydelig var dette i Evang-perioden etter andre verdenskrig, da man så tendenser til at ”helsepolitikken ble utformet av eksperter på en måte som isolerte politikkområdet fra andre av velferdsstatens områder” (ibid.:93). Vi kan si at kyndighetsautoritet gjorde seg sterkt gjeldende på myndighetsfeltet, og de to formene for autoritet agerte sammen og forsterket hverandre.

Denne nære sammenbindingen utviklet seg fra slutten av 1800-tallet, og varte frem til 1980-tallet. Gjennom endringer i form av reformer og reorganisering i helsesektoren de to neste tiårene, skjedde en utvikling mange ser som en svekkelse, eller en endring av legenes sentrale og dominerende rolle (Erichsen 1996). Det som har endret seg er blant annet at andre profesjoner har kommet på banen, og at pasienter har fått en tydeligere rolle (ibid., Nerheim 2005). Staten har grepet inn med nye og tydeligere former for regulering av økonomiske og kunnskapsmessige betingelser. Det kan synes som det skjer en endring mot det man kan kalle for helsestaten.

3.3.2 Helsestaten - kontraksjon

Ideen om helsestaten er en måte å forstå den type styringsordning man ser i helsevesenet i dag (Byrkjeflot 2005). Endringer i makten til legeprofesjonen antas å føre til en oppløsning av ”profesjonsstaten”, gjennom sterkere statlig styring og nye roller for legeprofesjonen. Ideen

om helsestaten kan kobles med en utvikling mot mer transparens, dette innebærer at flere individer og aktører trekkes inn i styringen av helsevesenet. Denne utviklingen kan tolkes sammenfallende med begrepet kontraksjon. Man ser en økt grad av politisering, i form av det man kan tolke som en ny styringsvilje som gjennomsyrrer helsetjenesten. Det kan stilles spørsmål ved om dette representerer en svekkelse av legeprofesjonens sterke rolle og autonomi. På den andre siden kan man hevde at det i stedet er et maktfelt som endrer karakter, og at det fins mange arenaer. Dette vil innebære at legene mange steder vil få en styrket posisjon, som profesjonelle ledere, og som deltagere i utviklingen av nye former for kunnskapsutvikling (Byrkjeflot 2005).

Man kan se en historisk utvikling som dreier rundt hierarkisk styring i form av legalrasjonell autoritet, eller styring i form av byråkrati og administrasjon. Mot en utvikling der faglig autoritet i form av nye former for kunnskapsutvikling, spiller en sterkere rolle, kombinert med eller forsterket gjennom statlig tilknytning. I dagens situasjon kan det stilles spørsmål ved om det skjer en utvikling mot et system mer preget av NPM og transparens gjennom verdier om demokrati og åpenhet, i form av at pasienten som aktør antas å få en tydeligere rolle, og at legenes autonomi samtidig svekkes. Det kan se ut som det skjer en overgang fra at legitimiteten for beslutninger ligger i den faglige kyndigheten, til at legitimiteten i dag finnes i kontrollen og styringen av den faglige kyndigheten?

Det skjer en overgang til at myndighetene styrer mer ovenfra, enn aktørene på det gitte feltet (Johannessen 2004). Innføringen av mer regler og retningslinjer på flere områder innebærer en mer aktiv stat. Dette innebærer at *"Det medisinskfaglige hegemoniet i helsesektoren blir utfordret av reformene i helsesektoren"* (Ramsdal og Skorstad 2004:92). Statlig styring av helsevesenet foregår likevel på medisinenes egne premisser og logikk, men i form av en mindre grad av selvregulering, og en økende grad av statlig regulering og kontroll. Før var legen den ubestridte premissleverandøren i helsesektoren, nå ser man en utvikling mot politisering ved at andre aktører som samfunnsvitere og helseøkonomer påvirker utviklingen, og utfordrer det medisinske hegemoniet. I tillegg er andre helseprofesjoner også mer på banen i forhold til kunnskapsutvikling av eget felt og dermed et ønske om innflytelse og makt (Johansen 2005).

For eksempel kan det se ut som staten står sterkere enn noensinne etter sykehusreformen, på grunn av at det ved hjelp av nye styringsinstrumenter er mulig for staten å kontrollere mer enn før, til tross for at for eksempel helseforetakene angivelig har fått mer autonomi. Eksempler

på styringsinstrumenter er kvalitetsevalueringer, evidensbasert medisin og nye finansieringsordninger (Byrkjeflot 2005).

En viktig del av endringene som kan oppfattes som en utfordring for legeprofesjonens sterke stilling, er nye måter å arbeide med medisinsk kunnskap. Kunnskapssenterets virksomhet omfatter ulike former for systematiseringer og oppsummeringer av medisinsk kunnskap. Det er utviklet internasjonale begreper og anerkjente metoder å håndtere kunnskapsarbeidet på, og jeg vil her presentere de mest sentrale. Denne bakgrunnen vil gi en overgang til neste kapittel, som forteller hva slags organisasjoner som dannet bakgrunnen for Kunnskapssenteret, og deres organisering, arbeidsmetoder og -oppgaver.

3.4 Medisinsk kunnskap

3.4.1 "Kunnskapsproblemet"

"Varje år publiceras ett par miljoner vetenskapliga artiklar i biomedicinska tidskrifter världen över³³".

Hver dag publiseres altså tusenvis av forskningsartikler innen medisinsk forskning, omfanget kan karakteriseres som en informasjonsflom (Bjørndal, Flottorp & Klovning 2000). De senere år har man derfor identifisert et internasjonalt behov for å systematisere, sortere og analysere det store informasjonstilfanget som produseres, før forskningen kan nyttiggjøres i politikk og praksis. Dette anses nødvendig for at kunnskapen skal kunne bidra til effektiv forebygging og behandling. Det er en internasjonal trend mot at man ønsker å skape mer likhet i medisinske vurderinger og praksis, noe som har blitt tydeliggjort gjennom opprettelsen av nye organisasjoner som arbeider med oppsummeringer og systematiseringer av medisinsk kunnskap. Formålet er å i størst mulig grad koble forskningsbasert kunnskap med praksis, og bruker gjerne begrepet kunnskapsbasert praksis om dette (Sykehusreformen – noen eierperspektiv).

Det er vanskelig for den individuelle beslutningstaker å skaffe seg oversikt over mangfoldet av forskningsaktivitet, i tillegg til å kunne overveie de ulike konklusjonene og resultatenes pålitelighet. Dette indikerer at det er en utfordring for den enkelte lege å holde seg oppdatert, selv på et avgrenset fagområde. Det samme gjelder for helsemyndighetene som skal ta

³³ <http://www.sbu.se/www/index.asp>

beslutninger som berører praksis på ulike måter. Det dannes et behov for oppsummering og videreformidling av medisinsk kunnskap. Dette har ført til utviklingen av ulike metoder og teknikker som oppsummerer og vurderer medisinsk forskning ved hjelp av kritisk granskning. Dette danner grunnlag for å forbedre medisinsk praksis, så vel som å danne grunnlag for politiske beslutninger. Det har blitt initiert ulike tilnærminger til løsninger på disse problemene.

Å basere tjenestene på et best mulig kunnskapsgrunnlag synes viktig fordi det i dag stilles økende krav og forventninger til helsevesenet. Man opplever et nytt og endret sykdomsbilde gjennom nye sykdomsmønstre og plager knyttet til samfunnsendringer, noe som fører til en stadig økende pasientstrøm. Utviklingen innen medisinsk teknologi gir nye alternativer for behandling. Dette skaper høyere krav fra befolkningen i forhold til hva som kan og bør behandles, og enkeltsaker der en oppfatter seg som for dårlig behandlet, får ofte store oppslag i media (Lian 2003). Lian (2003) snakker om *”helsegapet”* – dvs. den stadig økende forskjellen mellom hvilke behandlingsalternativer ny medisinsk teknologi og kunnskap muliggjør, og hva som anses politisk, økonomisk og etisk mulig å tilby (s. 34). Lian beskriver dette som en av de største internasjonale utfordringene for helsevesenet;

”Pasientorganisasjoner, helseprofesjoner, politikere og forskere konkurrerer om å få oppslutning om sine synspunkter” (ibid. 2003: 35). Historisk sett har Legeforeningen i Norge spilt en sentral rolle, og opptrer i dag som en sterk pressgruppe overfor staten i helsepolitiske spørsmål. I de senere år har også en annen aktør, nemlig legemiddelindustrien gjort seg gjeldende. Gjennom direkte kontakt med leger, og gjennom å gi store ressurser til forskning, spiller legemiddelindustrien en viktig rolle. Ved framveksten av nye former for kunnskapsutvikling, erkjennes et behov for å framskaffe oversikter over forskningsbasert kunnskap som er uavhengig av både myndigheter, legeprofesjonen og industrien.

Jeg vil her presentere en kort oversikt over sentrale trekk ved den internasjonale kunnskapsutviklingen de siste tiårene. Det er utviklet både nasjonale og internasjonale registre med oversikter over forskningsbaserte behandlingsmetoder og resultater satt i system. Dette skaper nye oppfatninger av hva som er ”god” og ”rett” kunnskap og behandling (Lundbäck 2002, Johannessen 2004). Denne kunnskapsutviklingen danner et viktig grunnlag som bakgrunn for etableringen av Kunnskapssenteret, og som bakgrunn for å hevde at nye kunnskapssyn gjør seg gjeldende, og utfordrer eksisterende maktstrukturer innenfor legenes hegemoni.

3.4.2 Helseteknologivurderinger

Etter reformene i helseforvaltningen og helsevesenet på begynnelsen av 1980-tallet, så vi at vilkårene og rollen til den medisinske ekspertisen endret seg. Fra å være sentrale aktører i utviklingen av helsevesenet, ble ekspertenes råd endret til anbefalinger, som politiske myndigheter kan velge om de vil følge eller ikke (Erichsen 1996). Det har siden den gang vokst frem ulike arenaer og fora for kunnskapsutvikling, med formål å styrke faglige vurderingers gjennomslagskraft i styringen av helsetjenestene.

I 1986 arrangerte Norges Forskningsråd for første gang medisinske konsensuskonferanser i Norge. Formålet med konferansene var å tilstrebe konsensus blant eksperter for å danne grunnlag for råd til politikere, eller for å gi forslag til retningslinjer for medisinsk praksis³⁴. Mange uavhengige fagmiljøer har også deltatt i utviklingen av faglige retningslinjer for helsetjenesten. Dette har vært en viktig arena der medisinsk kunnskap har blitt formidlet til myndighetene. Statens helsetilsyn har blant annet arrangert konferanser for fagmiljøer for å sette søkelyset på metoder og prosesser ved utvikling av faglige retningslinjer.

Fra 1980-tallet og utover har de fleste lands myndigheter etablert organer som jobber med å skaffe oversikt over kunnskap til bruk for sentrale myndigheters beslutninger om prioriteringer i helsevesenet. Første tegn til denne type institusjoner kan trekkes tilbake til USA i 1972, ved etableringen av Office of Technology Assessment (OTA)³⁵. Organisasjonen ble opprettet som en uavhengig institusjon, basert på et ønske om å kunne vurdere ny teknologi før man investerte ressurser i den, og før den ble implementert i samfunnet. Organisasjonen fikk også sin egen helsedel som omfattet teknologivurderinger av medisinske nyvinninger på helseområdet; Office of Health Technology Assessment (OHTA) (Kronikk i Tidsskriftet nr. 9/2003).

Health Technology Assessments (HTA), på norsk helseteknologivurderinger eller medisinske metodevurderinger blir definert som følger:

“Health technology assessment (HTA) seeks to inform health policy makers by using the best scientific evidence on the medical, social, economic and ethical implications of investments in health care. Technology is broadly defined to include the drugs,

³⁴ <http://forskningsradet.ravn.no/bibliotek/forskning/199508/1995081803.html>

³⁵ <http://www.access.gpo.gov/ota/>

devices, medical and surgical procedures used in health care, as well as measures for prevention and rehabilitation of disease, and the organisational and support systems in which health care is provided” (http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp).

En helseteknologivurdering inkluderer dermed en forskningsbasert vurdering av ulike tiltak, som kan være alt fra ny teknologi, medisiner, nye teknikker med mer. Vurderingen av tiltakene tar for seg flere elementer; medisinske, sosiale, økonomiske og etiske implikasjoner. Medisinske metodevurderinger skal danne grunnlag for praksis i helseomsorgen, og man kombinerer derfor kliniske og organisatoriske aspekter. Formålet er å fremme trygghet, forbedre kvalitet og redusere kostnader.

Både OTA og OTHA ble etter hvert nedlagt. OTA i 1995, og OHTA ble lagt ned på 1980-tallet under Reagan-administrasjonen (1981-1989)³⁶. Senteret representerte imidlertid starten på en bevegelse som for alvor skjøt fart tidlig på 1990-tallet, og fikk mange internasjonale akser. Etter hvert fantes det medisinske metodevurderingsmiljøer i de fleste vestlige land. Sverige var tidlig ute, og etablerte Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i 1987, først som en del av Regjeringskanselliet, og fra 1992 som en frittstående organisasjon (<http://www.sbu.se>). Lignende sentre ble også etablert tidlig i Canada, Frankrike og Storbritannia. Norge fikk sin egen gren av dette i 1998, gjennom Senter for medisinsk metodevurdering (SMM). Medisinske metodevurderinger baserer seg på at myndighetene har et ønske om og behov for ny kunnskap (Kronikk i Tidsskriftet nr. 9/2003).

Internasjonal utvikling

De ulike metodevurderingsmiljøene i de forskjellige landene er uavhengige av hverandre, men er organisert gjennom et internasjonalt nettverk: International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). Dette er et internasjonalt nettverk etablert for kontorer som arbeider med medisinske metodevurderinger. INAHTA ble opprettet i 1993, og har i dag 45 medlemsorganisasjoner fra 23 ulike land. Nettverket har sitt sekretariat på SBU i Sverige. Bakgrunnen for etableringen av INAHTA var at det var mange organisasjoner verden over som arbeider med helseteknologivurderinger, man så derfor et behov for samarbeid og deling av informasjon³⁷.

Også internasjonale organisasjoner som EU, WHO og OECD har grepet fatt i kunnskapsutviklingen, og etterlyser tilstrekkelig gode kunnskapsgrunnlag for

³⁶ <http://www.access.gpo.gov/ota/>

³⁷ http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp

beslutningstagere innen politikk og forvaltning. Formålet er å koordinere og samarbeide for å oppnå best mulig sammenheng mellom nasjonal helsepolitikk og innovasjoner.

EU har igangsatt et prosjekt som tar sikte på å koordinere alle de europeiske HTA-miljøene, gjennom et felles program som Kunnskapssenteret deltar i

(<http://www.kunnskapssenteret.no>).

Verdens helseorganisasjon (WHO) driver HEN-samarbeidet (Health Evidence Network), en organisasjon som bidrar med informasjon til myndigheter i de ulike land: "*HEN – Evidence for decision makers*" (<http://www.euro.who.int/HEN>).

OECD gjennomførte i perioden 2001-2004 et helseprosjekt som så på sentrale utfordringer i medlemslandenes helsesystemer. De gjorde komparative studier som belyste de ulike områdene, der formålet har vært å sammenligne styrker og svakheter i ulike OECD-land sine helsesystemer. De mest sentrale helsepolitiske utfordringene ble definert som følger; økende krav knyttet til en aldrende befolkning, problemer med å nyttiggjøre seg av ny medisinsk teknologisk utvikling, effektivitetsproblemer, samt ulikheter i helsetilbudet. OECD framhever at nye policytilnærminger er nødvendige for å øke effektiviteten, skape resultater og likhet innen medisinsk behandling, og for å oppnå kontroll over offentlige finanser (<http://www.oecd.org>).

3.4.3 Evidensbasert medisin

*"Evidence is simply better than opinion"*³⁸.

Fra tidlig på 1990-tallet ser man framveksten av metoden og begrepet evidensbasert medisin (EBM). På norsk brukes også begrepene kunnskapsbasert medisin og kunnskapsbasert praksis. Siden 1990-tallet har utbredelsen av EBM hatt en eksplosiv vekst i form av tidsskrifter, artikler med mer (Sackett et. al. 2000, Lundbäck 2002). Evidensbasert medisin går ut på at i stedet for å basere medisinske avgjørelser hovedsakelig på individuelle ekspertuttalelser, skal beslutninger om diagnoser, prognoser og behandling ha et vitenskapelig grunnlag. Formålet er å integrere forskningsbasert kunnskap med klinisk ekspertise og individuell tilpasning til pasienten (Sackett m.fl. 2000);

³⁸ Egon Jonsson, Team Leader i Health Evidence Network (WHO) i foredrag ved åpningen av Kunnskapssenteret.

“Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research”³⁹

Systemet er bygget på et kunnskapshierarki der vitenskapelige resultater tillegges ulik vekt. Høyest scorerer randomiserte kontrollstudier (RCTs), der sammenhengen mellom en spesifikk behandling og dens resultater kontrolleres under strenge forhold. Denne type kvantitative studier plasseres øverst i det evidensbaserte kunnskapshierarkiet og omtales som ”gullstandarden” (Lundbäck 2004). Mellomnivået er ulike former for kliniske og sammenlignende studier. Mens det laveste nivået omfatter ekspertkunnskap, som bygger på rapporter eller uttalelser fra ekspertkomiteer og andre autoriteter (ibid.).

Forskjellen mellom helseteknologivurderinger og evidensbasert medisin er at førstnevnte tar et bredere utgangspunkt, ved å se på både faglige, organisatoriske og økonomiske implikasjoner, for helsetjenesten som helhet. Anbefalingene er egnet som et grunnlag for helsepolitiske beslutninger og prioriteringer. Evidensbasert medisin er derimot en framgangsmåte som tar sikte på å påvirke den enkelte klinikers praksis. Tanken er at man ved å tilnærme seg klinisk medisin i form av evidenskriterier, vil skape mer likhet og kvalitet i behandlingen. Det har fra starten blitt utviklet ulike typer databaser for å samle opp og spre denne type oppsummeringer av kunnskap. To av de største databasene er Cochrane Collaboration og Campbell Collaboration. Disse ble opprettet på 1990-tallet og er internasjonale faglige databaser beregnet på praktikere, der man publiserer ulike studier og utredninger. Etter hvert ble ulike steder som jobbet med denne arbeidsformen etablert i Norge, blant annet Avdeling for helsetjenesteforskning på Statens institutt for folkehelse.

EBM er også en omdiskutert tilnærming, og det har blitt rettet kritikk mot tilnærmingen fra flere hold. Mange er kritiske pga. det oppfattes som en trussel mot den kliniske friheten og det medisinske skjønn (Sackett et. al. 2000). Imidlertid er evidensbasert medisin en tilnærming til medisin som vokste fram blant legene selv, primært innen allmenntilleggsmedisin (ibid.). Fokuset på evidensbasert medisin kan oppfattes som et paradigmeskifte innen medisin, fordi utviklingen baserer seg på forskningsbasert kunnskap. Ved å legge til rette for økt standardisering, reduseres det medisinske skjønn. Den nye tilnærmingen representerer derfor et nytt syn på

³⁹ Jfr. også: http://www.cebm.net/ebm_is_isnt.asp

kunnskap, som kan oppfattes som en trussel mot medisinsk autonomi og profesjonelle hierarkier. Evidensbaserte metoder skal sikre at kunnskap om effekt av metoder og tiltak er etterrettelig og systematisk, for å skaffe ”*kunnskap om hva som virker og ikke virker*”. Denne tilnærmingen kan sies å legge til rette for ”*den ultimate prioriteringsmekanismen i offentlig sektor*”, mens skeptikere hevder at evidensbevegelsen skaper ”*tall og kontrolltyranni*” (Leder i Forskningspolitikk nr.2/2007). Det stilles spørsmål ved at man fokuserer på *at* noe nytter, i stedet for å se på *hvorfor* det nytter. Motforestillinger knyttes også til at det etableres en mer kontekstfri kunnskap som baserer seg på statistisk sett gode resultater, og at gruppebaserte studier skal være avgjørende i individuelle situasjoner. Den kliniske konteksten er viktig, og man bør utnytte denne til beste for pasienten. Ekeland stiller spørsmål ved om evidensbasert praksis er styringskonsept som opphever klinisk autonomi til fordel for manualstyrt behandling, og spør om det faktisk hemmer god behandling? (Ekeland i Forskningspolitikk nr.2/2007). Disse utsagnene belyser at det er uenighet om hva slags vekt forskningsbasert kunnskap om nytte skal ha i medisinsk praksis.

Kapittel 4: De opprinnelige organisasjonenes historier

4.1 Introduksjon

”Bakgrunnen er veldig basert i de tre organisasjonene som gikk inn i Kunnskapssenteret, så det er viktig å se på hvem de var, og hvorfor de jobbet med det de jobbet med” (informant 1).

1.januar 2004 ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten offisielt åpnet av daværende helseminister Dagfinn Høybråten. Senteret representerte da en samling av tre⁴⁰ tidligere separate fagmiljøer; Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) og Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet⁴¹.

De tre opprinnelige organisasjonene hadde ulike historier, tradisjoner og fokus, noe som er sentralt og viktig å få fram for å beskrive bakgrunnen og begrunnelsen for Kunnskapssenteret. Dette kapittelet vil derfor beskrive de tre organisasjonene som ble slått sammen ved etableringen av Kunnskapssenteret. Jeg vil gå gjennom bakgrunnen for at de tre organisasjonene eksisterte, deres etablering og organisering, hva slags arbeidsmetoder de brukte, og hva slags resultater og tjenester de produserte. Jeg vil også antyde om det forut for sammenslåingen kan antydes tendenser til endring i de tre miljøene, og hva som i så fall satte i gang de interne prosessene.

4.2 Senter for medisinsk metodevurdering – SMM

4.2.1 Etablering og organisering

I 1997 formulerte Sosial- og helsedepartementet det formelle ønsket om å innføre et system for å sikre at det faglige grunnlaget for de metoder og prosedyrer som tas i bruk i helsesektoren blir best mulig dokumentert (St.prp. nr. 1 1996-1997). Senter for medisinsk metodevurdering ble da opprettet og etablert i 1997, og startet med aktiviteten sin i 1998

⁴⁰ Fra 1.mars 2005 ble også Campbell-gruppen i Avdeling for sosialtjenesteforskning inkludert i Kunnskapssenteret. Og 1.januar 2007 ble Stiftelsen GRUK (Gruppe for kvalitetsutvikling) innlemmet i senteret (<http://www.kunnskapssenteret.no>). Jeg utelater å ta med noe om disse i oppgaven, da de ikke var en del av Kunnskapssenteret i perioden jeg har arbeidet med datainnsamling til oppgaven.

⁴¹ Divisjon for kunnskapshåndtering var inntil 2002 Avdeling for helsetjenesteforskning på Statens institutt for folkehelse.

(Årsmelding SMM 1998). Departementet hadde utredet saken i et års tid på forhånd, og begrunnelsen bak etableringen var behovet for en nasjonal institusjon som kunne gjøre medisinske metodevurderinger knyttet til en norsk kontekst. Man valgte derfor å legge den nye institusjonens virksomhet tett opp til det internasjonale begrepet Health Technology Assessment (HTA), som ble nærmere beskrevet i forrige kapittel. Den direkte oversettelsen er helseteknologivurderinger, men man valgte å bruke begrepet medisinske metodevurderinger, som betegner samme slags kunnskapsoppsummeringer.

Under etableringen av SMM var det et uttrykt ønske fra myndighetene ved helseminister Gudmund Hernes om at senteret skulle være faglig uavhengig, og at det derfor burde plasseres i en armlengdes avstand fra alle. Dette skapte en del debatt; *”... det var selvfølgelig mye krangling om dette som vanlig”* (informant 2). Lignende kunnskapsmiljøer internasjonalt var allerede etablert som mest mulig autonome, og man ønsket også i Norge å etablere et miljø som var uavhengig av myndigheter og politikk, uavhengig av industri og kommersielle interesser, og uavhengig av forskerne på feltet. Formålet var å få fram informasjon om *”summen av internasjonal forskning”* (informant 1), og myndighetene ønsket at senteret skulle ha *”nær tilknytning til den kliniske medisin, til de medisinske forskningsmiljøene og til helsemyndighetene”*, samtidig som de var tilstrekkelig uavhengig (St.prp. nr.1 1996-97). Derfor unngikk man å plassere senteret på et sykehus eller et universitet, og valgte å etablere SMM som en del av den uavhengige forskningsstiftelsen SINTEF⁴² Unimed i Oslo. Dette ble begrunnet i *”å sikre den nødvendige nøytralitet i forhold til både forvaltningen, og den utøvende helsetjeneste”* (Årsmelding SMM 1998).

SMM ble etablert av Sosial- og helsedepartementet som et prosjekt som skulle evalueres etter tre år (ibid.). SMM hadde en egen styringsgruppe, et nasjonalt fagpanel, og et sekretariat som iverksatte og ledet de enkelte utredningene. Senteret var også del av et faglig forpliktende internasjonalt nettverk. For de enkelte utredningsoppgavene ble det opprettet eksterne ekspertgrupper, som stod for de faglige vurderingene under ledelse av interne prosjektledere fra SMM (Sluttrapport 2003). Miljøet hadde derfor en nær tilknytning til fagmiljøer rundt om kring i landet som de samarbeidet med. Selv om metodevurderinger retter seg mest mot myndighetsnivået, er det også viktig med høy legitimitet i fagmiljøene; *”... selv om mange beslutninger skal tas i den forvaltningsmessige delen av helsetjenesten, må også den enkelte fagperson og helsearbeider kunne vurdere og akseptere konklusjonene på en metodevurdering”* (Sluttrapport 2003:26). Legitimiteten bidrar til å sikre ønsket grad av

⁴² SINTEF - Selskapet for industriell og teknisk forskning ved Norges tekniske høgskole (www.sintef.no).

implementering og påfølgende gode resultater. Gjennom en tverrfaglig tilnærming og uavhengig organisering ble det lagt til rette for dette gjennom SMMs virksomhet. SMM var et relativt lite miljø, med 14 årsverk i 2003 (Delprosjekt 2003).

4.2.2 Bakgrunn

Bakgrunnen for etableringen var et behov for å ha en institusjon som kunne samle informasjon til å bruke som kunnskapsgrunnlag for beslutninger. Myndighetene så et økende behov for *”... uavhengige oppsummeringer av forskning, for å legge fram; hva er det beste kunnskapen sier om det og det spørsmålet”* (informant 1). Intensjonene bak å ha en institusjon som SMM var både å skaffe systematiske faglige vurderinger av de tiltak som benyttes og innføres i helsevesenet. Uavhengige metodevurderinger ses som en av forutsetningene for at sentrale beslutningstakere i helsevesenet skal kunne treffe gode beslutninger om praksis. Man ønsker å få fram kunnskap for å hjelpe myndighetene til å regulere medisinsk praksis, og for klinikere å få fram best mulig oppdatert kunnskap om ulike metoder for å klargjøre – *”hva er best praksis?”* (informant 2). Et viktig mål ved etableringen av SMM var at denne kunnskapen skulle oppsummeres og framstilles på en nøytral og uavhengig måte, ved hjelp av statlig finansiering.

Mange land hadde tidlig etablert lignende organisasjoner, og *”Norge var relativt seint ute”* (informant 2). Det var hovedsaklig ildsjeler i departementet, enkeltstående forskere og Norges Forskningsråd som sammen presset på for at denne type organisasjon måtte etableres også i Norge. Modell og arbeidsform for senteret hentet inspirasjon fra mange andre land, som allerede hadde hatt lignende institusjoner lenge. Utgangspunktet for denne arbeidsformen er at for eksempel at en problemstilling er omstridt, eller at en metode gjøres på ulikt vis i forskjellige deler av landet. Derfor har myndighetene et ønske om å ha et sted hvor de kan gå og si;

”... hva er nå den best mulige dokumentasjonen på den beste mulige måten å gjøre dette på? Og det betyr at det er ikke egentlig et forskningssted, men det er et sted som samler og vurderer alt som måtte finnes av forskning om en spesiell problemstilling. Og det var det man ønsket å etablere, da man etablerte Senter for medisinsk metodevurdering” (informant 2).

Senteret ble altså etablert som et miljø for sekundærforskning, for å sammenstille og vurdere annen forskning.

4.2.3 Arbeidsoppgaver og metoder

Ved å starte opp SMM ville man etablere kompetanse innen medisinske metodevurderinger også i Norge, og slik bli i stand til å vurdere nytten ved anvendelse av ulike typer tiltak i den norske helsesektoren. SMM skulle jobbe nært sammen med de ulike miljøene som ville omfattes; klinisk medisin, medisinske forskningsmiljøer og helsemyndigheter. Informanten fra SMM forteller om følgende mandat ved etableringen;

”Vær forberedt på å svare på den type problemstillinger som gjelder norsk helsetjeneste; spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten. Det kan være innenfor medikamenter, det kan være innenfor prosedyrer, kirurgi, det kan være innenfor organisering av tjenesten, altså hva er dokumentasjonen på at dette skal gjøres i sykehus, dette skal gjøres hos primærlegen, dette krever de å jobbe sammen om, er det noe dokumentasjon på det? Er det noe dokumentasjon på det vi for eksempel kaller volum og kvalitet, at enkelte metoder må du ha gjort en del av for å gjøre dem bra nok?” (informant 2, tidligere leder i SMM).

SMM ble forberedt på å ta imot ulike typer spørsmål, i tillegg til at de også ble oppfordret til å komme med egne problemstillinger som de erfarte var viktige. Det stilles følgende kriterier for å gjennomføre en medisinsk metodevurdering; at det råder faglig uenighet om en metode, at temaet angår et stort antall pasienter, at metoden er gjenstand for interesse fra allmennheten eller dersom metoden vil ha store ressursmessige konsekvenser (Sluttrapport 2003).

SMM produserte ulike typer resultater, men hovedarbeidsformen var oppsummering og vurdering av allerede tilgjengelig forskning om klinisk effekt på et begrenset område. Kildematerialet til en medisinsk metodevurdering hentes fra vitenskapelig litteratur og kliniske studier, og stoffet blir vurdert etter internasjonalt anerkjente HTA-kriterier. For at konklusjonen på en metodevurdering skal kunne være dokumentasjonsgrunnlag for videre beslutninger i helsevesenet, må den også inneholde flere aspekter. Det er for det første en vurdering av kostnader (inkludert kostnad-nytte) ved å anvende metoden i Norge, samt å belyse mulige etiske, sosiale (pasientpreferanser), organisatoriske og personellmessige konsekvenser av å ta metoden i bruk, eller la være (Sluttrapport 2003). Arbeidsformen var tverrfaglig, og inkluderte både medisin, økonomi, etikk, organisasjon og medisinsk ekspertise; *”Vi sier noe om klinisk effekt, og så belyser vi andre konsekvenser”* (informant 2).

SMM virksomhet blir i flere offentlige dokumenter beskrevet som å ha positive virkninger for planlegging og utvikling av helsetjenestetilbudet, og ses som meget viktig for å kunne sikre et helhetlig system for vurdering og evaluering av de metodene og tiltakene helsetjenesten tilbyr (Innst.S. nr. 172 - 2000-2001). I Budsjettinnstillingen for 2003 kommenterer Sosialkomiteen at senterets virksomhet må videreføres; ”... *det er av særdeles stor betydning å få dokumentert hvilke behandlingsformer som virker best, og hva som ikke måtte virke, først og fremst av hensyn til pasientene, men også av hensyn til helseforetakenes organisering og medisinske praksis*” (B.innst. S. nr 11/2002-2003).

Et sentralt aspekt ved SMMs historie er tilknytningen til det internasjonale metodevurderingsmiljøet som de helt fra starten av ble en del av; ”... *fra første stund, fordi vi skjønnte jo at her måtte vi lære av hvordan de andre gjorde det*” (informant 2). Formålet med de internasjonale nettverkene er å være forum for samarbeid og deling av informasjon mellom kontorer i ulike land. Nettverkene fungerer som pådrivere for deling og sammenligning av kunnskapsinformasjon for å forhindre dobbeltarbeid. Særlig nær kontakt ble opprettet med de andre nordiske landene, og de dro blant annet stor nytte av sin parallell i Sverige; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU⁴³), som ble etablert allerede i 1987 (informant 2). Det er bred enighet internasjonalt om hva helseteknologivurderinger er; systematiske kunnskapsvurderinger av klinisk nytte og kostnad, som suppleres med en oversikt over nasjonale konsekvenser. Imidlertid har man valgt ulike former for organisering av metodevurderingsmiljøene. I noen land har HTA-miljøer ansvar for å fylle ut med primærforskning der det er mangler eller ”hull” i kildematerialet, for eksempel i Storbritannia og Danmark. Enkelte land har gitt HTA-sentre regulativ rolle, der de har instruksjonsmyndighet både når det gjelder prosedyrer, utstyr og legemidler. For eksempel har HTA-organisasjonene i Australia, Storbritannia, Canada, USA og Frankrike myndighet til å lage retningslinjer, godkjenningsordninger og finansieringsordninger for praksis. Det sentrale HTA begrepet innebærer imidlertid bare et informativt mandat ved å framskaffe og vurdere relevant kunnskap til andre beslutningstakere. Dette er den formen som er valgt for eksempel i Sverige, Danmark og Finland, samt i Norge gjennom SMM (Sluttrapport 2003).

⁴³ <http://www.sbu.se/www/index.asp>

4.2.4 *Tendenser til endring*

Etableringen av Senter for medisinske metodevurderinger var altså en tilnærming der myndighetene hadde et ønske om, og behov for å framskaffe ny kunnskap. Opprettelsen av SMM føyde seg videre inn i en bredere internasjonal utvikling og samarbeid med satsning på helseteknologivurderinger. Det internasjonale samarbeidet var fra starten av en viktig del av SMMs arbeid. Senterets arbeidsform var å gjennomføre medisinske metodevurderinger; oppsummeringer og vurderinger av eksisterende forskning. Dokumentasjon om klinisk effekt kombineres med vurderinger av konsekvenser knyttet til kostnader, etikk, pasientpreferanser, organisering og personale.

Medisinske metodevurderinger har primært nytte for myndigheter, og internasjonalt har organisasjoner som arbeider med dette blitt initiert av myndigheter i de fleste land.

Etableringen av denne type organisasjoner kan ses som en internasjonal anerkjennelse av et behov for å systematisere, sortere og analysere det store informasjonstilfanget som produseres gjennom medisinsk forskning, med det formål at policy-nivået kan nyttiggjøre seg av informasjonen. Ved etableringen av SMM var et sentralt moment at senteret skulle ha en selvstendig rolle, og være en faglig autonom institusjon, selv om finansieringen av oppdragene var statlig.

I løpet av 2001 ble SMM evaluert av to ulike instanser⁴⁴. Evalueringene konkluderte med at det var en viktig institusjon med høyt kompetent personale, og høyt faglig og akademisk nivå. Det ble imidlertid påpekt at staben burde utvides og forsterkes med kompetanse på etikk og økonomi, og at senteret i større grad burde ha en rådgivende rolle i forhold til helsepolitiske spørsmål (Årsmelding 2001 SMM). Samtidig pekte den ene evalueringen på en noe uklar rolle i forhold til departementet, og nødvendigheten av å ivareta faglig uavhengighet. Årsmeldingen beskriver i tillegg et år med en meget krevende budsjettsituasjon, noe som stiller spørsmål rettet mot den framtidige organiseringen. Dette kan knyttes opp mot omorganiseringen i forbindelse med vedtakelsen av foretaksreformen, og at det var et opphold i oppdragene på grunn av dette. 2001 var også året da man for første gang forsøkte å opprette Kunnskapssenteret, noe jeg kommer tilbake til i neste kapittel. Styringsgruppen påpeker i Årsmeldingen for 2001 at statusen som prosjekt er usikker, og at senteret mangler sikre rammevilkår og forutsigbarhet. Allikevel framheves signaler om fortsatt og økende satsing på

⁴⁴ De to instansene var Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU), som evaluerte kun SMM, og Forskningsrådet som evaluerte hele SINTEF Unimed (Årsmelding 2001 SMM).

metodevurderinger i forbindelse med reformene i sykehusene og i den sentrale helseforvaltningen, noe som lover godt for senterets framtidige eksistens.

4.3 Stiftelse for helsetjenesteforskning - HELTEF

4.3.1 Etablering og organisering

Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) ble formelt etablert i 1993, selv om aktiviteten formelt sett ikke kom i gang før årsskiftet 1994/95. Opprettelsen kom i stand etter en avtale mellom Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet og Akershus fylkeskommune (Årsmelding HELTEF 1999-2000). Virksomheten var lokalisert på Sentralsykehuset i Akershus⁴⁵. Stiftelsen ble opprettet som et flerfaglig forskningsmiljø der man tok sikte på å drive forsknings-, utviklings-, og utredningsvirksomhet innen helsesektoren (Sluttrapport 2003). HELTEFs mål var å *”produsere kunnskap for å gi bedre helsetjenester til pasienter og befolkning, samt effektiv og rettferdig bruk av ressurser i helsetjenesten”* (Årsmelding HELTEF 2001).

Stiftelsen HELTEF fungerte som en frittstående forskningsinstitusjon, og var økonomisk og administrativt selvstendig, ledet av en instituttsjef. HELTEF hadde et styre på syv medlemmer – tre statlig oppnevnte, tre oppnevnt av Akershus fylke og ett medlem valgt av og blant de ansatte. Styret var det ledende organet, med myndighet over og ansvar for institusjonens virksomhet, og delegerte ansvaret for den daglige driften til daglig leder (instituttsjefen). Det var et fagmiljø der flere kunnskapstradisjoner og bakgrunner var representert. De ansatte hadde en variert bakgrunn, bestående av medisinskfaglige profesjoner i tillegg til statsvitere, sosiologer og sosialantropologer med mer. HELTEF hadde i 2003 25 årsverk fordelt på 31 ansatte (Delprosjekt 2003).

4.3.2 Bakgrunn

”Informasjon om den faktiske aktiviteten er antakelig den viktigste premiss for å utvikle en bedre helsetjeneste. Hvem som eier tjenestene og hvordan den finansieres er egentlig ganske underordnet” (Årsmelding HELTEF 1999-2000:4).

⁴⁵ Fra 2001 Akershus Universitetssykehus (Ahus).

HELTEF jobbet med temaer rundt kvalitet og helseprofil, herunder kvalitet i sykehus og kliniske studier, samt undersøkelser rundt befolkningen og den individrettede helsetjenesten. Arbeidet med kvalitet i sykehus omfattet først og fremst somatiske institusjoner, men etter hvert ble også psykiatriske institusjoner inkludert. Individrettede helsetjenester dreide seg om helsetjenestenes behovstilpasning, organisering og ledelse. Formålsparagrafen for virksomheten var å bidra til å benytte kunnskap for å fremme kvalitet i sykehus, å skape rammer for bedre organisasjon og ledelse, og å sikre en rasjonell ressursbruk i helsevesenet (Sluttrapport 2003).

”I et overordnet perspektiv kan man se på virksomheten HELTEF startet som et uttrykk for at det var nyttig å ha denne type kunnskap som styringsinformasjon, og som informasjonsgrunnlag for kvalitetsforbedring. I tillegg kan man også si at det har en sammenheng med et generelt krav i samfunnet om større åpenhet og tydelighet på hva som leveres gjennom helsetjenesten, altså – hvor godt er egentlig helsevesenet vårt? (informant 1, tidligere instituttsjef HELTEF).

Begge aspektene har vært viktige elementer i reformeringen av helsesektoren de siste årene, og både åpenhet og tydelighet kan sies å bære preg av de nye styringstendensene NPM og transparens som har gjort sitt inntog i norsk offentlig sektor. Det er et økt krav i samfunnet om åpenhet, tydelighet og innsyn på hva en så stor offentlig tjenesteleverandør som helsevesenet leverer.

4.3.3 Arbeidsoppgaver og metoder

HELTEFs målsetning var å bidra til å fremme kvalitet i pasientbehandlingen, fornuftig organisering av helsetjenesten og rasjonell bruk av de samfunnsressurser som nyttes i helsevesenet, gjennom å produsere kunnskap som kunne legge premisser for retningslinjer og praksis. HELTEF gjorde hovedtyngden av sitt arbeid innen primærforskning, og gjorde i liten grad oppsummering av annen forskning; *”Hovedperspektivet de jobbet med, var det man kan kalle ”outcomes” – gjennom å måle hva som egentlig skjer i helsetjenesten, og se på hva praksis kunne fortelle om kvalitet på helsetjenestene”* (informant 1).

HELTEF konsentrerte seg om kartlegging, ved å måle hva som faktisk skjedde i spesialisthelsetjenesten i praksis, og bruke det som et mål på kvaliteten på tjenestene. Fokuset var rettet både mot å få styringsinformasjon, og mot å få informasjon om kvalitetsforbedring

(Årsmelding HELTEF 2003, informant 1). Dette ble dels gjort gjennom pasientundersøkelser om pasienters opplevelser og oppfatning av kvalitet, disse målingene av pasienters opplevelser ble publisert i PasOpp rapportene. Videre gjennom arbeidsmiljøundersøkelser – ved å se på hvordan medarbeiderne i sykehus opplevde organisasjonen og samspillet i organisasjonen⁴⁶ (Årsmelding HELTEF 1999-2000). Opplysningene ble også sammenholdt for å vurdere i hvilken grad det var samsvar mellom pasientenes og medarbeidernes rapporteringer, og om variasjoner mellom dem kunne forklare hverandre (informant 1). I tillegg fokuserte man på rent medisinske resultater, gjennom arbeidet med kvalitetsindikatorer, som for eksempel overlevelsesrater. HELTEF var en av flere forskningsenheter som deltok i en større statlig initiativ for å utvikle gode indikatorer for kvalitetsmåling i sykehus (Årsmelding HELTEF 1999-2000, informant 1). Kvalitetsindikatorer blir i dag brukt både som grunnlag for sammenligning mellom helseforetak, og for pasienter i forhold til fritt sykehusvalg⁴⁷. Stiftelsen jobbet altså med både et internt og et eksternt perspektiv, på hva som skjedde i helsetjenesten, og hva som var resultatene av tjenesten (informant 1). HELTEF hadde ikke ansvar for implementering eller praksis, og hadde en rolle som *”kunnskapsformidler uten å være aktiv rådgiver”* (Sluttrapport 2003:29).

4.3.4 Tendenser til endring?

I HELTEFs årsmelding for 1999-2000 kommer det fram at et viktig arbeid for styret i 2000 var å sikre nye midler til forskning, gjennom både fortsatt drift av eksisterende prosjekter og ved å utvide prosjektporteføljen med nye oppdrag. Det bemerkes også at *”inngangen til regnskapsåret er ofte preget av usikkerhet i forhold til antall prosjektbevilgninger”* (ibid.:7). Dette beskriver en situasjon der organisasjonen var preget av usikkerhet knyttet til videre finansiering av virksomheten.

2001 beskrives som både et utfordrende og interessant år, med flere viktige endringer i driftsvilkårene for HELTEF. Dette var året da man for første gang forsøkte å samle de tre miljøene, uten hell. Videre ble Sentralsykehuset i Akershus til universitetssykehus, noe som betydde at man fikk professorater tilknyttet, og stiftelsen fikk økte forskningsmuligheter. Omorganiseringen til statlig overtakelse av sykehusene medførte endringer både i forhold til

⁴⁶ Det såkalte ”Reskva/Arkva-2000” prosjektet, gjennomført for 22 norske sykehus 1999-2001 (Årsmelding HELTEF 1999-2000).

⁴⁷ Se: <http://www.frittsykehusvalg.net>

avklaring av organisasjonsform, og mulige endringer i HELTEFs oppgaveportefølje. Siden Akershus fylkeskommune ikke lenger var eier av sykehuset, trakk de seg fra stiftelsens styre. Det var nødvendig med en avklaring av videre drift og organisering. På grunn av statlig sykehusovertakelse i form av foretaksreformen var det også en avventende holdning blant sykehusene når det gjaldt bestilling av oppdrag om pasient- og personalfaringsundersøkelser. Volumet på disse områdene i 2001 var derfor lavere enn tidligere år (Årsmelding HELTEF 2001).

HELTEF ble også evaluert i 2001⁴⁸, og ble karakterisert som ”*enestående i norsk og nordisk sammenheng*” (ibid.: 8). Enestående fordi det var et helsetjenesteforskningsinstitutt med klinisk nærhet siden det var lokalisert ved et stort sykehus. Spesielt god omtale fikk HELTEF for sitt hovedarbeidsområde kvalitet i sykehus, gjennom undersøkelsene av pasienttilfredshet og arbeidsmiljø i spesialisthelsetjenesten. Det ble kommentert at kompetansen burde utvides til å også inkludere forskning om kvalitet i primærhelsetjenesten, og om pasientforløpet mellom helsetjenestens delsektorer. Evalueringsrapporten uttrykte at en videreutvikling av HELTEF best ville skje som et uavhengig helsetjenesteforskningsmiljø med klinisk nærhet. Selv om det ble påpekt at ”... *det bør overveies om HELTEF skal få en mer sentral posisjon i Norge for forskning og utredning om kvalitet i helsetjenesten*” (Årsmelding HELTEF 2001:8).

4.4 Avdeling for helsetjenesteforskning/Divisjon for kunnskapshåndtering

Etableringen av Kunnskapssenteret foregikk i to runder. Resultatet av den første runden var at man gav opp planene om samling av de tre miljøene, og at kun det ene involverte miljøet endret tilhørighet. Det var Avdeling for helsetjenesteforskning⁴⁹ på Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa), som ble flyttet til det nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet 1.januar 2002, som en Divisjon for kunnskapshåndtering.

Jeg vil her presentere det opprinnelige miljøets bakgrunn, og til slutt et kort avsnitt om Kunnskapsdivisjonen som en del av direktoratet, der virksomheten var lokalisert fra 2002-2004. Ved flyttingen var det i stor grad den organisatoriske tilknytningen ble endret, ikke avdelingens arbeidsform og -metoder.

⁴⁸ Evalueringen ble gjort av NIFU STEP (http://www.nifustep.no/norsk/publikasjoner/rapport_fra_evalueringsgruppen).

⁴⁹ Videre referer jeg til dette miljøet som *avdelingen*.

4.4.1 Etablering og organisering

Miljøet hadde sin bakgrunn i Gruppe for helsetjenesteforskning, og var opprinnelig organisert under Norges Forskningsråd. Gruppen ble startet opp i 1974, etter initiativ fra Peter Hjort⁵⁰. Han kontaktet Norges Forskningsråd med sitt forslag til opprettelse av et norsk helsetjenesteforskningsmiljø, og fikk støtte til å starte opp dette miljøet. Etter hvert ble helsetjenesteforskningsmiljøet institusjonalisert gjennom å bli en Avdeling for helsetjenesteforskning på Statens institutt for folkehelse⁵¹, innenfor en større avdeling for samfunnsmedisin (informant 4). Der var virksomheten lokalisert fram til reorganiseringen av helseforvaltningen i 2001. Gruppen ble i forbindelse med dette flyttet til det gjenopprettede Sosial- og helsedirektoratet i 2002, der det ble omdøpt til Divisjon for kunnskapshåndtering. Divisjonen talte 30 årsverk forut for samlingen i Kunnskapssenteret (Delprosjekt 2003).

4.4.2 Bakgrunn

Dette kunnskapsmiljøet ble opprettet på 1970-tallet, og var den første større helsetjenesteforskningsgruppen i Norge. Bakgrunnen for etableringen var at man ønsket mer informasjon om den norske helsetjenesten. Helsetjenesteforskning er et vidt begrep, men fokus her var fra starten av rettet mot å kartlegge praksis; *”hvordan alt som skjer i helsetjenesten foregår forskjellig avhengig av hvilket sykehus du er på, eller hvilken lege du kommer til, eller hvilken helsestasjon du havner på”* (informant 4).

Dette var på linje med det de fleste andre helsetjenesteforskningsmiljøer jobbet med på denne tiden. Man ønsket å kartlegge praksis for å vise eventuelle variasjoner:

”... i Finmark så er det så og så mange i forhold til en standardisert befolkning som får tilbud om hjerteoperasjon, og så er tallene i Østlandsområdet veldig mye høyere. Ikke sant, det er skjevheter i det [tilbudet] ikke sant da. Så særlig likhetsperspektivet, og tilgjengeligheten på tjenester var viktig i hvert fall i en sånn startfase for helsetjenesteforskningen, å vise fram variasjonene” (informant 1).

Fokus var rettet mot oversikter som sa noe om likhet og tilgjengelighet på helsetjenester i Norge.

⁵⁰ Professor i medisin, og første rektor på Tromsø Universitet.

⁵¹ Nå Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

4.4.3 Arbeidsoppgaver og metoder

Opprinnelig var altså fokuset for avdelingens aktiviteter rettet mot å kartlegge praksis i den norske helsetjenesten, man ønsket å vise eventuelle variasjoner i praksis. Avdelingen endret imidlertid fokuset i sin virksomhet på begynnelsen av 90-tallet; ”... nå har vi nok kunnskap om den deskriptive kunnskapen, vi vet mye om variasjon, her må vi nå se mer på tiltak som kan prøve å gjøre tjenesten bedre” (informant 1).

Informanten forteller at ved å stille spørsmål om hvorfor variasjonen var så stor, ønsket man å oppnå to ting. For det første å inspirere helsetjenesten til en mer kunnskapsbasert praksis, ved å få medisinerne til å på en mer tydelig måte bruke kunnskap i de beslutningene de skal treffe om eller sammen med pasienter, og for det andre å fokusere på forskning som skulle bidra til kvalitetsutvikling; ”... folk ønsker jo å gjøre en god jobb, de ønsker jo ikke å skade pasienter” (informant 4). Avdelingen ønsket å fokusere på å endre profesjonell atferd, gjennom å støtte og stimulere til endring i de komplekse organisasjonene som helsetjenesten består av (informant 4).

Informanten beskriver oppfatningen av at man hadde et ”kunnskapsproblem”. Det var ”... et forferdelig rot i arkivrommet i det medisinske hus...” (informant 4). Informanten beskriver her hvordan oppdateringsproblemer kunne arte seg for en ansatt i helsetjenesten;

”... hvis du var en allmennpraktiker, eller en sykepleier eller en helsesøster, og lurte på liksom - hva skal jeg nå gjøre med denne pasienten, som har X, Y eller Z, og gikk inn på biblioteket, i overført forstand, – så var det veldig vanskelig å finne fram. Det var et sabla rot. All forskning, all praktisk nyttig medisinsk forskning, har liksom ligget hulter til bulter der inne, og det var umulig å finne fram” (informant 4).

Slike problemer med kunnskapsoversikt og oppdateringsproblem var det avdelingen ville bidra til å unngå. Man ønsket å fjerne seg fra den tradisjonelle måten man ofte falt tilbake på å ta beslutninger på grunnlag av; ”... nemlig at: 'Her er det jeg som er avdelingsoverlegen, og her bestemmer jeg!' ” (informant 4). Som informanten hevder var basert på en ”... paternalistisk, autoritativ, ekspertorientert, hierarkisk medisin” (informant 4). Informanten beskriver her problemet med overlegeregimet, og medisinsk praksis som ekspertstyrt og hierarkisk. Miljøet ble derfor fra midten av 90-tallet en aktiv pådriver for å bruke evidensbasert medisin som grunnlag for beslutninger i helsevesenet. Avdelingen ble også partner i Cochrane-nettverket (informant 1).

Gjennom å bruke evidensbasert medisin, var målet å på en systematisk måte å identifisere all forskningslitteratur om ett bestemt tema, og oppsummere det helt systematisk og objektivt; *”Og vise fram totalen; noen studier viser det, noen dette og noen dette, men dette er totalen, og totalen tilsier at dette er det vi bør gjøre”* (informant 1). Med andre ord en form for *”... rydding i det store virvaret av forskningslitteratur på de enkelte temaene”* (informant 1). Avdelingen mente at denne type oppsummert forskning hovedsakelig skulle komme til nytte for klinikere som et virkemiddel og en ressurs i deres beslutningssituasjon, og at systematiseringen til en viss grad også kunne brukes for administratorer og ledere i helsetjenesten (informant 1).

Miljøet innså imidlertid at det ikke var nok å ”rydde” i forskningsoversiktene, og publisere systematiske oversikter over evidensbasert medisin. Avdelingen rette også fokus mot hvordan man kunne få til å påvirke og endre medisinsk praksis, og slik implementere systematiseringene av kunnskap; *”... den forskningen [vi drev med] kom da etter hvert til å handle veldig mye om dette med, hvordan skape, hvordan er det mulig å bidra til kvalitetsutvikling, hvordan er det mulig å skape endring?”* (informant 4).

Informanten forteller om et todelt fokus for virksomheten, de ønsket å på den ene siden å oppsummere det relevante kunnskapsgrunnlaget, men også å fokusere på hvordan denne kunnskapen kunne iverksettes i praksis;

”... så det andre denne ryddinga i rotet gikk hånd i hånd med, det var på en måte forskning. [] Det var å spisse vår forskning til å handle om; hvordan er det mulig å støtte, eller stimulere til endring i så komplekse systemer som det helsetjenesten er? Hvordan er det mulig å påvirke profesjonell atferd? For det at det ble veldig tydelig og klart at selv om vi rydda opp på en liten teig, og sa at nå vet vi hva som er det beste blodtrykksmedikamentet, så snudde vi oss til legene og sa at ”nå må dere jo bruke det”, eller vi gjorde det gjennom å lage retningslinjer sammen med dem og sånn, så skjedde det veldig lite likevel” (informant 4).

Informanten forteller om en virksomhet som på den ene siden ønsket å tydeliggjøre for medisinske yrkesutøvere hva som var det beste kunnskapsgrunnlaget, etablert gjennom evidensbasert medisin. Informanten peker videre på problemer med å overføre kunnskapen til praksis, og hevder at det er svært vanskelig å påvirke legers praksis. Miljøet ønsket å forsøke å stimulere til at evidensbasert medisin faktisk ble tatt i bruk, og ønsket å flytte fokus til en kunnskapsbasert praksis; *”... når de opererer tre ganger så mange muskelknuter i livmoren i Hedmark som de gjør i Østfold, så kan ikke det være riktig. Eller hvis*

legemiddelforskrivningen er fire ganger så høy i det ene fylket som i det andre” (informant 4). Målinger som viser ulikhet i praksis anses her som et problem som må løses, og løsningen ses på som å overføre evidensbasert kunnskap til praksis.

Faktiske aktiviteter som avdelingen arbeidet med for å forbedre praksis, var blant annet å utvikle ulike webbaserte verktøy for å formidle opplysninger om forskningsresultater til praksisnivået. Dette var knyttet til arbeid mot etterutdanning og kvalitetsforbedring i norsk allmennpraksis. Videre jobbet miljøet mot beslutningsnivået, ved å overføre systematiske og oppsummerte forskningsresultater til forvaltningen.

Avdelingen hadde også mulighet til å utarbeide retningslinjer for medisinsk praksis, i kraft av å være en del av Statens institutt for folkehelse. Flere informanter snakker imidlertid om at erfaringer viser at retningslinjer i beskjeden eller vekslende grad har effekt på medisinsk praksis (informant 4 og 8). *”Altså, retningslinjer er et ganske svakt virkemiddel i helsetjenesten. Økonomiske, sterke incitamenter og lovbestemmelser, for eksempel, er mye sterkere virkemidler...”* (informant 4). Selv om man etablerer kliniske retningslinjer, har det i liten grad innvirkning på praksis, og informanten peker på at man trenger å implementere

4.4.4 Tendenser til endring?

Miljøet hadde fokus både på oppsummering, formidling og forskning. Hovedmålsetningen var å hjelpe publikum, helsepersonell og forvaltning i å ta beslutninger om bruk av helsetjenester. Hovedtyngden av arbeidet var systematiske kunnskapsoversikter, som ble publisert via Cochrane-samarbeidet. Miljøet fokuserte også på implementering, gjennom forskning på hvordan kunnskapsbasert medisin kunne overføres til praksis.

Informanten fra Avdeling for helsetjenesteforskning framhever at frihetsgraden på Folkehelsa var stor, men at det var ulemper knyttet til to ting; økonomi og innflytelse. Det opplevdes som vanskelig å skaffe nok ressurser, og det opplevdes som vanskelig å få nok innflytelse og oppmerksomhet for arbeidet de gjorde; *”... Altså, det vi drev med, var veldig matnyttig opplevde jeg, både for forvaltningen og tjenestene, og derfor var jeg opptatt av at vi burde være mindre som sånne fisefine akademikere på lang avstand fra praksis, vi burde blande oss litt mer i det som foregår i helsetjenesten, og i det som foregår i forvaltningen av helsetjenesten”* (informant 4).

Informanten fra avdelingen forteller om ansatser til et ønske om et større kunnskapsmiljø fra ledelsen i miljøet, formulert gjennom aviskronikker og samtaler internt i ulike kunnskapsmiljøer.

4.4.5 Divisjon for kunnskapshåndtering

Arbeidet avdelingen gjorde som en del av Folkehelse ble i stor grad videreført, til tross for endringen i organisasjonstilhørighet. Hovedmålet til Kunnskapsdivisjonen i direktoratet var at *”Beslutninger i Sosial- og helsedirektoratet og tjenestene baseres på pålitelig kunnskap”* (Sluttrapport 2003:29). Divisjonen skulle støtte forvaltning, tjenester og brukere i å ta *”velinformerte beslutninger”* (ibid.). En velinformert beslutning baseres i denne definisjonen på pålitelig og relevant forskning, sammen med hensyn til verdier, preferanser, erfaringer og kontekst (ibid.).

Divisjonen skulle fungere som brobygger mellom forskning og beslutninger i praksis, og arbeidet var tredelt. For det første drev divisjonen ulike forskningsprosjekter med formål å generere ny kunnskap. For det andre gjorde de sammenstilling av eksisterende kunnskap, i form av systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer; gjennom nettverkene Cochrane Collaboration og Campbell Collaboration. For det tredje arbeidet de med formidling, undervisning, støtte og samhandling (Sluttrapport 2003).

4.5 Oppsummerende og analytiske betraktninger

De tre organisasjonene hadde ulike bakgrunner, og etableringen var basert på forskjellige grunnlag. Organiseringen av de tre miljøene viser ulike former for autonomi. Tradisjonene til de tre miljøene var videre basert på forskjellige arbeidsoppgaver og metoder. Vi har sett at det kan antydes tendenser til endring i alle de tre organisasjonene i forkant av etableringen av Kunnskapscenteret. Vedtaket om å overføre eierskapet av sykehusene til staten, ser ut til å ha vært en faktor som framkalte endringer i flere av involverte miljøene. Som nevnt forsøkte man også i 2001 for første gang å samle de tre miljøene, noe jeg kommer til i neste kapittel.

SMM fungerte som organisatorisk og faglig autonomt, men var finansiert gjennom statlige midler. Et viktig aspekt ved etableringen av senteret var å skape en rolle som en selvstendig kunnskapsprodusent, fordi man ønsket med dette å oppnå høy legitimitet utad i fagmiljøene.

Gjennom sin arbeidsform samarbeidet de nært med kliniske miljøer rundt omkring i landet via ekspertgruppene som ble opprettet for de ulike faglige vurderingene. SMM drev hovedsakelig med oppsummering av annen forskning, i form av helseteknologivurderinger. Senteret var etablert som et departementsprosjekt, som hovedsaklig skulle levere kunnskap til myndighetene for å danne grunnlag for helsepolitiske beslutninger (Årsmelding SMM 2003). Da foretaksreformen ble vedtatt i 2001, kan man spore endringer i form av en nedgang i aktiviteten. Dette sammen med statusen som prosjekt, medførte at styret i Årsmeldingen for 2001 beskriver usikkerhet knyttet til framtidige økonomiske vilkår og den videre utviklingen for senteret. Evalueringene som ble gjort samme år, roste imidlertid virksomheten, og anbefalte utvidelse. Evalueringen etterlyste også en tydeliggjøring av SMM sin rolle som rådgiver i helsepolitiske spørsmål. Virksomheten fikk honnør for sitt brede nasjonale nettverk, og godt internasjonalt samarbeid (Årsmelding SMM 2001).

HELTEF var et lite miljø der forskningstradisjonen stod sterkt, og de hadde en nær tilknytning til klinisk praksis, pga sin beliggenhet ved Sentralsykehuset i Akershus. Miljøet hadde først og fremst fokus på primærforskning, gjennom hovedoppgavene som var kvalitetsvurderinger og -evalueringer blant pasienter og ansatte i helsetjenesten. HELTEFs årsmelding for 1999-2000 beskriver en situasjon med økonomisk uvisshet, på grunn av at de i perioder opplevde vanskeligheter med å få nok oppdrag. Miljøet ble påvirket på flere måter av foretaksreformen. Den organisatoriske tilknytningen ble rokket ved, det samme skjedde med kunnskapsproduksjonen, på grunn av at man opplevde en stillstand i bestilling av kvalitetsevalueringer. Evalueringen som ble gjort i 2001 betegnet miljøet som unikt, og stilte spørsmål ved om stiftelsen burde få en mer sentral posisjon innen helsetjenesteforskningen i Norge.

Avdeling for helsetjenesteforskning jobbet primært med oppsummering og systematisering av kunnskap, i form av evidensbasert medisin. I tillegg jobbet de med løsninger på hvordan man best skulle implementere denne kunnskapen i praksis, for å oppnå ønskede resultater.

Avdelingen var allerede organisert som en del av den statlige helseforvaltningen, på Statens institutt for folkehelse. Gjennom uttalelser fra informanten fra denne avdelingen, avtegnes et ønske internt i ledelsen om mer innflytelse og påvirkning. De så på sin egen virksomhet som meget sentral og viktig, og ville gjerne ha en enda nærmere statlig tilknytning, for å kunne påvirke mer. Informanten beskriver frustrasjon over en oppfatning av problemer med å overføre forskningsbasert kunnskap til medisinsk praksis. Selv om det ble produsert bedre

oversikt over tilgjengelig kunnskap, opplevdes det som vanskelig å påvirke den faktiske yrkesutøvelsen. Informanten etterlyser sterkere bruk av myndighetsautoritet i form av påbud og/eller økonomiske incentiver. Oppfatningen peker på en forståelse av at den sterke autonomien i den medisinske profesjon gjør det vanskelig å påvirke praksis, og at det derfor kreves autoritet klarere basert i helseforvaltningen for å kunne gi regler som faktisk vil etterfølges.

Det kan identifiseres en del ulikheter mellom organisasjonene, både når det gjelder initiativet bak virksomheten, arbeidsoppgaver og -metoder, samt framtidige planer. Avdeling for helsetjenesteforskning jobbet med evidensbasert medisin, en kunnskapsretning som i stor grad er initiert fra fagfolkene selv. Allmenntilleggsmedisinerne var den gruppen innen legeprofesjonen som har vært dominerende i utviklingen av denne kunnskapstilnærmingen. SMMs arbeid med helseteknologivurderinger er mer en tilnærming der det er myndighetsnivået, som har et ønske om og behov for ny kunnskap. Informantene forteller at ved etableringen av SMM vurderte å organisere senteret sammen med Avdeling for helsetjenesteforskning. Årsaken til at SINTEF ble valgt i stedet var ifølge informanten fra SMM at selv om arbeidsformene er beslektet, var arbeidet til avdelingen på folkehelsa rettet mot å veilede praktikere, mens SMMs arbeid var mer rettet mot å informere myndighetene. Informanten fra SMM framhever videre at det er forskjell på de to arbeidsmetodenes bredde. Helseteknologivurderinger gjøres ut fra en kombinasjon av kliniske vurderinger, i tillegg til å inkludere vurderinger av etiske, økonomiske og organisatoriske konsekvenser ved å ta gjeldende metode i bruk, eller å ikke ta den i bruk. En evidensbasert tilnærming tar for seg det rent medisinske. Informanten fra Avdeling for helsetjenesteforskning framhever at forskjellene mellom de to metodene i praksis ikke er så store, og at det mer er snakk om nyanseforskjeller.

De tre miljøene var alle ansett som sentrale og viktige miljøer på sine respektive områder. Tendensene til endring rettet seg mer mot spørsmål knyttet til framtidig organisering og finansiering, og hva slags rolle de skal ha.

I forhold til de teoretiske perspektivene kan vi se at de tre miljøene hver på sin måte utfordrer den historisk etablerte medisinske kunnskapsproduksjonen, som nært knyttet til legeprofesjonens autonomi. Gjennom de tre organisasjonenes arbeidsformer med kvalitetsevaluering, kunnskapssystematisering og medisinske metodevurderinger, skapes et grunnlag for økt statlig styring, noe som innebærer en endring i forholdet mellom stat og profesjon.

Nye kunnskapssyn gjør seg gjeldende gjennom miljøenes arbeidsmetoder. De tre miljøene kan sies å ha arbeidet med det som kan karakteriseres som mode 2 kunnskap. Fokus er rettet mot å etablere kunnskap om nytte, i forhold til ønskede effekter både behandlingsmessig, ressursmessig og kvalitetsmessig. SMM produserte medisinske metodevurderinger først og fremst for myndighetene, for å kunne legge grunnlag for politiske beslutninger i helsevesenet. Avdeling for helsetjenesteforskning leverte kunnskapsoppsummeringer basert på arbeidsmetoden evidensbasert medisin, og jobbet også med implementering av denne kunnskapen i praksis. HELTEF vurderte kvalitetsnivået i spesialisthelsetjenesten, og dermed altså vurderinger av de faktiske resultater av helsetjenestene. Man kan altså se at det var en sammenheng mellom de tre miljøene, og en tydelig kobling mellom de tre måtene å jobbe på.

Når det gjelder den organisatoriske tilknytningen til de tre miljøene, var de autonome på ulike måter. SMM og HELTEF var organisert og plassert som selvstendige miljøer. En viktig del av virksomheten til disse miljøene, var den faglige autonomien. Autoritetsgrunnlaget for arbeidet de gjorde, var basert på faglig kyndighet. Avdeling for helsetjenesteforskning var organisert som en del av myndighetene, og kan dermed sies å allerede ha hatt en kombinasjon av myndighetsautoritet sammen med det faglige. Man kan anta at de hadde større sjanse for å bli hørt, og hadde også muligheten til å utarbeide retningslinjer for praksis. Likevel forteller informanten at dette ikke var nok, og miljøet ønsket en tydeligere rolle som leverandør av forskningsbasert kunnskap til praksis.

Evalueringsene som ble gjort av SMM og HELTEF i 2001 pekte også på at de burde få tydeligere roller, henholdsvis som rådgiver for myndighetene og innen den nasjonale helsetjenesteforskningen. Dette impliserer at de eksisterende organisasjonsformene ikke var optimale, og at arbeidet ikke skapte nok tyngde gjennom den opprinnelige plasseringen. Det kan også hevdes at det dreier seg om at disse arbeidsformene framstår som mer og mer sentrale i utviklingen av helsevesenet. Dette kan understøttes gjennom forklaringer om styringstendenser i form av NPM og transparens som ligger bak reformene og måter å tenke om kunnskap, som gjør at nye former for kunnskapsutvikling ses som mer sentrale. Det synes som det kan ses en retning der utviklingen peker mot vektlegging av nytteorientering av kunnskap. Dette skjer ved at fokus rettes mer og mer mot å vurdere effekten av forskningsbasert kunnskap på medisinsk praksis. De nye formene for medisinsk kunnskapsutvikling kan sies å være basert på en ide om nytte og effekt.

Kapittel 5: Kampen om Kunnskapssenteret

5.1 Introduksjon

Dette kapitlet beskriver etableringen av Kunnskapssenteret, ved å presentere det som kan karakteriseres som en kontroversiell prosess, som foregikk i to runder. Kapitlets tittel; ”*Kampen om kunnskapssenteret*”, spiller på striden som utspilte seg i de to etableringsrundene. Jeg vil presentere intensjonene som ble presentert fra myndighetenes side, samt reaksjonene og synspunktene fra de tre organisasjonene. Fokus er rettet mot hvorfor prosessen ble så kontroversiell. Hvorfor strides de ulike partene, og hva dreier uenighetene seg om?

Spørsmål jeg vil ta for meg er for det første utgangspunktet for sammenslåingen, hvor kom det formelle initiativet fra? Hvordan ble initiativet til etablering begrunnet av myndighetene? Hva slags synspunkter ble reist fra de tre miljøene rundt forslaget om fusjon? Videre vil jeg se på hvordan prosessen rundt etableringen gikk for seg, ved å gå gjennom og klargjøre hva slags argumenter som ble fremmet for og mot sammenslåingen av de tre organisasjonene. Jeg vil presentere de to rundene rundt etableringen kronologisk, og deretter et oppsummerende og analytisk punkt.

Kommunikasjonslinjene i prosessene foregikk i mange kanaler, både formelle og uformelle. Derfor er en stor del av informasjonen som dette kapitlet baserer seg på, hentet ut fra intervjumaterialet. Jeg er også først og fremst interessert i informantenes opplysninger og synspunkter, og argumentene som kom fram gjennom prosessene.

5.2 Første runde - ønske om samling

5.2.1 Utgangspunkt – formelt initiativ

”Det kom først på dagsordenen da Sosial- og Helsedirektoratet skulle bli etablert”
(informant 2).

Proessen med reorganisering av den sentrale helseforvaltningen i 2001 gikk parallelt med eierskapsreformen i sykehussektoren. Som informanten fra departementet sier det; *”Og for meg, så henger de to tingene sammen. Vi ville ikke klare å være et godt departement for en så*

stor omorganisering av spesialisthelsetjenesten, hvis vi ikke samtidig gjorde noe med vår egen organisering” (informant 3). Myndighetene ønsket en forenkling av de mange underliggende faglige etatene, som bar preg av dårlig samordning.

Myndighetenes utgangspunkt var altså en nær kobling mellom omorganiseringen i form av foretaksreformen, og endringene i form av reorganiseringen av helseforvaltningen. Informanten fra departementet uttrykker at de så det som nødvendig, eller egentlig som en forutsetning, å gjøre endringer også i den sentrale administrasjonen, for å kunne gjennomføre sykehusreformens målsetninger. Løsningen ble å gjenopprette et Sosial- og helsedirektorat for å samle sammen flere av de underliggende fagetatene. Da man initierte denne etableringen, var visjonen fra departementet opprinnelig å slå sammen flere mindre forskningsmiljøer, og samtidig legge inn under direktoratet flere av landets kompetanse- og kunnskapsutviklende miljøer. Dette utgangspunktet har sammenheng med en departementsintern utredning om det nasjonale sosial- og helsetjenesteforskningsområdet. Departementet uttrykker et ønske om å organisere et sterkt helsetjenesteforskningsmiljø som en del av den sentrale helse- og sosialforvaltningen (informant 3).

Informanten fra departementet forteller at myndighetene opplevde det som at man hadde for splittede miljøer på kunnskapshåndtering og kompetanseutvikling i helsetjenesten, det var *”litt her og litt der”* (informant 3). Myndighetenes hovedbegrunnelse for initiativet om å samle mindre etater i et nytt Sosial- og helsedirektorat var å skape en bedre utnyttelse av ressurser, og å samtidig forenkle infrastrukturen ved å ha færre underliggende fagetater. Man ønsket en overgang fra en ordning med mange små etater; som favnet over store områder og var veldig spesialiserte. I 1999 hadde departementet mellom 30 og 40 rapporterende enheter, dette var både uoversiktlig og skapte utfordringer når det gjaldt å skaffe styringsinformasjon for beslutninger;

”... når vi trengte noen til å utrede, eller analysere eller se på noe, så var det aldri noen som passet, for alle hadde sine spesialiserte områder, og så ting ut fra et veldig snevert felt. Liksom tobakk, eller fysisk aktivitet... altså det var veldig mange oppdelte enheter, som det var vanskelig å få til å samarbeide på en god måte, og vanskelig å få den helheten som vi trengte i forvaltningen” (informant 3).

Derfor behøvde myndighetene en enklere mulighet for å skaffe seg det man behøvde av kunnskap. Informanten fra departementet beskriver et behov for mer faglig kunnskap, for at de norske politiske myndigheter skal kunne delta aktivt i utviklingen av helsesektoren. Man

ønsket videre at kunnskapen skulle framskaffes på en enklere og mer effektiv måte; ”... jeg mener at myndighetene har så intenst behov for kunnskap på bestemte områder, og da kan vi ikke sitte og vente på at noen tilfeldigvis skulle interessere seg for dette feltet” (informant 3).

Helsedepartementet kom i 2001 med et utspill til de aktuelle organisasjonene. I et forslag som gikk ut til de involverte kunnskapsmiljøene⁵², ble det foreslått at de skulle slås sammen og innlemmes i nyopprettingen av et Sosial- og helsedirektorat; ”Og jeg ønsket da, i 2001, at alle disse skulle legges til direktoratet” (informant 3).

Departementets forslag la vekt på at de her ønsket å gjøre faktiske og reelle endringer, både ved å slå sammen og flytte på noen fagmiljøer; ”... alle reorganiseringer har en tendens til å bli seende ut omtrent akkurat sånn som det var før, bare at folk har fått nye titler, og organisasjonen har fått nytt navn, men her er det mulig, sa de, for hele, eller deler av miljøer å slå seg sammen, eller legge ut på vandring, [] og vi har noen forslag...” (informant 4).

Argumentene som fremmes fra myndighetene i begrunnelsen for sammenslåing dreier seg om flere ting. Det pekes på en utvikling som krever at politiske beslutningstakere trenger mer kunnskap om og oversikt over det medisinske området. For å få til en tilfredsstillende løsning, ønsket man å etablere en avdeling i direktoratet der myndighetene kunne bestille det de trengte av kunnskap. Man ønsket å etablere dette som et større miljø for å forenkle prosessene, og fordi man så det som mindre ressurskrevende enn å ha mange små miljøer. Jeg vil i det følgende presentere prosessene i de to rundene med forhandlinger som foregikk i forkant av, og under etableringen av Kunnskapssenteret. Etableringen beskrives som en ”lang og krevende prosess” (informant 3).

5.2.2 Prosessen i første runde

”Og så stakk jeg da den hånden inn i det vepsebolet det er innen forskning, å gjøre noe med det!” (informant 3, departementet).

Første tegn til snakk om sammenslåing av miljøer, var altså en prosess som startet ved reorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen. Departementet ønsket en enklere struktur

⁵² St.prp. nr.1 (2001-2002).

i forhold til underliggende kunnskapsproduserende etater, og ville blant annet at Avdeling for helsetjenesteforskning på Statens institutt for folkehelse, SMM og HELTEF skulle inkluderes i etableringen av det nye Sosial- og helsedirektoratet. Jeg vil her gjennomgå det første samlingsforsøket.

Utspillet fra departementet fikk blandet mottakelse hos de tre organisasjonene. Det ble tolket som en positiv mulighet av ledelsen i Avdeling for helsetjenesteforskning. Informanten beskriver det som at de var på søken etter endring, og så på forslaget som en sjanse til forandring; *”... jeg følte at vi drev med noe viktig, og at vi kunne godt bli større og sterkere. Og så var det en sjanse som kom da det ble annonsert at ’nå skal vi gjøre en omorganisering av den sentrale helseforvaltning’”* (informant 4). Lederen i dette miljøet hadde tidligere markert seg tydelig i debatter og aviskronikker om at man burde etablere større og sterkere kunnskapsmiljøer i Norge. Informanten fra avdelingen på folkehelse forteller om pågående *”... diskusjoner i vårt eget miljø, om at vi gjerne ville nærmere maktens arnested”* (informant 4). Ledelsen i miljøet framstår som en av pådriverne for utviklingen mot sammenslåing av mindre kunnskapsmiljøer. Man så det som en utfordring og en begrensning at *”... norske forsknings- og fagutviklingsmiljøer er jo nokså, ofte nokså små og fragmenterte”* (informant 4). De tre miljøene jobbet med til forveksling de samme områdene, og man tenkte at *”disse små miljøene burde kunne bli sterkere sammen”* (informant 4).

Hovedårsakene til at miljøet var aktive pådrivere mot endring var at de så det som vanskelig å skaffe nok ressurser og skape nok oppmerksomhet rundt virksomheten sin, til tross for at de så på arbeidet sitt som svært nyttig og viktig både for helseforvaltningen og for helsetjenestene; *”... det var vanskelig å komme nok frem i lyset med virksomheten”* (informant 4). Miljøet arbeidet med systematiseringer av kunnskap, og ledelsen i miljøet ivret for å skape en klarere sammenheng mellom evidensbasert forskning og praksis. Dette var et ønske som falt sammen med myndighetenes initiativ, og avdelingen kom derfor til å spille en viktig rolle i etableringen av Kunnskapssenteret.

Direktøren for det nye Sosial- og helsedirektoratet ble utnevnt sommeren 2001, og lederen av Avdeling for helsetjenesteforskning kontaktet da den nyutnevnte direktøren for å diskutere muligheter knyttet til departementets forslag. Avdelingen var veldig interessert i å jobbe mer mot praksis, og mente selv at de ville kunne utgjøre en interessant avdeling i det nye direktoratet (informant 4).

”Og jeg foreslo for han at vi skulle prøve å få til, og dette gikk skikkelig i dass da, men tanken var at vi skulle prøve å inspirere andre til å tenke litt moderne om hva forvaltning er. Og i Norge er det en veldig tradisjonell tenkning rundt det med direktorater, mens hvis man drar til andre land, så finner du mye mer spennende varianter, og også varianter som handler om forskning og utvikling. Så det jeg sa, var at vi burde ha en forsknings- og utviklingsavdeling i et direktorat som skal bestyre en så kunnskapsintensiv bedrift som helsetjenesten er. Og han og jeg ble enig om det i løpet av fem minutter, så det var vi skjønt enige om” (informant 4).

Informanten snakker her om muligheten for å skape en ny og moderne tilnærming til kunnskapsutvikling for helsemyndighetene, og uttrykker ønske om å være en del av en egen kunnskapsavdeling i helseforvaltningen. Departementets forslag om å slå sammen kunnskapsmiljøer gjennom direktoratet, fikk altså støtte fra Avdeling for helsetjenesteforskning og av den nyutnevnte direktøren for direktoratet.

Hos SMM vakte forslaget om inkludering i det nye Sosial- og helsedirektoratet sterke negative reaksjoner, som kom til uttrykk gjennom motvilje til forslaget; *”- Du kan godt kalle det motstand!”* (informant 2, SMM). Informanten formulerer det slik; *”Vi protesterte voldsomt. Og vi ville ikke så nært opp til en myndighetsinstitusjon, vi ville på en måte være dette [på en] armlengdes avstand”*. Helt siden etableringen av senteret som en del av SINTEF, hadde et sentralt aspekt ved virksomheten til SMM vært nettopp dette med at de var faglig autonome, og heller ikke var organisert som en del av myndighetene. Dette var et svært viktig aspekt for dem, og de gav tydelig uttrykk for sin uenighet og motstand til forslaget. Informant 4 beskriver reaksjonen hos SMM på departementets forslag om å bli inkludert i direktoratet på følgende måte; *”... da gikk de helt ’bananas’. Da, det ville de overhodet ikke høre snakk om!”* (informant 4). SMM var det av de tre miljøene som var mest selvstendig og frittstående, og styret var opptatt av at rollen og legitimiteten SMM hadde opparbeidet utad mot sykehus, pasientorganisasjoner, Legeforeningen og andre fagmiljøer skulle ivaretas. Det var viktig for SMM at rollen som en fri og uavhengig institusjon ikke skulle gå tapt gjennom en overgang til å bli tilknyttet helseforvaltningen.

For å forhindre departementets planer, tok styret i SMM kontakt med Legeforeningen for assistanse i saken. Legeforeningens informant forteller det slik; *”... i første fase så var det jo veldig motstand i SMM, mot å bli trukket inn i en mer departemental struktur, hvor de følte at*

sin frihet ikke ble fullt ut ivaretatt. Fordi at de fikk da mer politisk press på seg. Det var årsaken, og vi ga da full støtte til SMM” (informant 5). Legeforeningen gav uforbeholden støtte til SMM sitt syn, og informanten fra Legeforeningen begrunner dette på følgende måte; *”... de var jo da den etablerte fullstendig frie, [] selv om de hadde veldig mye oppdrag i fra det offentlige, så var de helt fristilt fra den politiske og departementale styring*” (informant 5). De ville unngå at SMM skulle *”... slukes av denne enheten*” (informant 5). Legeforeningens støtte bestod i å drive lobbying mot Sosialkomiteen på Stortinget, noe som skulle bli en avgjørende faktor for at prosessen i første runde ikke fikk gjennomslag.

I et brev fra Den norske lægeforening til Sosialkomiteens medlemmer, uttrykkes skepsis mot planene om etablering av forskningsaktiviteter i direktoratet, og mot at SMM er planlagt å inngå som en del av disse aktivitetene. Legeforeningen skriver at forskning som forutsettes å ha en fri og uavhengig stilling ikke bør innlemmes i direktoratet, fordi *”... forskningsenheten i et slikt direktorat vil fremstå som lite troverdig, da den alltid vil bli mistenkt for å være overordnet styrt av politiske og byråkratiske interesser...*” (Brev av 27.november 2001, ref. i Innst.O. nr.15/2001-2002). Videre retter Legeforeningen skepsis mot en inkludering av SMM i direktoratet, fordi dette strider mot formålet ved den opprinnelige etableringen av senteret, som nemlig var å ha en fri og uavhengig stilling; *” ... Legeforeningen har vanskelig for å forstå at et slikt senter som først nå begynner å få fotfeste i de medisinske miljøer er tenkt lagt inn under direktoratet, og derved stå i fare for å miste betydelig av både autoritet og legitimitet.*” (ibid.). Legeforeningen uttrykker her tydelige motforestillinger knyttet til forslaget om å samle kunnskapsmiljøer i direktoratet. Motstanden begrunnes i at uavhengig forskningsaktivitet ikke kan foregå innenfor en statlig organisering, og at en ved å samle et viktig fagmiljø som SMM så nær myndighetene vil føre til tap av faglig autoritet og legitimitet for deres vurderinger. Legeforeningen peker her på en oppfatning av at man står i fare for å opprette et organ som vil oppfattes som å levere en ”styrt” kunnskapsproduksjon.

HELTEFs holdning i første runde var at det var ønskelig for dem å opprettholde samme lokalisering og tilknytning til Akershus universitetssykehus som før, som en base for fri og uavhengig forskning. De ønsket å videreføre den kliniske nærheten de hadde gjennom sin beliggenhet ved sykehuset. Dette ble støttet gjennom evalueringen som ble gjort av HELTEF i 2001, der man betegnet det kliniske helsetjenesteforskningsmiljøet som unikt. Prosessen i første runde er likevel helt klart preget av at Avdeling for helsetjenesteforskning framstår som

en klar pådriver for samling av miljøene, og at det uttrykkes klar motstand mot forslaget fra SMM og Legeforeningen.

5.2.3 Utfallet etter første runde

”... vi bare besluttet på et tidspunkt at nå legges det død” (informant 3).

Legeforeningens innsats som støttespiller for SMM, og ved kontakt med Sosialkomiteen førte til at saken til slutt ble formelt avgjort ved at Sosialkomiteen påpekte at man ikke ønsket å ha forskning i direktoratet (St.prp. Nr.1 2001-2002). Departementet måtte da godta at planene om en integrering av flere kunnskapsmiljøer i en egen kunnskapsavdeling i direktoratet ikke kom til å bli gjennomført (Sluttrapport 2003). Informanten fra departementet har følgende kommentar til SMMs håndtering av denne saken;

”... de brukte sine politiske kontakter i Stortinget til å stoppe det. Sånn at det ble en, altså når du har veldig store reformer, så må du av og til sluke noen kameler for å få det til å gå gjennom. Og vi måtte bare legge hele den forskningsbiten død. Mitt ønske om å samle det miljøet i direktoratet, det ble en umulighet, eller vi hadde ikke klart... vi hadde ikke krefter heller til å kjøre et sånt løp, og når de politiske myndigheter ikke ønsket det, så måtte vi bare akseptere det” (informant 4).

Den sterke motstanden skapte mistillit og uenighet blant aktørene, og det endte i en tilspisset situasjon, som man hadde et møte hos departementsråden for å løse; *”Det spissa seg veldig, og endte i et sånt møte hos departementsråden, hvor jeg og X [lederen i SMM] og styrelederne og Bjørn-Inge Larsen⁵³ og fanden og hans oldemor var til stede. Og hvor det [] var skikkelig mistillit rundt bordet, og hvor det til slutt endte med at; ålreit, dere blir ikke pressa til dette nå i denne omgang.”* (informant 4). Dette utsagnet viser, sammen med andre informanters uttalelser, at departementet likevel holder en mulighet åpen for at det ved en senere anledning kan gjøres en ny vurdering av situasjonen.

Motstanden mot samling i direktoratet hadde hovedsakelig vært begrunnet i skepsis for at miljøenes faglige uavhengighet ville begrenses dersom organisasjonene skulle inkluderes i direktoratet;

⁵³ Daværende direktør i Sosial- og helsedirektoratet.

”Da hadde han⁵⁴ tilbudt forskjellige ting til disse miljøene, for at de skulle føle seg trygge, altså faglig råd, altså forskjellige ting som skulle gi en sikkerhet for uavhengig forskning, altså at bestillingen, på hvilket område man ønsket å vite noe mer om, den var helt klar, altså den kunne komme fra forskjellige miljøer, men man hadde en bestilling. Men på hvilken måte, og hvilke konklusjoner man så traff, det skulle være forskningsbasert, og ikke diktert, for å si det enkelt” (informant 3).

Informanten fra departementet presiserer her at det ble gjort klart for miljøene at myndighetene ved etableringen ikke ønsket å skape noen form for faglig styring av miljøene. Selv om dette ble gjort tydelig for de tre miljøene, fjernet det altså ikke skepsisen og motstanden hos SMM og HELTEF mot sammenslåingen og organisering som en del av myndighetene.

Helseministeren informerte de involverte partene i et brev om at SMM og HELTEF videreføres i 2002, men at man holder åpent for endringer av organisasjonsform i løpet av 2003 (ref. i Sluttrapport 2003). Det endelige resultatet av departementets fusjonsforslag og arbeidet høsten 2001 ble derfor at Avdeling for helsetjenesteforskning ble flyttet fra Statens institutt for folkehelse til det da nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet fra 1.januar 2002, mens SMM og HELTEF ble bevart som før; som to uavhengige institusjoner. De to miljøene beskriver begge i sine årsmeldinger dette året at de var fornøyd med ordningen og utfallet av prosessen.

I SMMs årsmelding for 2001 kommenteres det at prosessene rundt departementets forslag om sammenslåing var langvarige og turbulente, og at det en stund var fare for oppløsning av miljøet; *”reaksjonene i fagmiljøene rundt senteret til forslaget om at senteret skulle innlemmes i den sentrale helseforvaltning ble langt sterkere enn forventet. Uroen smittet også over på miljøet innad i senteret og det ble etter hvert klart at miljøet ville smuldre opp dersom forslaget ble tvunget gjennom”* (ibid.:7). Man berømmer departementet for å ha satt tilside planene om fusjon *”i denne omgang”*, og kaller det en *”klok beslutning”* (ibid.). Dette kan forstås i sammenheng med betydningen av senterets legitimitet i fagmiljøene rundt omkring, som man fryktet skulle bli skadelidende dersom forslaget om en nærmere statlig tilknytning ble gjennomført.

⁵⁴ Informanten refererer her til direktøren i Sosial- og helsedirektoratet.

5.2.4 Hvorfor gikk det ikke?

”Og jeg visste at i det øyeblikk man gjør noe som gjør at noen tror at de ikke kan forske fritt lenger, så skjer det mye. Og det som vi gjorde, høsten 2001, ble oppfattet som å skulle binde forskerne på en uheldig måte” (informant 3).

Første runde med forslag og planer om samling mislyktes hovedsakelig begrunnet i den sterke motstanden fra SMM; *”... blant annet fordi styret i SMM da, et eksternt styre, var veldig negative”* (informant 4). SMM hadde alliert seg med Legeforeningen, og informant 4 forteller at Legeforeningen henvendte seg til Sosialkomiteen, fordi; *”... Legeforeningen fikk det i vranghalsen, og drev lobbying i Stortinget [] ... og fikk gjennom at Sosialkomiteen sa noe om at man ikke skulle ha forskning i et direktorat”,* og videre; *”... gud veit hvorfor de skulle blande seg oppi dette her i det hele tatt, men de gikk og tuta øra fulle nede i Sosialkomiteen, [] de elsker jo å gå nede i de gangene...”* (informant 4). Informanten kommenterer at Legeforeningen viste seg som en overraskende sterk aktør i denne saken.

Motstanden mot fusjonering ser ut til å ha vært begrunnet på ulike måter. For SMM sin del var det først og fremst en slags frykt for å bli organisatorisk nærmere knyttet til myndighetene, siden forslaget i første omgang gikk ut på å lokalisere alle miljøene under direktoratet. Man var negativ til at den nye organisasjonen skulle organiseres som en del av helseforvaltningen, og frykten var begrunnet i at forskningen dermed skulle bli hemmet og styrt (informant 2 og 5). *”... Og det har jo aldri vært intensjonen. Altså, ingenting er jo mindre interessant enn å skulle få det som måtte være liksom ønskede resultater. Så det ble en, det ble liksom for mye å skulle forklare at det var ikke sånn det skulle være”* (informant 3). Informanten fra departementet framhever her at de hele tiden presiserte at selv om man ønsket å etablere et større kunnskapsmiljø som en del av helseforvaltningen, ville man at de skulle fungere faglig uavhengig. Dette dreier seg om autonomi og legitimitet, og en oppfatning av at man ønsker å skille mellom myndighets- og kyndighetsbasert autoritet. Det framheves i SMMs årsmelding at man mottok entydige signaler fra fagmiljøene som de samarbeidet med, om at miljøet og funksjonen måtte ivaretas og videreutvikles (Årsmelding SMM 2001).

For HELTEF sin del var også noe av skepsisen begrunnet i at de tre miljøene representerte tre forskjellige retninger i forhold til forskning og arbeidsform, særlig når det gjaldt hvor stor rolle primærforskningen har spilt i virksomheten. Både SMM med sine helseteknologivurderinger, og Folkehelsemiljøet med sitt fokus på evidensbasert medisin, arbeidet primært med oppsummeringer av eksisterende kunnskap (sekundærforskning), mens HELTEFs arbeidsform var primærforskning knyttet til kvalitetsarbeid. Det synes som om noen av organisasjonene dermed var redde for å miste sin egenart, og var skeptiske til om den nye organisasjonen skulle bli for preget av det største fagmiljøets arbeidsform, som da ville komme til å dominere arbeidsoppgaver og metoder. Dette hadde blant annet sammenheng med at de tre organisasjonene var av svært ulik størrelse, når det gjaldt antall ansatte; ”... *det var jo et slags tvangsgifte med parter av veldig ulik størrelse*” (informant 4). I 2003 hadde Kunnskapsdivisjonen 30 årsverk, SMM 14 og HELTEF 25. Denne problemstillingen nevnes både i skissen og sluttrapporten ved etableringen, samt i flere av intervjuene.

5.2.5 En midlertidig løsning?

”... *det oppstod straks debatt da, om hvorvidt det var riktig å ha forskning i et direktorat*” (informant 4).

Avdeling for helsetjenesteforskning ble en del av det nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet fra 1.januar 2002. Informanten fra SMM kommenterer at de oppfattet det som at miljøet fra Folkehelse var tilfreds med den nye organiseringen som en avdeling i direktoratet; ”*Folkehelsemiljøet gikk med, og de syntes det var greit, tror jeg, å komme nærmere myndighetene*” (informant 2). Men det var ikke alle som var like fornøyde med denne løsningen.

I merknadene til statsbudsjettet høsten 2001 hadde Sosialkomiteen kommentert problemet med å ha forskning i et direktorat, med henvisning til brevet fra Legeforeningen. Sosialkomiteen understreket at det ikke burde bygges opp noe eget forskningsmiljø i direktoratet, men at man kunne etablere utredningskompetanse for å kunne gjennomføre oppsummeringer av annen forskning (Innst.O. nr.15/2001-2002). I et brev fra Helseministeren til de involverte parter presiseres at Sosial- og helsedirektoratet ikke skulle ha forskningsaktiviteter som forutsatte en fri og uavhengig stilling, men at man ønsket å bygge opp kompetanse på kunnskapsoppsummering og kvalitetsutvikling (ref. i Sluttrapport 2003).

Imidlertid roet ikke kritikken seg, allerede før avdelingen var kommet på plass i sin nye organisasjon, hevet kritiske røster seg angående spørsmålet med å ha en forskningsavdeling i et direktorat; ”... *da vi kom til direktoratet, altså da dette ble bestemt, for denne debatten begynte å rulle med en gang da, før vi allerede var kommet på plass*” (informant 4). Blant annet ble det stilt spørsmål i Stortinget til helseministeren om denne løsningen i november 2001, der det blir bedt om en forklaring på hvordan forskning i direktoratet skal kvalitetssikres, og hvordan uavhengighet og tilstrekkelig kritisk avstand til politikken skulle ivaretas. I sitt svar forsvarte helseminister Dagfinn Høybråten divisjonen ved å peke på behovet for å bedre kunnskapsgrunnlaget for politikk og praksis, for å; ”... *tilrettelegge flommen av forskningsresultater om effekt og nytte*”. Det framheves at man ønsker å samle forskning om effekter av tiltak og virkemidler gjennom Sosial- og helsedirektoratet, fordi at; ”... *viktige utøvende og rådgivende oppgaver kan ikke ivaretas på en meningsfull og kompetent måte uten at en samtidig har et ståsted i forskningen*”. I tillegg la man vekt på at Avdeling for helsetjenesteforskning allerede var organisert på Folkehelse som en del av helseforvaltningen, og at det derfor kun var snakk om en ny organisering og arbeidsdeling (Dokument nr. 15 (2001-2002), Spørsmål nr. 28).

Informanten fra Avdeling for helsetjenesteforskning forteller at det i desember 2001 var snakk om å reversere hele prosessen med å opprette en Kunnskapsdivisjon i direktoratet.

Departementsråden merket seg at Legeforeningens motstand når det gjaldt å inkludere SMM i direktoratet som hadde kommet til uttrykk gjennom Sosialkomiteen i Stortinget, fortsatt var gjeldende og også preget denne etableringen (informant 3 og 4). Imidlertid var både lederen for avdelingen og direktøren i direktoratet enige om at en endring var nødvendig, og sammen fikk de allikevel gjennomført den planlagte flyttingen; ”... *jeg ville da ha en endring, og direktøren ville det, og til sammen så var det nok for å få det til. Fordi at jeg hadde innflytelse over de folka, og han hadde innflytelse over den organisasjonen vi kom til*” (informant 4).

De var begge fast bestemt på å etablere en Divisjon for kunnskapshåndtering i direktoratet:

”... *jeg mente at, og hadde tilslutning fra egen medarbeidere, at det måtte være relevant at det var et miljø i Sosial- og helsedirektoratet som jobbet med å bidra til at man i Norge drev mer og bedre klinisk forskning. Et miljø som bidro til å rydde i dette rotet, et miljø som bidro til å lage prosesser som sikra bedre kunnskapshåndtering ute i helsetjenesten*” (informant 4).

Man valgte å endre på avdelingens navn da den ble flyttet til direktoratet, det ble omdøpt til Divisjon for kunnskapshåndtering; ”... så foreslo jeg for Bjørn Inge Larsen at vi skulle kalle det kunnskapshåndtering, for det er liksom en del av det vi driver med, og ikke forskning og utvikling, bare for ikke å irritere Sosialkomiteen for mye” (informant 4).

Det var tydelig at etableringen av en Kunnskapsdivisjon som del av direktoratet ikke var en optimal løsning for verken kunnskapsdivisjonen, direktoratet eller departementet, og at det raskt oppstod vanskeligheter knyttet til løsningen man hadde valgt. Motvilje ble rettet mot å ha forskning i et direktorat, det ble opplevd som en vanskelig å forsvare utad at miljøet hadde en uavhengig rolle gjennom denne organiseringen. Dette peker frem mot runde nummer to i etableringsfasen.

5.3 Andre runde, og endelig sammenslåing

5.3.1 Hvorfor et nytt initiativ?

”Og så, vel vel, det ble lagt på is, disse miljøene fungerte for så vidt sånn som det hadde vært før, samtidig som det var nok en sånn gryende utilfredshet i disse miljøene også, etter hvert som vi hadde tatt noen initiativ for å samle. Og det hadde vel også et potensial i å vokse og bli sterkere” (informant 3).

Det ble altså helt fra starten av en del murring rundt å ha en kunnskapsdivisjon i direktoratet, mange mente at det ikke var rett å ha forskning plassert som en del av helseforvaltningen. Sterk kritikk ble hele veien rettet blant annet fra Legeforeningen, spørsmål ble stilt i Stortinget, og Sosialkomiteen kommenterte i sine merknader til statsbudsjett at man ikke ønsket å ha forskning som del av et direktorat.

Spørsmålet om kunnskapsdivisjonen kom på nytt opp i Stortinget. Der representanten viste til Sosialkomiteens merknader for statsbudsjettet for 2002, og helseministerens brev, og spurte hvorfor Divisjonen utlyste forskerstillinger, og mente dette var i strid med Stortingets forutsetninger (Dokument nr. 15 (2001-2002), Spørsmål nr. 449). Helseministeren svarte at aktiviteten til divisjonen ikke var primærforskning, men kunnskapsoppsummeringer og kvalitetsutvikling. Svaret presiserte også at en videre avklaring angående miljøets tilknytning var til vurdering innad i departementet. En faglig gjennomgang av forskningsaktiviteten i

Sosial- og helsedirektoratet konkluderte i august 2003 med at divisjonens virksomhet burde organiseres utenfor direktoratet for å sikre tilstrekkelig uavhengighet (Sluttrapport).

På den ene siden hevder informanten fra kunnskapsdivisjonen at det *”... var en utrolig overfladisk diskusjon, om både hva forskning er, og hva et direktorat er”* (informant 4).

Informanten mener at merknadene til statsbudsjettet som presiserte at det ikke var ønskelig å ha en divisjon som arbeidet med forskningsrettet arbeid i direktoratet, var både usystematiske og tilfeldige; *”Hvis du ser på merknadene til budsjettet der, som da blir policy, det blir veldig retningsgivende, så står det bare noen sånn slarvete bemerkninger som er omtrent ordrett det lobbyisten, i dette tilfellet Legeforeningen, sa”* (informant 4).

En av de andre informantene påpeker at det var en viktig diskusjon, og ser det som naturlig at man ikke kunne sitte i et direktorat og forske på samme måte som i en organisasjon utenfor.

Informanten sier at Divisjon for kunnskapshåndtering;

”... syntes nok at de hadde det ganske fint i direktoratet, de syntes de hadde det fritt, de kunne forske, de kunne gjøre hva de ville, men det var mer myndighetene som satte spørsmålstegn ved om de virkelig skulle få lov til å holde på sånn innenfor et direktorat. For det ble jo ganske sånn krasj i forhold til hvordan de andre menneskene innenfor direktoratet måtte jobbe. For de kunne jo ikke bare sitte og forske, de måtte jo på en måte levere ett eller annet, ikke sant?” (informant 2).

Problemene knyttet til skepsis rundt organiseringen av divisjonen, gjorde at både lederen av kunnskapsdivisjonen og direktøren i direktoratet så at noe måtte gjøres; *”... da gikk det etter hvert opp for både meg, Bjørn Inge Larsen⁵⁵ og departementsråden at dette... det kom til å bli vanskelig å ha oss der da”* (informant 4). Det virket vanskelig å forsvare organiseringen av kunnskapsdivisjonen som en del av direktoratet. Imidlertid var man i departementet negative til å gjøre ytterligere organisatoriske endringer. Det var nettopp gjennomført en stor reorganisering av helseforvaltningen, og man var ikke villig til å uten videre omorganisere på nytt. Departementet sendte signaler om at de ville skape ro i organisasjonene, og ville derfor ikke gjennomføre flere endringer (informant 3 og 4). Dette synet ble holdt fast på helt til våren 2003:

⁵⁵ Direktøren i Sosial- og helsedirektoratet.

”Men så, plutselig, på våren 2003, jeg husker det godt, så ringte Bjørn-Inge Larsen og sa at ”nå har ho⁵⁶ snudd”. Og nå husker jeg ikke lengre hvorfor hun endret oppfatning, jeg tror en av grunnene var at det gikk noen, i det minste noen rykter om at SMM kunne tenke seg å bli med i et større kunnskapssenter hvis det lå utenfor direktoratet. Og, pluss at jeg tror at hun så ikke noen annen, hun visste at hun før neste Stortingsbehandling igjen, i høstsesjonen, var nødt til å kvittere ett eller annet, gi ett eller annet svar til komiteen, og vise at hun ikke ignorerte deres klare råd eller merknader, og derfor så snudde hun” (informant 4).

Utsagnet tyder på at det også i de to miljøene var antydninger til interesse for en sammenslåing, og at de viste seg mer endringsvillige enn i første runde. Det var på tide med et nytt forsøk på etablering, hva var det som gjorde dette mulig?

5.3.2 Forutsetninger og forbehold

”... det fins mange strømninger, og dette følte noen som en trussel mot den frie kunnskapsutviklingen” (informant 4).

Med støtte fra departementet begynte prosessen å rulle for andre gang. Tiden var moden for å se på dette igjen, og man startet på nytt med kontakt og møter med de forskjellige miljøene (Sluttrapport). Informanten fra departementet forteller at man i andre runde gikk vekk fra den opprinnelige planen om organisering som en del av direktoratet, og begynte å se på muligheten for å etablere det nye kunnskapsmiljøet som et eget senter;

”... Og den første intensjonen var jo å samle det, og lage det i en egen divisjon i direktoratet, men etter hvert så ble det tydeligere at det å etablere det som et eget senter ville løse veldig mange av de problemene som de ansatte følte da. Og, altså det viktige for meg, var jo at, vi skulle ha et sted som kontinuerlig jobbet med kompetanse i helsetjenesten, og at vi hadde, sammen med helseforetakene, mulighet til å få bestille oversikter, få gjennomført forskning, men ikke grunnforskning, som bør skje ved universitetene. Og hvorvidt det var en egen institusjon eller ikke, ble på en måte ikke så viktig” (informant 3).

En ny løsning ble introdusert, nemlig å opprette en egen organisatorisk enhet uavhengig av direktoratet. Ved å lage en egen institusjon for kunnskapsproduksjonen ønsket man å omgå

⁵⁶ Det refereres her til Departementsråden i Helsedepartementet.

problemene knyttet til organisatorisk og faglig autonomi. Det ville fortsatt være en statlig tilknytning for å sikre bestiller-funksjonen, men man ønsket å skape klar faglig uavhengighet og autonom organisering.

I 2003 var tiden inne for bevegelse i SMM og HELTEF. De synes som om de to miljøene av ulike grunner stilte seg mer villige til å foreta noen forandringer. Det hadde i varierende grad vært motstand mot planene i første runde, der SMM hadde marker seg som den klart mest skeptiske og negative til sammenslåingen; ”... i *varierende grad motstand. SMM var ganske mye motstand*” (informant 2). SMM var heller ikke udelt positive i andre runde. Informant 4 beskriver dem som meget skeptiske også i 2003;

”... jeg vet ikke hva de har sagt til deg, men [lederen i SMM] var jo en stor skeptiker og er det hele veien. Hun var svært skeptisk til om dette var en god ide i det hele tatt, og har uttrykt seg mange ganger slik at jeg i hvert fall oppfattet det dit hen at hun egentlig skulle ønske at, det beste hadde vært status quo. Men at hun følte seg presset, og at de ikke kom til å få nok penger og sånn. De hadde jo 100 % av sine inntekter fra det samme Helsedepartementet de hadde sparka på skinnleggen ved å si at, vi gidder ikke å være med i dette Nasjonalt kunnskapssenter, ikke sant? Det ble et ganske komplisert forhold for dem”.

Informanten formidler det her som om at SMM opplevde et betydelig press fra myndighetene i forhold til å fortsette sin videre drift som del av SINTEF, mot alternativt å godta en sammenslåing med de andre to miljøene. Helsedepartementet sendte signaler til SMM om at de ikke opplevde organiseringen som en del av SINTEF som optimal. I et brev fra departementet opplyses det formelt om virksomhetsoverdragelse til Kunnskapssenteret (Brev 20.11.2003). I SMMs årsmelding for 2003 heter det at; ”... *Når departementet i tillegg sendte styringsgruppen meget tydelige signaler om at en ikke var villig til å satse på senteret med denne plasseringen [på SINTEF], hadde styringsgruppen i realiteten intet valg: Vi gikk konstruktivt inn i prosessen som har ledet fram til etableringen av det nye Kunnskapssenteret med SMM som en forhåpentligvis sentral enhet*” (Årsmelding SMM 2003:6). Det tegnes her et bilde av en fase med sterkt press på SMM fra departementet. En informant sier om lederen i SMM at; ”... *hun ble jo dratt etter håret inn i Kunnskapssenteret, det vil jeg si..*” (informant 4).

SINTEF Unimed kommenterte i sin årsmelding for 2003 at SMMs virksomhet gjennom flere år hadde bygd opp faglig tillit og en unik posisjon som man var redd ville gå tapt ved en

omorganisering. Man framhevet at den unike posisjonen var basert på forankringen i SINTEF, sammen med den balanserte styringen fra Helsedepartementet, og stilte seg negative til en endring i organisasjonstilknytningen; ”... *Vi mener det er strategisk klokt at denne virksomheten [SMM] videreutvikles innenfor en slik ramme som sikrer miljøets faglige integritet og utviklingsbehov. [] så ble det allikevel besluttet av Stortinget at denne avdelingen blir en enhet i det nye statlige Kunnskapssenteret*” (SINTEF Helse Årsrapport 2003:10). I SMMs egen årsmelding for 2003, kommenterte styringsgruppen at SMM plassering ved SINTEF har vært fordelaktig, med full faglig frihet, personalpolitisk fleksibilitet og administrativ støtte. Likevel påpekes at statusen som prosjekt var for usikker, siden man ikke hadde særlig forutsigbarhet når det gjaldt økonomiske rammevilkår og utviklingsmuligheter. Styret ønsket både av hensyn til SMMs funksjoner og senterets stab å finne en mer stabil organisatorisk og økonomisk forankring. Det pekes her på at det trengs en løsning på organisatoriske og økonomiske utfordringer, samtidig som man presiserer viktigheten av at den faglige autonomien og legitimiteten ivaretas;

”... *Det er imidlertid av stor betydning at de nye løsningene gir rom for å ivareta fagmiljøet og SMM som merkevare i norsk helsevesen. Videre er det viktig at SMM opprettholder sin faglige autonomi og at virksomheten videreføres med en egen faglig styringsgruppe. Samtidig åpner en ny organisatorisk paraply for positive synergier i forhold til andre relevante fagmiljøer*” (Delprosjekt 2003:9).

Det var også andre eksterne aktører enn Legeforeningen som var skeptiske til forslaget om å samle medisinske kunnskapsmiljøer i en organisering under direktoratet. Informanten fra SMM forteller at det var flere i spesialisthelsetjenesten som var negative til at SMM skulle etableres som en del av myndighetene; ”... *fordi de mente at når for eksempel SMM går over fra å være en uavhengig stiftelse og kommer inn under direktoratet, så blir det liksom myndighetene. Da blir det myndighetenes signaler. Det er ikke et uavhengig sted lenger...*” (informant 2). Informanten forteller om reaksjoner også fra andre fagmiljøer, Norsk pasientforening og helseforetakene. Samme informant forteller at foretakene og legeforeningen rettet spørsmål om den organisatoriske tilknytningen; ”... *altså, Kunnskapssenteret er nå en ting, men det at vi skulle være underlagt direktoratet, det tror jeg de fleste så ganske negativt på*” (informant 2).

Informanten fra SMM hevder at kunnskapsdivisjonen var fornøyd med ordningen å være en del av direktoratet, men siden det ble rettet stilt spørsmål ved og rettet kritikk mot

plasseringen der måtte de flyttes ut; ”Så de var egentlig heller ikke så glad for å komme ut” (informant 2). Samme informant framhever HELTEF som de mest positive til det nye initiativet, på bakgrunn av at det var en sikrere økonomisk løsning;

”De som var mest positive, det var disse HELTEF, som kom fra Akershus. Fordi de hadde slitt mye med å få bevilgninger, og var truet med om ikke akkurat nedleggelse, så i hvert fall reduksjon, så de var ute etter å få prosjekter. De var liksom styrt av sine prosjekter, de var stadig ute etter å få penger til prosjektene. Så de så på dette som kanskje en litt sånn trygg havn, rent økonomisk” (informant 2).

HELTEFs ansatte opplevde i 2001 og 2002 et par år med endringer og usikkerhet. Foretaksreformen medførte at en av grunnleggerne av Stiftelsen, ikke lenger var eier av sykehuset der HELTEF var lokalisert, og de trakk seg fra samarbeidet. I tillegg opplevde man en nedgang i oppdrag i 2001, dette skyldtes avventende holdninger hos HELTEFs hovedoppdragsgivere knyttet til omorganiseringen i form av foretaksreformen. Fram mot 2002 ble imidlertid pasientopplevelser pekt ut som en nasjonal kvalitetsindikator, slik at de kunne fortsette arbeidet med kvalitetsevalueringer i form av PasOpp-rapportene. Videre vedtok Utdannings- og forskningsdepartementet som opprinnelig var en av HELTEFs stiftere, at HELTEF skulle flyttes over til og vurderes sammen med alle Sosial- og helsedirektoratets forsknings- og utviklingsenheter (Årsmeldinger HELTEF 2001 og 2002). Sosialkomiteen ba i 2002 departementet sørge for at HELTEFs arbeid med kvalitetsindikatorer for helsetjenesten ble tilført nødvendige ressurser for å videreføres (B.innst.S. nr.11/2002-2003).

Informanten fra kunnskapsdivisjonen forteller om HELTEF at de;

”... hadde jo en annen historie, de hadde vært en, de var en stiftelse under Utdanningsdepartementet, og hadde en helt, bitteliten grunnbevilgning på 6 millioner kroner eller noe sånn, pluss noen prosjektpenger. Så det var en ganske sånn liten greie, og de, Undervisningsdepartementet prøvde da å kvitte seg med disse småpostene de hadde, og disse stiftelsene de hadde, altså de ville heller ikke fortsette å ha, de ville også reorganisere bort sånne ting” (informant 4).

Det heter i Årsmeldingen fra HELTEF 2003 at til tross for at de fikk ”vage signaler” om at det ville komme et initiativ fra Helsedepartementet angående HELTEFs framtid, valgte man å starte en intern utviklingsprosess i organisasjonen (ibid.:4). Dagen før styret skulle vedta den nye strategiplanen for virksomheten, kom det en invitasjon fra Helsedepartementet;

”Helsedepartementet besluttet i juni å invitere HELTEF til å være med i dannelsen av et nytt nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, sammen med Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet og Senter for medisinsk metodevurdering. Invitasjonen inneholdt også et varsel om at HELTEFs økonomi kunne komme til å bli skadelidende dersom man ikke ble med på fusjonen”
(Årsmelding HELTEF 2003:4).

Det beskrives også her en situasjon med sterkt press og klare signaler fra myndighetene. Informant 4 har følgende kommentar om lederen av HELTEF sin oppfatning av samlingsprosessen; *”... lederen tror jeg omtrent følte det som han fikk pistolen der [til hodet]...”* (informant 4).

5.3.3 Endelig etablering

”Og så gikk det da et år eller noe sånt, hvor da Folkehelsemiljøet var innenfor direktoratet, og vi fortsatte utenfor, på SINTEF. Men så kom denne tanken opp på nytt i departement, og direktorat, om ikke man likevel skulle prøve å få til en samling av disse som jobbet nokså på samme måte. Og også fordi det var ganske mye forskning i det Folkehelsemiljøet som direktoratet hadde fått innenfor sine vegger. Og folk reiste spørsmål, skal det være så mye forskning inne i et direktorat, så derfor så ble det en slags sånn felles ønske om å etablere noe utenfor direktoratet som både tok alt det som hadde vært av forskning og Cochrane og alt sånt, og som tok SMM, og som også da tok denne HELTEF, denne helseforskningsinstitusjonen som lå på Sentralsykehuset i Akershus, og det ble Kunnskapssenteret; de tre beina (informant 2, SMM).

Da planene om sammenslåing ble gjenopptatt våren 2003, skjøt prosessen fart. Helsedepartementet tok på nytt kontakt med de impliserte miljøene som alle signaliserte interesse for å gå videre i prosessen med å etablere et samlet miljø (Delprosjekt 2003). Denne gang gikk det raskt fra samtalene om Kunnskapssenteret startet opp igjen om våren, og til prosjektgruppen ble nedsatt om sommeren. Prosjektgruppen fikk i oppdrag å lage en skisse til formål, oppgaver og overordnet organisering av senteret (ibid.). Skissen ble deretter brukt som utgangspunkt for den avgjørende dialogen og drøftingene med de tre involverte miljøene. Det ble etablert to styringsgrupper, en ekstern og en intern. Den eksterne bestod av departementsråden i Helsedepartementet og direktøren i Sosial- og helsedirektoratet. Den

interne styringsgruppen involverte direktørene i de tre miljøene, samt den nyutnevnte direktøren for Kunnskapssenteret. Under dette engasjerte man arbeidsgrupper som involverte de ulike ansatte. Prosjektrapporten ble lagt fram til de ulike organisasjonene om høsten, det ble enighet om vilkårene, og etableringen ble vedtatt i Stortinget ved behandlingen av statsbudsjettet for 2004 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)).

Den endelige etableringen tok form som et eget senter organisert under direktoratet. Kunnskapssenteret ble etablert som en etatsstyrt institusjon – et forvaltningsorgan uten beslutningsmyndighet, med et eget kapittel på statsbudsjettet og med egne statutter for å ivareta og sikre den faglige autonomien. Jeg vil gå gjennom ulike sider ved denne løsningen i neste kapittel.

5.4 Oppsummerende og analytiske betraktninger

Første runde av etableringen var en komplisert prosess som pågikk i løpet av 2001, før man måtte gi opp målsetningen om å samle de tre miljøene i direktoratet. To år senere var det klart for å starte prosessen på nytt, og Kunnskapssenteret ble etablert. Den endelige samlingen lyktes hovedsakelig på grunn av en mer tydelig styringsvilje hos myndighetene. Løsningen ved den endelige etableringen ble da å opprette det samlede kunnskapsmiljøet som et eget senter utenfor direktoratet, for å imøtekomme miljøenes krav om organisatorisk autonomi. Kravet om faglig autonomi ble ivaretatt gjennom statutter som sikret at virksomheten ikke kunne bli faglig styrt. Bakgrunnen for etableringen må ses i sammenheng med samtidige reformer og endringer i helsesektoren, vi har sett at parallelle tendenser mot endring i de tre organisasjonene kan ses i forbindelse med sykehusreformen.

Argumentene mot en samling av organisasjonene som kom fra gjennom prosessene dreier seg hovedsakelig om to ting; at fagmiljøene ønsket å være uavhengige av statlig organisering og at de ville ivareta sin faglige autonomi. De tre miljøene hadde ulik tilknytning, ulik tyngde og ulikt fokus. Skepsisen til samling kan forstås som motforestillinger til hva slags effekter en plassering under statlig myndighet ville få for virksomheten, eller det kan ses som en generell motvilje til forandring. Avdeling for helsetjeneste var positive og fungerte som en pådriver for samling gjennom etableringsprosessene.

De politiske myndigheter formidlet et ønske om å utvikle fagkompetansen i den offentlige sektor, basert på en ide om at ”... kompetanse vil være veldig mye av det som er avgjørende

for hvilken helsetjeneste vi skal ha” (informant 3). Informanten fra departementet beskriver en utvikling med stadig nye utfordringer som myndighetene trenger å være faglig forberedt for å kunne møte. Det uttrykkes et ønske om, og et behov for myndighetene å kunne ”bestille” det man trenger av kunnskap. Det presiseres likevel at man ikke er ute etter å styre kunnskapsutviklingen, men at man vil ha en nærmere tilknytning mellom kunnskapsutviklende institusjoner og myndighetene. Myndighetene ønsket å knytte til seg faglig kyndighet gjennom en organisering i helseforvaltningen, fordi man ønsket et bedre kunnskapsgrunnlag for både politikk og praksis. De tre miljøenes arbeidsform hadde nær sammenheng med hverandre, og myndighetene ønsket en enklere organisering av viktige kunnskapsmiljøer.

Fra de tre miljøene sitt ståsted, så vi i kapittel fire at det skjedde interne endringer i sammenheng med foretaksreformen. Det var kimer til endringer når det gjaldt tilknytningsform og organisering, og problemer knyttet til økonomi og ressurser for flere av miljøene. Gjennom prosessene i forkant av etableringen av Kunnskapscenteret, har vi sett at de tre organisasjonene tok imot forslaget om fusjon med ulike reaksjoner, og at de spilte meget forskjellige roller i de videre prosessene.

Styret i HELTEF sitt ønske var å beholde sin posisjon som et uavhengig miljø med nær klinisk tilknytning, noe som også ble anbefalt i evalueringen av senteret i 2001. Avdeling for helsetjenesteforskning framstår som en pådriver for endring og sammenslåing, gjennom et nært samarbeid med både departementsledelsen og lederen i det nyopprettede direktoratet. Begrunnelsen for endring fra dette miljøet formuleres som et syn på egen virksomhet som sentral i utformingen av framtidens helsevesen, og dermed et ønske om å kunne ha en sterkere stilling for påvirkning og innflytelse. SMM framstår gjennom prosessene som den klareste motstanderen til forslaget om sammenslåing, og uttrykker tydelig sin skepsis. Motstanden fra SMM beskrives som hovedårsaken til at første omgang i sammenslåingsprosessen mislyktes, ved at Legeforeningen engasjerte seg i saken på vegne av SMM.

Hvorfor foregår det i to runder, hva slags uenighet er det som tydeliggjøres gjennom prosessene, og hva kan tolkes ut av dette? SMM var skeptiske fordi de var redd for å bli påvirket i sin faglige frihet og i sine faglige konklusjoner. Senteret hadde opparbeidet seg et solid grunnlag og legitimitet i fagmiljøet, og man var redd for at dette skulle gå tapt gjennom å bli organisert som en del av myndighetene. Forslaget om at SMM skulle slås sammen med andre miljøer i en statlig struktur ble mottatt med skepsis fra flere organisasjoner og

fagmiljøer. Mest tydelig var Legeforeningen, gjennom uforbeholden støtte til SMM. På grunn av Legeforeningens kontakt med sosialkomiteen på Stortinget, ble derfor samlingen i første runde avverget og utsatt. Resultatet av første runde var at SMM og HELTEF ble videreført, og at Avdeling for helsetjenesteforskning ble flyttet med i etableringen av det nye Sosial- og helsedirektoratet, i en egen Divisjon for kunnskapshåndtering. Dette kan synes som en midlertidig løsning som nærmest ble presset gjennom av lederen for avdelingen og direktøren for direktoratet, til tross for at man fra departementshold vurderte å ikke gjennomføre denne endringen. Det ble blant annet rettet skepsis mot denne løsningen fra Legeforeningen, fordi man mente det var feil å plassere forskning som en del av direktoratet. Departementet ble nødt til å gjøre noe med plasseringen av det som ble oppfattet som en forskningsavdeling i direktoratet. Informantene snakker om at kritikken som kom fram via Legeforeningen, Sosialkomiteen og i form av spørsmål i Stortinget, gjorde det etter hvert tydelig at dette var et problem som man måtte finne en løsning på.

I runde to av etableringsfasen snakker informantene om at "tiden var moden" for endring. Samtidig som vi ser at departementet nærmest presser SMM og HELTEF i form av tydelige signaler om mulig nedleggelse og/eller økonomiske sanksjoner hvis sammenslåingen ikke gjennomføres. I sammenheng med foretaksorganiseringen ble HELTEFs økonomiske situasjon usikker. Forutsetningene deres ble endret og en sammenslåing ville sikre en videre eksistens, selv om det kunne gå på bekostning av autonomi.

Politisk press og økonomisk usikkerhet synes å være hovedårsakene til at organisasjonene i andre runde samarbeidet og fant et nytt grunnlag å jobbe videre med fusjonen.

Sammenslåingen ble gjort ut fra forutsetninger om at man skulle ivareta de tre opprinnelige organisasjonenes arbeidsformer og -metoder. Og at den faglige autonomien ble sikret gjennom et ledd av garantier, i form av organisering som et selvstendig forvaltningsorgan uten beslutningsmyndighet, men med et sett av statutter som sikrer den faglige autonomien, og med et eget budsjett som sikrer de økonomiske aspektene.

Myndighetens ønske om å etablere et kunnskapssenter kan tolkes på flere måter. Det kan ses på som et ønske om sterkere statlig styring, i form av sentralisering av medisinsk kunnskapsproduksjon. Det at man slår sammen flere mindre forskningsmiljøer, og organiserer dem som en del av helseforvaltningen, vil gjøre feltet mer oversiktlig og også enklere å påvirke. Styringstendenser som NPM og transparens tydeliggjør et økt fokus på kravet om kvalitet, og man ser på kunnskap og kompetanse som et viktig ledd for å møte denne

utviklingen. Gjennom å dra miljøene nærmere inn i styringen av helsetjenesten, kan en spørre om myndighetene skaper grunnlag for mer kontroll, både over miljøene og over produktene de leverer. En annen forklaring kan være et ønske fra myndighetene om at organisasjonenes arbeid skal gis mer tyngde og påvirkningskraft, og at de derfor trekkes nærmere inn i styringssystemet. Ser man det fra organisasjonenes ståsted kan det pekes på at for eksempel Avdeling for helsetjenesteforskning er en tydelig pådriver for å bevege kunnskapsutviklingen lenger inn på myndighetsområdet, for i større grad å kunne påvirke beslutningsgrunnlaget i helsepolitikken. Mens fra SMMs ståsted ønsket man å bevare den organisatoriske uavhengigheten for å sikre faglig legitimitet for sine vurderinger. Man ønsket ikke å bli sett på som en del av myndighetene, og bli oppfattet som å ha en *"påholden penn"* (informant 2, SMM).

Kapittel 6: Visjon og virkning: ”God kunnskap former helsetjenesten”⁵⁷?

6.1 Introduksjon

I dette kapittelet presenterer jeg først det formelle utgangspunktet ved etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Videre vil jeg gå gjennom sentrale deler av den kritikken og de motforestillingene som ble ytret i intervjuene jeg foretok med informanter for Legeforeningen og de medisinske universitetsmiljøene. Kritikken er delt inn i to punkter, det er motforestillinger som rettes mot senterets arbeidsoppgaver og -metoder, og det er skepsis og kritikk som rettes mot senterets statlige organisering. Ved hjelp av dette vil jeg forsøke å si noe om Kunnskapssenterets rolle og betydning i styringen av helsetjenesten, i forhold til hva som var intensjonen ved etableringen, hvordan de presenterer seg selv, og hvordan de oppfattes av andre?

Formålet med dette kapittelet er todelt. For det første vil jeg vise hvordan visjonen for, og intensjonene bak Kunnskapssenteret ble formulert ved den endelige etableringen. Videre hvordan den formelle organiseringen, arbeidsoppgaver og -metoder blir beskrevet. Kilder til dette er offentlige dokumenter, og Kunnskapssenterets strategiplan for perioden 2005-2007. Deretter vil jeg presentere ulike synspunkter utenfra på etableringen av Kunnskapssenteret og deres virksomhet. Disse synspunktene er hentet fra intervjuene jeg har gjort med representanter for Legeforeningen og de medisinske universitetsmiljøene. Gjennom en slik tilnærming ønsker jeg å si noe om hva slags ambisjoner som uttrykkes ved etableringen, og hva slags forskjellige oppfatninger av realiteten som kan tolkes ut fra intervjuene. Jeg ser det som sentralt å få med holdningene til etableringen fra disse informantene, for å beskrive muligheter og forbehold man kan se gjennom Kunnskapssenterets etablering og virksomhet. Hva slags argumenter er det som fremmes for og mot, og hva kan dette fortelle oss om hvilke kunnskapssyn som gjør seg gjeldende gjennom Kunnskapssenteret?

6.2 Formelle ambisjoner ved etableringen - hvorfor et Kunnskapssenter?

6.2.1 Visjon ved etableringen

Det formelle utgangspunktet da man etablerte Kunnskapssenteret ble formulert som en måte å ”... styrke beslutningsgrunnlaget for departement, direktorat og regionale helseforetak for

⁵⁷ Kunnskapssenterets visjon (Strategiplan 2005-2007:1).

bedre å kunne oppnå helsepolitiske målsetninger og møte framtidige faglige utfordringer” (Budsjett-innstilling S. nr.11 – 2003-2004:67). Denne formuleringen inkorporer alle de hensynene man la vekt på ved etableringen. Det blir framhevet at myndighetene trenger informasjon om kunnskap for å bruke som beslutningsgrunnlag. Formuleringene beskriver en virkelighet som er preget av store utfordringer, og begrunner behovet for uavhengig virksomhet gjennom Kunnskapssenteret i en utvikling med større

”... press fra både næringsliv, profesjoner og organisasjoner om nye behandlingsmetoder og helsetiltak som ofte medfører store investeringer og økte driftsutgifter, er det svært viktig med systematiske faglige vurderinger av de metoder og tiltak som benyttes i norsk helsetjeneste” (ibid.:67).

For å oppnå en høyest mulig faglig kvalitet på slike vurderinger valgte myndighetene å samle kunnskapsmiljøene innen metode- og kunnskapsvurderinger og kvalitets- og resultatmålinger til et større kunnskaps- og forskningsmiljø (ibid., Sluttrapport 2003). Gjennom sammenslåingen av de tre tidligere separate forskningsinstitusjonene til et felles Kunnskapssenter, etablerte man en organisasjon som *”... fremskaffer og formidler forskningsbasert kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak, og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten”* (St.prp. Nr. 1 2004-2005:102). Man ønsket å ha ett sted som samler informasjon om best mulig kunnskap. Dette anses nødvendig for at myndighetene skal kunne imøtekomme en økende grad av krav og forventninger til helsevesenet.

Kunnskapssenteret skal være en aktør som fremmer felles mål for pasienter og befolkningen, ansatte i helsetjenesten, politikere og forvaltning. Formålet er en helsetjeneste som er blant de ledende i verden, og for å oppnå dette må man jobbe med å kontinuerlig fremme og forbedre kvaliteten på helsetjenestene (Strategiplan 2005-2007:4). Kvaliteten for å oppnå dette må baseres på og sees i forhold til best mulig tilgjengelig forskningsbasert kunnskap.

Kvalitetsdefinisjonen som legges til grunn for Kunnskapssenterets virksomhet beskrives som: *”I hvilken grad behandlingsprosessene (de spesifikke helsetiltakene) gitt dagens kunnskap øker sjansen for ønskede helseutfall (forbedret helse) både for den enkelte og befolkningen som helhet⁵⁸”* (Strategiplan2005-2007:4). Kjernen i kvalitetsbegrepet er et mål om god helse.

⁵⁸ Denne definisjonen er den samme som man la til grunn for Office of Technology Assessment (jfr. punkt 3.4.2).

6.2.2 Informantenes formuleringer

Uttalelser og synspunkter fra informantenes ståsted gir utfyllende informasjon til de offentlige formuleringene.

Informanten fra departementet framhever at det er viktig å ta dagens utfordringer på alvor, og samtidig se fremover i utviklingen av helsetjenesten. Dette beskrives som en av hovedintensjonene bak etableringen; ”... noe som jeg brenner for, det er jo å skape en forvaltning som gjør oss bedre i stand til å takle de utfordringer som kommer. Ikke nødvendigvis dagens situasjon, men det som kommer” (informant 3). Opprettelsen ses altså som nært knyttet til et ønske om å se mot framtidige faglige utfordringer i helsesektoren. Det legges også vekt på muligheten for å dra nytte av fordelene ved å være en del av en internasjonal utvikling og samarbeid (informant 3). Alle de tre organisasjonene var særegne i sitt slag i Norge, og alle samarbeidet internasjonalt gjennom ulike fora. Informanten fokuserer på myndighetenes stadige behov for kunnskap om bestemte tema i forbindelse med beslutninger som må tas, i forhold til lovendringer, mediesaker eller fokusområder som må undersøkes nærmere med tanke på kunnskap og forskning. Etter at man sentraliserte eierskapet av sykehusene kan man se for seg at dette blir enda mer aktuelt. Sammenslåingen av de tre sentrale kunnskapsmiljøene vil ha positiv effekt og gi et tryggere beslutningsgrunnlag for myndighetene

Informanten fra Folkehelse snakker om at Kunnskapssenteret kan forstås som ”... en del av svaret på grunnleggende utfordringer i et moderne samfunn som handler om pasientrettigheter” (informant 4). Lederen i dette miljøet formulerer det på følgende måte i et intervju med Aftenposten;

”Helsevesenet skal gjennomgå en demokratisering – kunnskap, og dermed makt, skal ut til ’folket’. Interessen for utviklingen øker heldigvis, ikke minst blant allmennlegene. Om et par år vil de oppleve at en av tre pasienter vet mer om sin tilstand enn de selv har kunnet oppdatere seg på. Den nye rollen blir å fungere som navigatør snarere enn allvitende dommer”⁵⁹.

Utsagnet peker på en oppfatning av at medisinen er i ferd med å bli demokratisert. Dette kan identifiseres i form av at pasientenes rolle blir mer synlig gjennom pasientrettigheter, og ved at mer og mer informasjon og kunnskap blir tilgjengelig for publikum gjennom for eksempel internett-tilgang. Informanten kaller legens nye rolle for ”navigatør”, dvs. det er snakk om å i

⁵⁹ ”- Bringer helse til folket” (<http://www.aftenposten.no/helse/article717610.ece>).

større grad holde seg oppdatert og vite hvor man skal søke informasjon, heller enn å være ”allvitende”. Dette betegner en overgang fra en klassisk forståelse av medisinsk kunnskap, der autonomi og autoritet var tydeliggjort gjennom overlegeregimet; ”.. *slik som profesjonene har hatt det, så har det jo vært tuftet på en ekstrem informasjonsasymetri mellom utøverne og pasienten*” (informant 4). Dette synet peker altså på at etableringen av Kunnskapscenteret er et ledd i en demokratiseringsprosess som styrker pasientenes rolle, ved at kunnskap blir lettere tilgjengelig.

En informant fremhever at det å etablere Kunnskapscenteret var mer en rasjonell organisatorisk endring, basert på at man ønsket å samordne miljøer som arbeidet med samme type oppgaver;

”... det var fornuftig fordi to av miljøene jobbet med ganske tilsvarende virksomhetsidé, og man så at linken mellom det å oppsummere kunnskap og det å på en måte se hva som, i hvilken grad denne kunnskapen implementeres og brukes i tjenesten, den er god faglig sett. Og at det var behov for å lage et miljø av større tyngde sånn totalt sett. Så det var mer en slags organisatorisk argumentasjon.”
(informant 1).

Man ønsket å skape en tydeligere sammenheng mellom systematisering og oppsummering av kunnskap, og kvalitetsundersøkelser. Informanten peker på at dette har sammenheng med de opprinnelige organisasjonenes eksistens, deres virksomhetsidé og bakgrunn – og at den eksistensen ”*passer godt inn i de parallelle trender i samfunnet, og i utviklingen av helsesektoren*” (informant 1). Basert på denne informanten kan man tolke etableringen som et resultat av rasjonelle prosesser knyttet til praktiske organisatoriske og økonomiske løsninger. Man ønsket et større miljø med mer tyngde og mulighet for å påvirke mer. Da de tre miljøene var separate, fungerte de som ”... *ensomme fugler, i det norske akademiske miljøet, de har ikke hatt noen påvirkningskraft*” (informant 7).

Informanten fra SMM snakker om sammenslåingen som et resultat av et sterkt statlig initiativ, og en vilje til økt styring fra myndighetene;

”Ideen var å samle ting som hadde mye til felles. Og ideen var vel også, altså det var å samle felles arbeidsform, det var å få forskning ut av direktoratet, det var å samle små institusjoner, som departementet ikke syntes de hadde god nok styring på. Vi lå ved SINTEF, og var vel egentlig helt uavhengige. Det samme var med HELTEF, de

var også en stiftelse. Så jeg tror sånn organisatorisk at departementet, som jo betalte mesteparten av bevilgningene til disse, ønsket å ha litt mer styring på dem. De ønsket i hvert fall å samle dem, og se ressursene i sammenheng, og videreutvikle, til noe som ble mer enn de tre enhetene hver for seg” (informant 2).

Informanten fra departementet framhever at myndighetene ved reorganiseringen ikke ønsket mer kontroll over miljøene, men var ute etter en mulighet til å skaffe seg oversikt og sammenheng over tilgjengelig forskning og kunnskap. Samtidig framheves Kunnskapssenteret som en forenkling i forhold til struktur, ved at myndighetene nå har ett større miljø å forholde seg til, heller enn flere små.

6.3 Organiseringen av Kunnskapssenteret

Kunnskapssenteret er organisert som et selvstendig forvaltningsorgan som er etatsstyrt fra Sosial- og helsedirektoratet⁶⁰. Senteret har ingen myndighetsfunksjoner, og heller ingen beslutningsmakt. Senterets økonomi bestemmes gjennom et eget kapittel på statsbudsjettet. Et sett av statutter sikrer faglig uavhengighet (Sluttrapport 2003). For å sikre uavhengighet, troverdighet og legitimitet bestemmer Kunnskapssenteret selv sin arbeidsform, og kan fritt formidle og offentliggjøre sitt arbeid. I tillegg har senteret et Vitenskapelig råd som gir faglige råd om hovedlinjene for virksomheten (Strategiplan 2005-2007).

Da man opprettet Kunnskapssenteret var ønsket at de i størst mulig grad skulle være en rammefinansiert organisasjon, på samme måte som lignende organisasjoner er ordnet internasjonalt. Målsetningen med dette var å oppnå autonomi og uavhengighet, fordi senteret derfor slipper å ”løpe etter” oppdrag, og er heller ikke avhengig av enkelte oppdragsgivere (informant 1).

Kunnskapssenteret er i dag (per 30.september 2007) inndelt i tre avdelinger, som hver ledes av en avdelingsdirektør. De tre avdelingene består av; Avdeling for kunnskapsbasert praksis, Avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet og Avdeling for formidling⁶¹. Senterets ledelse består av en direktør og en assisterende direktør. I tillegg har man opprettet Kunnskapssenterets råd, som har en rådgivende funksjon for ledelsen. I rådet sitter representanter for blant annet Legeforeningen, Universitetene og helseforetakene.

⁶⁰ Direktoratet fungerer som et forvaltnings- og kompetanseorgan som bidrar til å gjennomføre og iverksette nasjonal politikk i helse- og sosialsektoren (<http://www.shdir.no>).

⁶¹ Det har vært en god del reorganisering og endring internt i senteret siden etableringen, flere av informantene snakker om at man brukte lang tid på å finne sin plass. Dette er imidlertid ikke noe jeg berører i denne studien.

Senteret har vel 100 ansatte per 1. august 2007, noe som er en økning fra ca 60 ansatte ved oppstarten. Senteret får en grunnbevilgning fra staten, og har i tillegg inntekter gjennom oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet, Helseforetakene og EU. Budsjetttrammene har også økt siden etableringen, første driftsår 2004 var rammene på rundt 50 mill, noe som økte til ca 100 mill i 2006. I 2004 utgjorde grunnbevilgningen ca 60 % av budsjettet, mens i 2006 utgjorde den bare ca 40 % (Årsrapporter 2004-2006, Årsmelding 2005). Organisasjonen har altså vokst både når det gjelder antall ansatte og i forhold til budsjettene. Senteret er lokalisert i Oslo. Til å begynne med befant det seg i samme bygning som Sosial- og helsedirektoratet, noe som ble begrunnet i bedre ressursutnyttelse. Imidlertid ble det rettet kritikk mot dette fra flere hold, og senteret har i dag flyttet til egne lokaler.

Ved etableringen av Kunnskapssenteret ble det gjort vurderinger av andre lands modeller og organisering av denne type virksomhet. Prosjektgruppen la fram ulike alternativer på hvordan dette kunne gjøres, og så gjorde man en vurdering ut fra norsk kontekst. Organiseringen er gjort på flere ulike måter i forskjellige land. Noen steder har man valgt å etablere statlige institusjoner, men med autonom organisering. For eksempel Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Danmark, som organisatorisk er en del av Sundhedsstyrelsen, men med en faglig frihet som er sikret gjennom vedtekter (<http://www.sst.dk>). I Sverige er Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en offentlig og faglig uavhengig organisasjon. SBU fungerer som en leverandør av informasjon til staten for å lage retningslinjer med mer. Disse løsningene ligner på Kunnskapssenterets organisering. National Institute of Clinical Health (NICE) er den tilsvarende organisasjonen i Storbritannia. Organisasjonen er offentlig drevet og eies av helsemyndighetene (NHS), og kan styres av departementet, men har mulighet til å ta beslutninger i tillegg til å ha en rolle som kunnskapsleverandør (informant 1). Organisasjonen har derfor en normativ rolle, som går ut over det mandatet Kunnskapssenteret arbeider ut fra.

Direktøren ved Kunnskapssenteret sier at man ikke direkte brukte noen spesielle organisasjoner som rollemodell ved etableringen. Og forteller videre at Kunnskapssenteret ved å koble kunnskapshåndteringsaktivitetene sammen med kvalitetsmåling og kvalitetsforbedring *"framstår som forbilde for enkelte land"*, og videre at senteret sånn sett driver en *"institusjonell pionervirksomhet"* (Forskningspolitikk, nr. 2:2007).

Det kan se ut som det norske kunnskapssenteret er etablert delvis etter inspirasjon fra våre nordiske naboland og dels etter en kompromissløsning i forbindelse med institusjonenes motstand og krav om autonomi i etableringsfasen.

6.4 Arbeidsoppgaver og metoder

”Kunnskapssenteret skal medvirke til at forskningsbasert kunnskap bidrar til gode beslutninger på overordnet nivå og i praksis i helsetjenesten”⁶²

Ved etableringen av senteret ble det lagt opp til at de tre organisasjonenes arbeidsoppgaver skulle videreføres. Samtidig har Kunnskapssenteret lagt opp en videre strategi for sin virksomhet. I Strategiplan for 2005-2007 har senteret delt aktiviteten inn i to hovedområder, som er kunnskapshåndtering og monitorering. Dette kan sammenfattes gjennom kunnskapsoppsummering og -systematisering, og kvalitetsmålinger. Kunnskapssenteret definerer selv sine kjerneområder på følgende måte;

”Kunnskapshåndtering dreier seg om systematiske arbeidsprosesser og bruk av vitenskapelige metoder for å identifisere, innhente og vurdere primærforskning. Monitorering eller måling av det som foregår i helsetjenesten har som overordnet mål å bidra til kvalitetsforbedring” (Strategiplan 2005-2007:9 og 11).

Viktige og integrerte aktiviteter i tilknytning til dette er forskning og utviklingsarbeid, og formidling. Formålet til senteret er å være en bidragsyter 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 helsetjenesten og forvaltningen. Kunnskapssenteret skal arbeide for et godt samarbeid med og høy legitimitet i disse gruppene” (Sluttrapport 2003:9).

Hovedmålgrupper som beskrives for Kunnskapssenterets tjenester er forvaltningen, helsepersonell og ledere i helseforetakene. Sekundært kan media, pasienter og informasjonsformidlere ha nytte av virksomheten. Kunnskapssenteret skal fremskaffe og legge til rette for bruk av forskningsbasert kunnskap om effekt, nytte og kvalitet på ulike tiltak⁶³. Senteret kombinerer best mulig kunnskap om hvilke tiltak som bør iverksettes, med

⁶² Strategiplan 2005-2007:24.

⁶³ Dvs. metoder, intervensjoner eller virkemidler.

kvaliteten på disse og å måle resultatene av de ulike tiltakene. I tillegg til dette løser senteret oppgaver knyttet til globale helseutfordringer, der senteret bidrar overfor fattige land med kunnskap om effekt av ulike tiltak i helsetjenesten.

I strategiplanen for 2005-2007 (s. 27-30) formulerte Kunnskapssenteret selv følgende hovedmål for virksomheten;

❖ ”*Kunnskapshåndtering:*

- *Kunnskapssenteret vil være den nasjonale utfører av kunnskapsoppsummeringer om effekt av tiltak i helsetjenesten uavhengig av myndigheter, profesjoner og industri.*
- *Kunnskapssenteret vil være den foretrukne nasjonale kilde til kunnskap om effekt av tiltak i helsetjenesten.*
- *Kunnskapssenteret vil være den nasjonale ressurs for hvordan oppsummert forskningsbasert kunnskap kan fremskaffes, formidles og benyttes for å bidra til gode beslutninger i helsetjenesten.*

❖ *Monitorering:*

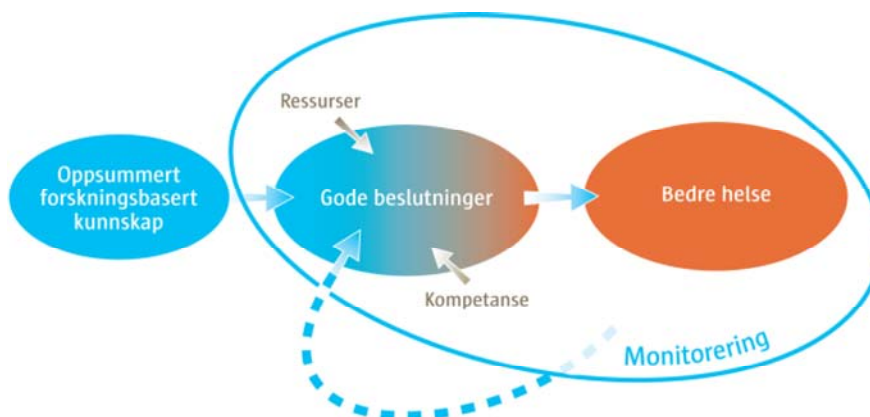
- *Kunnskapssenteret vil styrke sin internasjonale rolle som utfører av kvalitetsmålinger i helsetjenesten.*
- *Kunnskapssenteret vil være den foretrukne nasjonale kilde til kunnskap om kvalitet i helsetjenesten og den sentrale nasjonale ressurs for kunnskap om kvalitetsmåling”.*

Ut fra ordlyden i noen av disse formuleringene; ”... *den nasjonale utfører...*”, ”... *den foretrukne kilde...*” og ”... *den nasjonale ressurs...*”, kan man tolke at det legges opp til at senteret skal spille en meget sentral rolle som kunnskapsleverandør for de norske helsemyndighetene. I så fall kan det stilles et spørsmål ved om dette vil ha effekter ut over intensjonen bak etableringen. Altså at senterets virksomhet vil fungere mer som et sannhetsministerium enn som en kunnskapsmegler, fordi det legges opp til at Kunnskapssenterets faglige vurderinger uansett skal legges til grunn.

Vi ser at Kunnskapssenteret posisjonerer seg selv som en organisasjon som har en klar og nøytral rolle i forhold til innsamling, formidling og måling av kunnskap. De har også et klart ønske om å holde en slik posisjon i et internasjonalt marked. I senterets egen strategiplan blir det ikke reflektert over i hvilken grad faglig uenighet og legenes ønske om autonomi og skjønnsutøvelse skal håndteres i saker der det hersker stor uenighet. I følge strategiplanen kan

det se ut som Kunnskapssenteret definerer seg selv mer i retning av et sannhetsministerium enn som en kunnskapsmegler.

Kunnskapshåndtering og Monitorering



8



Illustrasjon hentet fra "Presentasjon av Kunnskapssenteret", 11. september 2006 (<http://www.kunnskapssenteret.no>).

Figuren viser at det er en nær sammenheng mellom de ulike metodene Kunnskapssenteret jobber med, og at det er en organisasjon som jobber med flere aspekter av helsetjenesten. Helt konkret er oppgavene knyttet til kunnskapshåndtering ulike former for kunnskapsoppsummeringer og -systematiseringer, gjennom bruk av arbeidsmetoder som HTA og EBM. Innen monitorering fortsettes arbeidet med kvalitetsevalueringer i form av pasienterfaringsundersøkelser sammen med andre brukererfaringsundersøkelser, samt utvikling av nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer (Strategiplan 2003). Jeg går ikke inn på noen grundig beskrivelse av dette, da det går ut over oppgavens formål.

6.5 Muligheter og forbehold angående kunnskapsbasert praksis

"... hvis du ber ti leger om å håndtere en gitt problemstilling, så vil du få, om ikke ti, så i alle fall mange måter å gjøre det på" (informant 8).

Utsagnet over beskriver en sentrale utfordringer når det gjelder medisinsk praksis. Variasjoner i diagnoser og behandling kan knyttes til den profesjonelle autonomien og utøvelsen av det medisinske skjønn. Fra legeprofesjonens ståsted er dette en av forutsetningene for å være en god utøver, den medisinske utdanningen ivaretas og utvikles gjennom praksisfeltet, og det er viktig å være i stand til å ta individuelle hensyn. Mange leger er derfor skeptiske til at klinisk praksis i for stor grad skal standardiseres.

Kunnskapssenterets virksomhet framhever at kvalitet i helsetjenesten må skapes ved at praksis bygger på tilgjengelig og best mulig forskningsbasert kunnskap. Senteret skal bidra både ved å gjøre systematiske kunnskapsoppsummeringer, og ved å bidra til at kunnskap blir grunnlaget for beslutninger innen politikk og praksis i helsetjenesten ("Kunnskapsmegleren" i Forskningspolitikk nr. 2/2007). Dette vil innebære at man tilstreber at de ti legene skal komme til noenlunde lik konklusjon på samme problemstilling.

I budsjettinnstillingen for 2005 (Innst.B. nr. 11 (2004-2005)) peker man på at norsk allmennmedisin i for stor grad er erfaringsbasert, og i for liten grad fundert i forskningsbasert kunnskap. Myndighetene peker på at man i større grad bør implementere forskningsbasert kunnskap til praksis, og ser dette i sammenheng med kvalitetssikring. En av informantene spør;

"... hvordan skal vi være sikre på at alle kolleger på sykehus har samme standard på det de gjør? Det er jo et enda større problem i allmennpraksis. Vi vet at blant de 4000 allmennlegene i Norge så er det veldig varierende praksis rundt det aller, aller meste. En del av dette er betydningsløst, det trenger vi ikke bry oss om, en del er av større betydning. Vi vet at det å få allmennpraktikere til å endre profil, er nesten håpløst ..."
(informant 6).

Kunnskapssenterets virksomhet kan ses som et ledd i en utvikling mot kunnskapsbasert praksis, men det blir fra flere hold stilt spørsmål ved hva dette innebærer for den medisinske profesjon og praksis.

En utvikling mot en medisinsk praksis som i større grad er basert på forskningsbasert kunnskap, ønskes velkommen av alle informantene. Man ser dette som en positiv utvikling vekk fra overlegeregimet, eller som en av informantene kaller det; *"klassisk professorologi"* (informant 8). Informantene trekker fram flere muligheter knyttet til fokuset på

kunnskapsbasert praksis, men har også noen forbehold til denne utviklingen. Flere av informantene oppfatter det som problematisk at man får begrensede kliniske frihetsgrader. På den andre siden uttrykker man støtte til en utvikling bort fra en autoritetsbasert medisin. En av informantene framhever problemet med at autoritetene innen medisin har vært forskere og overleger med sterke bånd knyttet til industriinteresser;

”... Altså, praksis, det har vært etablert praksiser som ikke har vært grunnlagt i viten i det hele tatt! Og da må en spørre om ikke den typen praksiser, når det medfører store donasjoner og gaver til enkeltaktører i helsevesenet, om ikke det, om ikke en bør få bukt med den typen ukulturer” (informant 7).

Dette utsagnet viser at man ser et behov for nøytral og uavhengig oppsummering og vurdering av kunnskap.

Kunnskapssenteret samarbeider tett med andre institusjoner, for eksempel universitetene og andre fagmiljøer i Norge. I mange av disse prosjektene eller utredningene, er Kunnskapssenteret kun å betrakte som et sekretariat eller en prosjektleder. Informant 1 framhever at prosessene gjennom senteret er mer åpne enn før, da man benyttet seg av ad-hoc løsninger fra eksperter og grupper som var vanskelig å identifisere og etterprøve; *”Her gjør man dette mer åpent og mer eksplisitt, og derfor mye mer laglig til for hogg da”* (informant 1). Ved å etablere en aktør som står for de faglige vurderingene bak helsepolitiske beslutninger, søker man å gjøre prosessene mer åpne og tydelige;

”Den kunnskapsbaserte måten å oppsummere kunnskap på, er den som er den metodologiske, etterrettelige, den er transparent, du kan se hvordan vi valgte ut litteraturen, hvordan veide vi den, hvordan er metoden og konklusjonen i forhold til resultat. Altså, vi kan kikkes i kortene på alle nivåer. Det er det jeg mener at kunnskapsproduksjon skal være” (informant 8).

Det ses som et stort framskritt at det er åpne prosesser, og at det er kunnskap som er etterprøvbart, og som man har kommet frem til gjennom metoder som det er god aksept for i fagmiljøene og i de vitenskapelige miljøene; *”... Det gjør meg i hvert fall mer beroliget enn om kunnskapen kommer fra overlege-, eller professorhold, og ikke er gjenstand for kritisk vurdering”* (informant 7). Samme informant benytter uttrykket; *”demokratisk etterprøvbart kunnskap”*. Kravet om at praksis skal være kunnskapsbasert, eller dokumentert ses som et legitimt krav.

Ved å basere klinisk praksis på forskningsbasert kunnskap, framheves muligheter for å forhindre at helsetjenesteressurser benyttes på tiltak som ikke er effektive, eller der nytten er helt marginal i forhold til kostnader. Flere av informantene snakker om at legestanden har anvendt sin faglige autonomi på en dårlig måte gjennom de praksisene som har vært etablert, for eksempel når det gjelder blodtrykksmidler; ”... så har vi ikke bare brukt midlene unødvendig, ved at vi har brukt dyrere medikamenter, som ikke har noe mer effekt, men vi har faktisk sølt vekk hundrevis av millioner for å gjøre folk sykere. Basert på utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag...” (informant 7). Informantene fra de medisinske kunnskapsmiljøene ser på nye måter å klargjøre kunnskapsgrunnlaget for beslutninger som en bedre og sikrere tilnærming til medisinsk praksis;

”... vi har gjort massevis av ting før i tiden som var skadelige, og vi har latt vær å gjøre mange ting som har vært bra. Men det er først nå, når vi på en måte kan oppsummere kunnskapen, at vi kan komme videre i medisinen. Så der tenker jeg; vi trenger Kunnskapssenteret, fordi vi trenger folk som forstår den tankegangen, som har ressursene og kan gjøre jobben. For det er mange, du kan si eksperter eller autoriteter som tror de kan, men som ikke kan det” (informant 8).

Systematisert kunnskap oppfattes også som en viktig del av å ivareta ressurshensyn i helsepolitiske beslutninger; ”... hvis vi som klinikere ikke skjøtter våre oppgaver på en forsvarlig måte, altså hvis vi ikke tar inn over oss at vi har begrensede helsetjenesteressurser, og det gjelder å økonomisere best mulig med de ressursene vi har. Hvis vi ikke forstår at det er en klinisk oppgave i medisin, så mener jeg at da får vi heller sette oss under administrasjon” (informant 7). Utsagnet kan forstås i den retning at legenes stilling som autonome utøvere innebærer at de også har et ansvar for helseøkonomiske vurderinger.

Imidlertid framhever informantene også problemer ved, og forbehold knyttet til kunnskapsbasert praksis. For eksempel snakker flere av informantene om problemet med gruppebasert vs. individbasert kunnskap. Dette handler om at forskningsbasert kunnskap er basert på grupper og populasjoner, med et selektivt utvalg, og at den effekten som vises i studier, vil ofte være av begrenset nytte når en alminnelig lege skal anvende dette i praksis. Informantene uttrykker derfor at det er viktig og nødvendig med en balanse mellom styring gjennom retningslinjer, og profesjonell autonomi;

”... det må være en balanse, eller en komplementaritet. Noen ganger så er det med å bevare en relasjon med en pasient så viktig at du må improvisere noe som ikke helt

kan forsvares ut ifra en kunnskapsbasert medisin, og så får en heller... Og hvis en anser at det å ta vare på den relasjonen er ganske viktig, så må det telle mye i den partikulære situasjonen. Og hvis en da skulle fått et sannhetsministerium over seg som, der man måtte sende inn søknader til et sannhetsministerium, eller måtte begrunne den typen improvisasjoner, så ville jeg ha sett på det som en altfor stor inngripen i den kliniske hverdag” (informant 7).

Informanten lanserer her begrepet sannhetsministerium, som et scenario der klinisk praksis blir innskrenket til utøvelse av standardiserte manualer. Informantene er positive til en utvikling mot kunnskapsbasert praksis, og institusjoner som arbeider med kunnskapsoppsummeringer, men det tas samtidig et forbehold om at ikke alt kan omsettes til vitenskap, og at det er viktig å ivareta det individuelle medisinske skjønn;

”Det er liksom perversjonen, altså at alt kan omsettes i dokumentert viten som kan etterprøves i detalj, ned til den enkelte konsultasjon, at en mister retten til å improvisere, og mister retten til å ta partikulære hensyn når det er nødvendig, det er den perversjonen som vi kan kanskje se er en fare. Hvis alt blir manualstyrt, så forsvinner mye av det som er gleden ved klinisk medisin, det er jo nettopp å improvisere, å finne fram til en sannhet sammen med pasienten, i en relasjon, i en dialog, som er under utvikling, der må en låne like mye metaforer fra musikk og kunst og jazz som en må låne metaforer fra det som er ”hard science”. Men jeg mener jo ikke at ”hard science” er uten betydning, det er jo altså den humanistiske medisinen som er fristilt fra etterprøvbart kunnskap, det er også en perversjon, etter min oppfatning” (informant 7).

Man uttrykker altså bekymring for at myndighetene skal gripe for langt inn på kyndighetsfeltet, gjennom økt grad av styring i form av ”manualisering og standardisering” av medisinsk yrkesutøvelse; ”... sånn at det som er faren med kunnskapsbasert medisin, føler jeg er at det blir en tid for altså sånne revisorer som skal på en måte gå inn i hvert enkelt tilfelle og redusere klinisk medisin til utøvelse av standardiserte manualer” (informant 7).

6.6 Sentralisering av medisinsk kunnskapsproduksjon?

”... det er selvfølgelig betenkelig når staten sitter med for mange biter i en kjede, også i en kunnskapskjede” (informant 6).

Utsagnet over kommer fra en informant fra fagmiljøene ved universitetene. Vi så i forrige punkt at det er en generell oppfatning blant informantene at man ønsker en mer kunnskapsbasert praksis, fordi dette oppfattes som et viktig element for å oppnå ønsket nivå av kvalitet i helsetjenestene. Det stilles imidlertid opp noen forbehold knyttet til at utviklingen kan gå for langt, og man frykter at en økende grad av ”manualisering” og ”standardisering” vil dominere klinisk praksis.

Det rettes også kritiske kommentarer til etableringen av Kunnskapssenteret som et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Mange ønsker ikke at et så stort og viktig kunnskapsmiljø skal organiseres som en del av myndighetene. Flere informanter begrunner dette med en oppfatning om at det skal være et klart skille mellom kunnskapsproduksjon og ulike aktørers interesser, fordi *”kunnskapsproduksjonen er ikke nøytral”* (informant 6). Det stilles spørsmål ved hva slags rolle senteret har fått som en del av myndighetene, og om senteret har en nøytral og uavhengig rolle.

Informanten fra departementet mener at senteret ble etablert med en tilstrekkelig grad av uavhengighet;

”... de klarte synes jeg å nå det målet som vi hadde, nemlig en kunnskapsproduserende institusjon. Og i dag at vi har liksom lagt inn tilstrekkelig med sånne uavhengighetsklausuler, for å forsikre omverdenen om dette. Og det var jo angrep fra universitetene, og fra andre på at de mente at det ville bli for mye diktert av de politiske myndigheter” (informant 3, departementet).

Selv om senteret er organisert som en del av myndighetene, anser man at den faglige autonomien er tilfredsstillende sikret gjennom statutter om uavhengighet. Oppfatningen blant andre aktører innen helsetjenesten er ikke nødvendigvis den samme.

Informantene fra universitetsmiljøene stiller seg kritisk til at store ressurser rettes inn mot en sentralisert institusjon, fordi universitetene *”... ikke har ressurser nok til å gjøre det med samme tyngde”* (informant 6). De er også kritiske til en oppfatning av at tilknytningen legger begrensninger på mangfoldet av kunnskapsutvikling;

”... altså hvem definerer hva som er interessant kunnskap? Og hvor går ressursene til å finne denne kunnskapen? Og der Kunnskapssenteret i sin nåværende statlige organisering, vil på sikt kunne utvikle et område, kunnskapsmessig, som staten

definerer som administrativt nødvendig, og det kan være noe annet enn det vi i allmennmedisin, eller i andre spesialiteter, vil ønske faglig. Ikke at det er noen uenighet om gyldighet, men rett og slett – hva bruker vi ressursene til?” (informant 7).

Det stilles spørsmålstegn ved opplevelsen av at staten skal sette agenda for hva som skal spås opp av gyldig kunnskap, i form av at senteret er rammefinansiert gjennom bestillingsforskning for myndighetene. Flere av informantene hevder metodene som brukes til oppsummering av kunnskap gjennom senteret er kostnadskreven, og man mener at ressursene burde vært fordelt på flere institusjoner.

Det rettes altså kritikk mot plassering av ressurser inn mot det noen oppfatter som en for stor grad av bestilling av kunnskap. Samtidig erkjennes behovet for denne type organisasjoner; *”... som fenomen så mener jeg at det er på høy tid at Norge har et Kunnskapssenter”* (informant 8).

I forhold til motforestillinger rettet mot etableringen av Kunnskapssenteret fra universitetene har informanten fra helsedepartementet følgende kommentar; *”mange institutter har vært bekymret og kjenner seg truet ved etableringen av Kunnskapssenteret, men vårt behov det er jo å øke kompetansen på viktige helseområder, hvor vi vet det skjer så mye ute i verden, og vi vet at det er helt nødvendig å ha kompetente forskere til å gjøre disse undersøkelsene for å kunne vurdere hvorvidt det er god nok forskning eller ikke”* (informant 4).

Informanten fra departementet framhever at det er viktig å få fram forskjellen mellom forskningsmiljøer ved universitetene og Kunnskapssenteret. På universitetene skal det utvikles ny kunnskap, mens Kunnskapssenteret skal oppsummere og lage oversikter over det som er gjeldende kunnskap, og; *”Vi trenger begge deler”* (informant 8).

Legeforeningen var også kritisk til planene om et nasjonalt kunnskapssenter, og spilte som vi har sett gjennom historien en sentral rolle i etableringsprosessene. Informanten fra Legeforeningen mener at i stedet for å etablere et Kunnskapssenteret innenfor myndighetene, så burde man organisert det ved en frittstående institusjon, for eksempel et universitet. Begrunnelsen for dette er at det oppfattes som problematisk at det dannes tette bånd mellom det politiske miljøet som sitter med ressursene, og de som skal drive med kunnskapsproduksjonen; *”... Hvor blir da den, det vi kaller den frie, uavhengige forskning?”* (informant 5). Det rettes også kritikk rettet mot at store ressurser rettes inn mot en statlig institusjon, heller enn å fordeles på flere mindre uavhengige miljøer; *”Det er en monopolsituasjon”* (informant 5).

Informanten uttrykker her forbehold om en oppfatning av at det skjer en utvikling mot at problemstillinger som er helsepolitisk interessante, blir undersøkt og forsket på ved et statlig Kunnskapssenter, som er nært knyttet til departementet og direktorat. Dette ses som en begrensning eller en reduksjon av den frie faglige og akademiske forskningen og diskusjonen om problemstillinger på helseområdet.

Ved å samle de tre organisasjonene som hovedsakelig driver med metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer i Norge, hevder informanten fra Legeforeningen at det er skapt en monopollignende situasjon;

”... de får faktisk en monopolsituasjon. Hvor er de alternative forskningsmiljøene til dette instituttet?... hvor er den motkompetansen i Norge, til de konklusjonene som gjøres her? Det er blitt stort, og det er en sånn monopolsituasjon, og det kan ha sine skadevirkninger, jeg sier ikke at det nødvendigvis må ha det, men det er en risiko for at man blir store og enerådende på forskningen”.

Informanten fra Avdelingen for helsetjenesteforskning mener at Norge uansett ikke er stort nok til å ha flere ”konkurrerende” miljøer som konsentrerer seg om de samme temaene: *”det å skulle ha mange forskjellige miljøer som gjør dette, det er ikke Norge stort nok til”* (informant 4). For å kunne ha tilstrekkelig kraft og kompetanse trenger man miljøer som har nok bredde; *”... vi trenger organisasjoner som er store nok, til å ta tak i oppgavene”* (informant 8).

Legeforeningens informant peker på at senteret har det han kaller et *”... troverdighetsdokumentasjonsbehov”* (informant 5). Dette forstår jeg som et syn på at senteret må overbevise for omverdenen at de er en uavhengig aktør, og at produktene de lager er troverdige og kvalitetssikret; *”... Det er egentlig utfordringen de har. Det er at det de lager, det bør da være av kvalitet”* (informant 5). Informanten etterlyser legitimitet for senterets kunnskapsvurderinger. Siden Kunnskapssenteret ikke har noen ”konkurrenter”, hvordan skal man da sikre denne kvaliteten? Gjennom etableringen søkte man i ivareta dette ved å sikre faglig autonomi, og ved at man benytter seg av anerkjente metoder.

Informanten fra departementet mener at Legeforeningens reservasjoner overfor Kunnskapssenteret har et *”... komisk skjær, at Legeforeningen anklager andre for å ha for mye makt”*, og utdyper dette med å si at *”... en alternativ tolkning kunne vært at Legeforeningen fortsetter å være redd for institusjoner som truer deres hegemoni, og den gamle tradisjonen om at legen vet best, og et Nasjonalt kunnskapssenter som da begynner å legge denne kunnskapen på bordet slik at alle kan forholde seg til det, blir truende...”*

(informant 3). Etableringen av et nasjonalt senter som arbeider med kunnskapslevering til helsemyndighetene, kan oppfattes som en trussel mot det etablerte medisinske kunnskapshierarkiet; *”Det er ikke tvil om at veldig mange av ”kongene på haugen”, ikke lenger er det, og at de dermed også angriper de nye systemene, som sikkert bare litt diffust har lagt begrensninger på dem”* (informant 3).

En informant fra Kunnskapssenteret har følgende kommentar angående utspillet om rottegift i forbindelse med tiazid-vedtaket som jeg presenterte innledningsvis; *”... De lar seg jo avbilde i Dagbladet, disse overlegene i hvitt på Ullevål, liksom arm i arm bortover i gangen, med underoverskriften at; - Vi vet best, og disse idiotene nede på Kunnskapssenteret, de har aldri sett ... de skjønner ikke fram og bak på en pasient og sånn”* (informant 4). Utsagnet klargjør at det er store forskjeller i oppfatningen av hva slags kunnskapsgrunnlag som skal legges til grunn for beslutninger, og at det er gjensidige spenninger mellom de ulike aktørene.

6.7 Oppsummerende og analytiske betraktninger

Visjonen ved etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble formulert gjennom setningen: *”God kunnskap former helsetjenesten”*. God kunnskap beskrives av senteret som forskningsbasert kunnskap. Gjennom Kunnskapssenterets organisering og arbeidsmetoder søker myndighetene å skape en helhetlig tilnærming til kunnskapsutvikling i helsetjenestene. Gjennom kunnskapshåndtering i flere ledd ønsker man å koble oppsummert forskningsbasert kunnskap opp mot beslutninger i politikk og praksis i helsevesenet. Deretter monitoreres kvaliteten på helsetjenestene, i form av å måle effekter, nytte og økonomiske implikasjoner av den forskningsbaserte kunnskapen som implementeres i helsetjenestene. Kompetanse og ressurser settes inn mot gode beslutninger. Målet er å forme helsetjenesten gjennom å *”fremme og kontinuerlig forbedre kvaliteten i helsetjenesten”* (Strategiplan 2005:4). Det framheves at kvalitet ikke er endelig definert størrelse; det som er *”god kvalitet i dag kan være dårlig kvalitet i morgen”* (ibid.:4).

Informantenes beskrivelser av bakgrunnen for Kunnskapssenteret legger hovedvekten på ulike årsaker. Det presenteres utfordringer i helsevesenet i form av nye krav som stilles, og uoversiktighet knyttet til kunnskap om og oversikt over medisinske tiltak. Vi kan også se en sammenheng med internasjonal utvikling og samarbeid. Senteret kan forstås som ledd i en økt fokusering på pasientrettigheter og demokratisering. Eller som et resultat av reorganiseringen

av den sentrale helseforvaltningen, i form av rasjonell organisatorisk argumentasjon. Flere av informantene framhever at etableringen var et resultat av politisk initiativ, og et mål om sterkere styring fra myndighetene. Utviklingen mot en mer kunnskapsbasert praksis støttes av informantene. Imidlertid tas det forbehold om at dette kan det gå for langt, ved at man i for stor grad gjør klinisk praksis standardisert og styrt av retningslinjer. Informantene etterlyser en balanse mellom anse mellom forskningsbasert kunnskap og medisinsk skjønnsutøvelse. Kunnskapsproduksjonen som det legges opp til gjennom Kunnskapssenteret kan forstås som å skape grunnlag for økt statlig styring på helsefeltet. Arbeidsmetodene senteret leverer legger til rette for økt kvalitetskontroll, og styring gjennom kliniske retningslinjer og standardiserte behandlingsformer. Samtidig ønsker myndighetene et sted som samler og vurderer kunnskap som skal ligge til grunn for helsepolitiske beslutninger. Det kan derfor ses som en fordel at senteret er en stor og sentral aktør, fordi det da vil være mer tydelig utad hvor kunnskapsoversiktene som politiske vedtak funderes i. På denne måten skaffer myndighetene seg legitimitet for beslutninger, samtidig som det er tydelig hvem som har gjort vurderingene, og hvor faglig kritikk kan rettes.

Kunnskapssenterets organisering som en del av myndighetene, skaper ulike forståelser av rollen til senteret, og hva slags funksjon virksomheten har. Informanten fra departementet presiserer at en viktig målsetning ved etableringen av Kunnskapssenteret, var et ønske om å skape et klart skille mellom hva som er kunnskapsoppsummeringer og anbefalinger, og hva som er politiske veivalg. Formålet var å etablere en aktør som er uavhengig og leverer partsfri kunnskap, uavhengig av profesjon, stat og industri. Det ble derfor lagt inn flere sikkerhetsventiler for å sikre faglig uavhengighet, samtidig som man gjennom den organisatoriske og økonomiske tilknytningen har lagt til rette for at myndighetene har et sted å bestille kunnskapsoversikter. Myndighetene ønsker faglig kunnskap framskaffet på en tydelig måte for å styre, samtidig som det framheves et tydelig skille mellom politikk og kunnskap. På denne måten ønsker myndighetene å skaffe legitimitet for Kunnskapssenterets faglige vurderinger, noe som igjen vil skape legitimitet for helsepolitikken.

Senterets legitimitet eksternt søkes ivaretatt gjennom uavhengighetsklausuler og ved at senterets virksomhet gjøres tydelig for publikum og presse, gjennom offentliggjøring av rapporter og resultater. Flere av informantene fra Kunnskapssenteret nevner også at det vil være tilfeller der politiske beslutninger vil gå imot faglige vurderinger, og at det derfor bør komme tydelig fram at det ikke er etablert noen automatikk mellom senterets vurderinger og helsepolitiske beslutninger.

Den sterke motstanden og motforestillingene fra Legeforeningen og de medisinske universitetsmiljøene handler hovedsaklig om forholdet mellom faglig autonomi og statlig styring. Det rettes kritikk mot den statlige tilknytningen til Kunnskapssenteret, fordi man hevder at en organisering som del av helseforvaltningen vil påvirke den faglige autonomien, så vel som senterets legitimitet. Skepsis rettes også mot den statlige bestiller-funksjonen, som oppfattes som en begrensning av kunnskapsutviklingen. Informantene snakker om monopolisering og sentralisering av kunnskap, og framhever at i stedet for å ha ett stort miljø, burde man hatt flere ”konkurrerende” og fordelt ressursene bedre. Kritikerne peker på at virkningen av senteret kan bli en annen enn intensjonen bak etableringen, fordi man har etablert et miljø som er enerådende på sitt felt. Det etterlyses ”motkompetanse” for senterets faglige vurderinger.

Kapittel 7: Avslutning – sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?

7.1 Introduksjon

Gjennom de tre foregående kapitlene har jeg gitt en framstilling av historien bak Kunnskapssenteret. Jeg har presentert de tre opprinnelige organisasjonene, striden rundt sammenslåingen og det endelige resultatet av etableringen. I tillegg har jeg pekt på hva slags motforestillinger og kritikk som rettes mot senterets rolle og virksomhet. I dette kapitlet vil jeg trekke sammen trådene fra denne framstillingen, og gjøre noen oppsummerende og konkluderende refleksjoner over funnene i forhold til de teoretiske perspektivene. Først presenterer jeg studiens hovedbidrag. Videre gjøres en oppsummering av historien og de analytiske betraktningene som jeg har presentert gjennom oppgaven, knyttet opp mot studiens problemstillinger. Deretter kommer et samlende og konkluderende punkt som tar for seg studiens overordnede spørsmål om ulike tolkninger av Kunnskapssenteret - som et sannhetsministerium eller som en kunnskapsmegler. Til slutt presenteres noen teoretiske implikasjoner, en kort oversikt over annen forskningsaktivitet som er relatert til studiens tema, før jeg avslutningsvis skisserer noen tanker om videre forskning på dette feltet.

7.2 Studiens bidrag

Studien har vist at Kunnskapssenteret ble etablert som følge av en sterk politisk vilje. Etableringen kan ses som et ledd i en kontraksjonsprosess der myndighetene strammer grepet om styringen av helsetjenestene. På tross av sterk motvilje i samlingsprosessene, motstand fra eksterne aktører som for eksempel Legeforeningen og problemer i forhold til Stortinget og Sosialkomiteen, fikk Departementet til slutt gjennomført den ønskede samlingen av kunnskapsmiljøer. Sammenslåingen av de tre kunnskapsmiljøene som en institusjon organisert under direktoratet representerer en sentralisering av medisinsk kunnskapsproduksjon.

Videre har vi sett at det er en bestemt type kunnskapssyn som løftes fram og gjør seg gjeldende ved Kunnskapssenterets etablering. Det rettes fokus mot kunnskap som er nytteorientert. Man ønsker å finne ut hvilke tiltak som virker, basert på å oppnå et overordnet mål om god helse. Metodene er vurderinger, oppsummeringer og systematiseringer av tilgjengelig kunnskap, der målet er å oppnå oversikt over nytte og effekt. Formålet er å legge

forskningsbasert kunnskap om nytte til grunn for å danne det man kaller en kunnskapsbasert praksis. Dette kunnskapssynet kan forstås som et ledd i en sterkere styring av medisinsk yrkesutøvelse, fordi systematisering av kunnskap danner grunnlag for å kunne innføre klarere retningslinjer for klinisk praksis. Dette vil innebære at man styrker arbeidsformer som legger til rette for mer styring og kontroll av helsetjenestene. Denne utviklingen utfordrer eksisterende medisinske maktstrukturer der ”legen vet best”. I et evidensbasert kunnskapshierarki vil ekspertuttalelser og spesialistkunnskap nemlig være den kilden til kunnskap som har minst tyngde. Økt grad av standardisering av behandlingsformer og medisinsk praksis vil også redusere den profesjonelle autonomien.

Studien har videre vist at Kunnskapssenterets rolle og virksomhet oppfattes på forskjellige måter av ulike aktører i helsetjenesten. Dette kom tydelig til uttrykk gjennom motstanden i tilknytning til etableringen, og vises også gjennom skepsis i uttalelser fra informantene om senterets rolle og virksomhet. Myndighetenes intensjoner uttrykkes som å dreie seg om to ting; man ønsket en bedre ressursmessig organisering av kunnskapsmiljøer, og man ønsket et nøytralt kunnskapsmiljø med større bredde der myndighetene kan bestille kunnskap. Gjennom motstand og motforestillinger kommer det fram at mange er kritiske til etableringen av en sentral premissleverandør av kunnskap som en del av helseforvaltningen. Kritikere oppfatter senteret som en monopolisering av kunnskapsproduksjon som skal legges til grunn for nasjonale helsepolitiske beslutninger, og det etterlyses motmakt eller konkurranse til Kunnskapssenterets virksomhet.

7.2.1 Hvordan ble etableringen av Kunnskapssenteret begrunnet?

Vi har sett at bakgrunnen for senteret er basert på de tre opprinnelige organisasjonene og deres virksomhet. De tre miljøene var organisert på forskjellige måter, og leverte ulike typer kunnskapsoversikter til (bl.a.) myndigheter og sykehus. Arbeidsoppgavene og -metodene var ulike, men vi kan se en kobling mellom dem; fra oppsummeringer av kunnskap, til implementering av kunnskapen og til kvalitetsvurderinger av den faktiske virksomheten. To av miljøene var selvstendig organisert, mens et av miljøene allerede var plassert som en del av myndighetene. Det var derfor ulike oppfatningen mellom dem knyttet til forholdet mellom faglig og organisatorisk autonomi.

De tre opprinnelige organisasjonenes virksomhet har vokst frem i en tid hvor NPM-verdier og fokus på transparens gjør seg gjeldende. Som bakgrunnsteppe for etableringen av Kunnskapssenteret ligger derfor reformelementer som foretaksetablering, økte pasientrettigheter, innføring av enhetlig ledelse i sykehus og nye former for finansiering. Den medisinske kunnskapsproduksjonen er også i endring gjennom en internasjonal utvikling med fokus på helseteknologivurderinger, og økt standardisering av behandlingsformer som tydeliggjøres gjennom for eksempel vektleggingen av evidensbasert medisin. Studien har vist at foretaksreformen påvirket flere forhold internt i de tre miljøene i forkant av etableringen, og framkalte det jeg har kalt for tendenser til endring hos organisasjonene. I et av miljøene kan man i tillegg tydelig spore ønsker om forandring og reorganisering i forkant av etableringen, nemlig Avdeling for helsetjenesteforskning. De ønsket en sterkere statlig tilknytning for i større grad å kunne påvirke praksis med systematiseringer av kunnskap.

Myndighetenes begrunnelse for å slå sammen de tre miljøene og etablere et Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan derfor sies å ha en nær sammenheng med de andre reformene som har blitt gjennomført i helsesektoren de siste årene. Dette kan ses både i form av den kontekstuelle bakgrunnen for det statlige initiativet for samlingen, og i de formelle begrunnelsene som gis. Omorganiseringen av helsetjenestene og reorganiseringen av helseforvaltningen henger sammen, og har en sterk gjensidig avhengighet.

Myndighetenes begrunnelse for å etablere Kunnskapssenteret er å skape en bedre forbindelse mellom tilgjengelig kunnskap og beslutninger i politikk og praksis. De ønsker å oppnå målsetninger om å skape helsetjenester av høy kvalitet ved hjelp av å skape kunnskapsbasert praksis. Samtidig snakker man om å forenkle for å forbedre, ved at man søker å forenkle organiseringen av miljøer som produserer kunnskap til bruk for ulike nivåer av helsetjenesten. Man kan se en tendens til sentralisering, både i form av foretaksreformen, gjennom en nyoppretting av sosial- og helsedirektoratet, og i form av en samling av kunnskapsmiljøer gjennom etableringen av Kunnskapssenteret.

Sammenfattet kan begrunnelsen for etableringen ses som en løsning der man ønsker å slå sammen organisasjoner som har en viss likhet for å skape sammenheng og samordning av kunnskap til bruk for politikk og praksis i helsesektoren, et behov som ble tydeliggjort gjennom sentralisering i eierskapet av sykehusene. Ønsket fra myndighetene om sammenslåing av mindre fagmiljøer begrunnes i organisatoriske, ressursmessige og kunnskapsmessige årsaker. Man uttrykker behov og ønske om oversikter og systematiseringer

av kunnskap, og vil ha en klarere måte å kunne bestille dette på. Samtidig ønskes bedre ressursutnyttelse, og å skape en enklere organisering av helseforvaltningen. Myndighetenes initiativ er sterkt og tydelig, og etableringen kan derfor ses som en kontraksjonsprosess i form av høy politisk involvering og økt sentralisering.

7.2.2 Hva slags konflikter oppstod rundt begrunnelsen og etableringen?

Etableringen av Kunnskapscenteret kan beskrives som en lang og møysommelig prosess, på grunn av konfliktene som oppstod i tilknytning til etableringen. De tre organisasjonene reagerte svært ulikt på forslaget om sammenslåing, og spilte ulike roller i prosessene før og under samlingen. Avdeling for helsetjenesteforskning framstod som en aktiv pådriver i fusjonsprosessen. I denne organisasjonen kan man identifisere et ønske om sterkere statlig tilknytning for å oppnå mer påvirkning. SMM utmerket seg som en tydelig og sterk motstander. HELTEF ønsket også å videreføre sin opprinnelige organisering. I første etableringsrunde så vi at motstanden var sterkt knyttet til den organiseringen som var foreslått, nemlig som en del av direktoratet. I andre runde var økonomisk usikkerhet og politisk press avgjørende faktorer for at organisasjonene godtok forslaget om samlingen. Prosessen lyktes også på grunn av at man valgte å organisere det nye miljøet som et eget senter, og ikke som en del av direktoratet. Felles for de tre miljøene var at de var opptatt av å videreføre egne fagområder og arbeidsmetoder.

SMM var negative til sammenslåingen fordi man så på institusjonell autonomi som en sentral del av å ta vare på den faglige uavhengigheten og organisasjonens legitimitet utad. Avdeling for helsetjenesteforskning ønsket seg nærmere ”maktens arnested”, og var en viktig aktør i samlingsprosessen. Skepsis ble uttrykt både fra HELTEF og SMM i forhold til frykt for styring av kunnskapsproduksjon i form av sentralisering, på grunn av etablering som en del av myndighetene. Det blir framstilt som om statlig uavhengighet er nødvendig for å ivareta faglig autonomi og legitimitet utad i fagmiljøene. SMM fikk støtte fra Legeforeningen som opptrådte som lobbyist for å forhindre samlingen, først mot at SMM skulle trekkes inn i direktoratet, og deretter mot at direktoratet skulle ha en egen kunnskapsdivisjon som involverte forskningsaktiviteter. Dette viser at motstanderne så på samlingen av miljøer som en del av helseforvaltningen som en trussel mot å ivareta autonomi i forskningen og kunnskapsutviklingen. Samtidig representerer kunnskapsproduksjonen som de tre miljøene frontet viktige nyvinninger i forhold til helsetjenestenes utvikling, og utfordrer på ulike måter

en klassisk forståelse av medisin som autonom og hierarkisk organisert. Man kan spørre om utviklingen går mot en prosess der spenningene mellom myndighet og kyndighet flyttes inn på det kliniske nivå, der det aldri før har vært. Klinikken har hele tiden vært utenfor myndighetenes kontroll, og innenfor legenes hegemoni. Gjennom nye former for kunnskapsoppsummeringer og systematiseringer, legges grunnlaget for å innføre tydeligere standardiserte retningslinjer for medisinsk praksis, som kan redusere den enkelte klinikers handlingsrom. Dette omtales som klinisk styring (jfr. Gray & Harrison 2004, Johannessen 2004, Alvestad 2007).

7.2.3 Hvilke kunnskapssyn er det som gjør seg gjeldende gjennom Kunnskapssenteret?

Gjennom framstillingen har jeg vist at nye former for kunnskapsutvikling og måter å tenke om kunnskap gjør seg gjeldende i helsevesenet blant annet i form av Kunnskapssenterets virksomhet. Nye former for kunnskapsutvikling omfatter arbeidsmetoder som evidensbasert medisin og medisinske metodevurderinger, som går ut på systematisering og oppsummering av tilgjengelig forskningsbasert kunnskap om diagnoser og effekt. Videre måles kvaliteten på helsetjenestene med sikte på å oppnå kvalitetsforbedring. Man ønsker å få informasjon om det som gjøres, for å sikre at helsetjenestene er kunnskapsbasert, gir bedre helse og at helsepolitiske målsetninger oppnås. Måten man gjør dette på, er gjennom å fokusere på overføring av forskningsbasert kunnskap til praksis, for å skape det man kaller kunnskapsbasert praksis. Man kan også spørre om kunnskapsmiljøer som bidrar til framveksten av nye kunnskapssyn i større grad ønsker å "blande seg inn" i styringen av helsesektoren, gjennom at miljøene ikke bare vil forske og jobbe på avstand, men ønsker å delta i utformingen av sektoren. En slik forståelse kan se etableringen som en allianse mellom myndighetene og aktører som driver fram nye metoder for kunnskapsutvikling.

Vi har sett at utviklingen i helsevesenet tydeliggjør et syn på kunnskap som nytteorientert. Dette innebærer at man har en oppfatning av et skille mellom kunnskap som vitenskapelige sannheter, og kunnskap som har dokumentert nytte. Nyten kan måles i effekter som for eksempel statistisk sett gode resultater av behandling eller gunstige økonomiske konsekvenser, eller begge deler. Kunnskapssenteret arbeider gjennom sin virksomhet med å oppsummere og systematisere forskningsbasert kunnskap. Målet med denne tilnærmingen er å finne fram til hvilke behandlingsformer som gir ønsket resultat og nytte. Imidlertid behøver det ikke være noe skille mellom forståelse av kunnskap som sannhet eller nytte. Målet er å

finne fram til behandlingsformer som virker, og gir ønsket resultat. Kunnskapssenterets virksomhet kan da forstås som å finne fram til sannheter om nytte. I kraft av sin rolle som en sentral og nasjonal kunnskapsleverandør, kan man si at det skapes en situasjon der senteret er enerådende på sitt område. Dette vil medføre at faglige vurderinger som gjøres av senteret, ikke sammenlignes med andre kunnskapsvurderinger, fordi det er ingen andre aktører som leverer denne type produkter. Det som da avgjør om vurderingene da blir avgjørende i myndighetenes beslutninger vil være politiske vurderinger knyttet til for eksempel etikk eller økonomi.

7.3 Konklusjon – sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?

Kunnskapssenteret er et forvaltningsorgan uten myndighetsfunksjoner, som etatsstyres av Sosial- og helsedirektoratet. Senteret er faglig uavhengig, og kan ikke instrueres i faglige spørsmål. Dette er stadfestet gjennom et sett av statutter, og senteret har i tillegg et eget kapittel på statsbudsjettet som sikrer rammefinansieringen. Kunnskapssenteret representerer slik en unik kombinasjon av et forvaltningsorgan og et kunnskapsmiljø, og har derfor trekk som kan passe med begge de alternative tolkningene.

Vi har sett at ambisjonen ved etableringen var å danne en nøytral organisasjon som arbeidet med kunnskapshåndtering og kvalitetsmålinger i helsetjenesten. Hovedsakelig skulle virksomhetens produkter og tjenester rette seg mot myndighetene; Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, gjennom bestillingsordninger. Gjennom å være en sentralisert premissleverandør av kunnskap for politiske beslutninger kan vi se at senteret fra flere hold oppfattes som et sannhetsministerium. Kunnskapssenterets organisering som en del av myndighetene, og rollen som en sentral leverandør av kunnskapsvurderinger er trekk som tyder på at man har å gjøre med et sannhetsministerium. Imidlertid har senteret ingen beslutningsmyndighet i helsepolitiske spørsmål, og har derfor ikke mulighet for å lage retningslinjer eller lignende.

Både Kunnskapssenterets rolle som forvaltningsorgan, så vel som virksomhetens arbeidsoppgaver og -metoder utfordrer en klassisk forståelse av medisinsk autonomi. Den internasjonale veksten i medisinsk forskning skaper både et stort spekter av muligheter, og behovet for kunnskap om de ulike tiltakenes effekt. Kunnskapssenteret kan ses som en løsning på dette, i form av å være en upartisk aktør som navigerer mellom ulike interesser som representeres ved pasienter, profesjon, politikere, forvaltning og medisinsk industri.

Hvorfor har man da valgt å etablere senteret som en del av helseforvaltningen? Dette representerer en ny type organisering ved å etablere et nøytralt fagmiljø innenfor helseforvaltningen, som ikke har noen myndighetsautoritet. Plasseringen innenfor myndighetene kan derfor også forstås som en ny type styring, der myndighetene ønsker å styrke sin stilling ved å ha Kunnskapssenteret som premissleverandør for faglighet. Senteret kan i så fall tolkes som et "faglig alibi" for helsepolitiske prosesser og beslutninger. Kunnskapssenteret kan ses som en institusjon som skaper faglig legitimitet for myndighetenes avgjørelser, ved at den moderne helsestaten sentraliserer kunnskapsproduksjonen samtidig som de legitimerer denne utviklingen i tradisjonelle normer om uavhengig vitenskap. Som eksempelet i innledningen viste, trenger myndighetene kunnskap for å ta vanskelige politiske avgjørelser. Kunnskapssenteret kan derfor ses som en hybrid av myndighets- og kyndighetsautoritet. Dette kan forklares ved å se på styringstendenser som NPM og transparens som ligger bak nye former for organisering av statlig styring i vår tid. Spørsmålet er om det likevel ikke vil være mer kraft i de resultater og anbefalinger som kommer på grunn av at det står sentrale myndigheter bak, og fordi senteret framstår som en enerådende organisasjon på sitt felt i Norge.

Myndighetene viser gjennom etableringen av Kunnskapssenteret en klar styringsvilje, og man kan forstå senteret som et sterkt statlig styringsgrep for å sentralisere medisinsk kunnskapsproduksjon. At man trekker medisinske kunnskapsmiljøene inn som en del av helseforvaltningen, kan tolkes som et signal om at myndighetene trenger mer oversikt over medisinsk kunnskap for å kontrollere det finansielle aspektet ved helsetjenestene. Samtidig ønsker man å legge til rette for å styre helsevesenet for å sikre kvalitetsaspektet. Forholdet mellom profesjon og stat er i endring ved at myndighetene forsøker å forene politisk styring, kunnskapsbruk og forskning for å oppnå kvalitet i helsetjenestene. Det kan stilles spørsmål ved om Kunnskapssenteret i kraft av å være myndighetenes hovedaktør for å skape kunnskapsbasert praksis, også skaper grunnlag for en økt grad av styring av medisinsk praksis. Dette vil i så fall innebære en svekkelse av legeprofesjonens autonomi. På den annen siden kan se det slik at deler av den medisinske profesjon styrkes gjennom denne nye institusjonen. Den medisinske profesjonen er ingen homogen gruppe, og man kan se for seg flere grupperinger innad i profesjonen som vil ha forskjellige forståelser av og syn på Kunnskapssenteret.

For allmenntmedisinerne som var i forkant med å fokusere på evidensbasert medisin, kan senteret sies å inkludere arbeidsmetoder som de har vært sentrale pådrivere i utviklingen av,

og derfor oppfattes som en styrking av dette kunnskapssynet. Samtidig har vi sett at informantene legger vekt på at man ser negative sider ved at statlig styring skal gripe inn i klinisk praksis i for stor grad. Samtidig som man ønsker en utvikling mot en mer kunnskapsbasert praksis, presiseres begrensningene i forhold til gruppebasert kunnskap overført til individnivå. Evidensbasert medisin i praksis er at man inkluderer forskningsbasert kunnskap med hensyn til den individuelle pasient, og erfaringsbasert kunnskap basert på det medisinske skjønn.

For medisinske eksperter og spesialister kan de nye formene for kunnskapsutvikling oppfattes som både en trussel mot den medisinske autonomien, og det medisinske eksperthierarkiet. Ekspertvurderinger har ikke lenger samme tyngde som før, i et evidensbasert kunnskapshierarki vil ekspertvurderinger plasseres nederst, og man snakker derfor om et paradigmeskifte. Det skjer en overgang fra en oppfatning av medisinen som ekspertstyrt, til fokuseringen på kunnskapsoppsummeringer og -vurderinger etter evidensbasert modell. Dette så vi gjennom historien i innledningen, der medisinske eksperter var uvillige til å godta statlige retningslinjer for praksis basert på et kunnskapsgrunnlag som de ikke var enige i. Studien har vist at Legeforeningen ytte sterk motstand knyttet til etableringen av senteret, dette kan forstås i sammenheng med den sentrale rollen foreningen har spilt historisk som den største nasjonale interesseorganisasjonen for leger, og ses i sammenheng med historiske spenninger mellom myndighets- og kyndighetsnivået.

For de fagmiljøene som ble inkludert i Kunnskapssenteret betyr etableringen at medisinske kunnskapsvurderinger i større grad vektlegges av statlige myndigheter. Likevel framheves det at både Kunnskapssenteret og myndighetene ønsker et klart skille mellom politikk og kunnskap, for å påpeke at det ikke er etablert noen automatikk i disse sammenhengene. Dette er sentralt for å sikre senterets autonomi i forhold til den statlige organiseringen, og i forhold til å sikre legitimitet for senterets vurderinger.

Hvordan kan studiens bidrag gi et innspill til å si noe om hvilken vei helsetjenesten går? Man kan se en tendens til at myndighetene trer tydeligere frem i en sektor som tradisjonelt har vært dominert av kyndighetsautoritet. Økt grad av standardisering og styring av helsetjenestene bryter med legeprofesjonens hegemoni, for eksempel representert gjennom foretaksreformen, enhetlig ledelse og ved etableringen av Kunnskapssenteret.

Intensjonen bak opprettelsen av Kunnskapssenteret var å etablere et senter som har mest til felles med en oppfatning om en kunnskapsmegler. Man ønsket å skape en nøytral aktør, uavhengig av interesser knyttet til profesjon, myndighet eller industri. Vi har imidlertid sett at

oppfatninger utenfra peker mer mot en beskrivelse av Kunnskapssenteret som et sannhetsministerium. Dette kan begrunnes i organiseringen og den statlige tilknytningen, i tillegg til at de oppfattes som store og enerådende på sitt felt. Vi ser at Kunnskapssenteret kan betraktes som en suksesshistorie så langt, det er en organisasjon som vokser, både i form av oppdrag, økonomi og i antall ansatte. Gjennom å være den nasjonale leverandør av kunnskapsoppsummeringer har senteret en sentral rolle. Selv om man fokuserer på å skille skarpt mellom fag og politikk, har man bare en aktør på dette feltet, og man kan da regne med at vurderingene de gjør blir dominerende. Dette kan ses som et paradoks, og en av farene ved å etablere et slikt senter, ved at man ikke har alternative eller konkurrerende aktører. Kan det tenkes at senteret vil utvikle seg til å bli et sannhetsministerium, fordi politikerne er så avhengig av kunnskapsvurderingene som leveres at politiske beslutninger vil være forhåndsbestemt?

7.3.1 Teoretiske implikasjoner

I denne studien har jeg beskrevet bakgrunnen for etableringen av Kunnskapssenteret, initiativet bak og selve prosessen rundt etableringen. Jeg har også identifisert og forklart aktørenes argumenter for og imot selve etableringen. Gjennom å etablere teoretiske begreper som beskriver motsetningene som kommer fram (sannhetsministerium vs. kunnskapsmegler), og se historien i lys av disse har jeg kunnet skildre prosessen i et samfunnsvitenskapelig perspektiv, og trukket opp noen linjer som vi kan kjenne igjen i grensedragningen mellom politikk, forvaltning, økonomi og medisin.

Ved å bruke distinksjonen mellom myndighet og kyndighet har jeg sett at etableringen av Kunnskapssenteret må sees i sammenheng med den øvrige omorganiseringen av helsetjenestene i Norge, og i lys av reformer preget av NPM og transparens. Vi ser at det er en tendens til sentralisering blant annet gjennom statlig overtakelse av sykehusene og økt fokus på innsyn og styringsprinsipper. Etableringen av Kunnskapssenteret kan også ses på som en sentraliseringsprosess, i form av å gjøre kunnskap mer oversiktlig og lettere tilgjengelig, eller ”brukervennlig”, for myndighetene. Dette baseres på et ønske om å tilby gode og faglig funderte helsetjenester. Sentraliseringen er også en tydeliggjøring av dominerende arbeidsmetoder innen medisinsk kunnskapsutvikling, som bidrar til å gjøre helsetjenestene mer etterrettelige og lettere å kontrollere, både for staten og for pasientene. Dette er tegn som tyder på at forholdet mellom myndighet og kyndighet er i endring. Vi ser en utvikling der den faglige autonomien og profesjonenes mulighet til å utøve skjønn må vike plass for

myndighetenes ønske om å tilby gode helsetjenester basert på definerte standarder for nytte og effekt.

Andre teoretiske tilnærminger kunne gitt et inntak for å belyse ulike sider ved datamaterialet. For eksempel kunne et institusjonelt perspektiv og et aktørperspektiv pekt mer på selve endringene i de tre organisasjonene. Gjennom et institusjonelt perspektiv kunne man tydeliggjort skepsisen mot endring og vist hvordan organisasjoner i tillegg til å utøve sin virksomhet har et ønske om å rettferdiggjøre og bevare sin egen eksistens. Dette skaper vanligvis endringsmotvilje, ettersom forandring i de fleste tilfeller vil medføre en endring i organisasjonens eksistensvilkår. For eksempel i forhold til HELTEF kunne institusjonell teori dermed bidra til å forklare hvorfor organisasjonen først var villig til å fusjonere og endre sin institusjonelle tilknytning da eksistensgrunnlaget så ut til å være truet. Gjennom å bruke et aktørperspektiv ville en kunne identifisere i hvilken grad institusjonens vilje til endring var avhengig av sentrale aktører i prosessen, og om deltakelse og sammensetning av prosjektgrupper og ledelse (el.) har vært en medvirkende årsak til at organisasjonen endret standpunkt i andre og avgjørende runde.

I denne studien har imidlertid hovedformålet vært å identifisere spenningene mellom statens behov for kunnskap og ønske om å styre, i forhold til medisinske eksperters ønske om å bevare faglig autonomi og kontroll over egen yrkesutøvelse. Disse spenningene viser hvordan etableringen av Kunnskapssenteret kan ses som et paradoks, ettersom det å sentralisere kunnskap også kan tolkes som et forsøk på å sentralisere makt. Eller om dette er en uintendert effekt?

7.4 Annen forskning

Studien har vist at Kunnskapssenterets virksomhet både har en rolle der de legitimerer helsepolitiske beslutninger, og at de bidrar til økt styring av helsetjenestene gjennom kvalitetsmålinger og kunnskapsoppsummeringer som danner grunnlag for standardisering av medisinsk praksis.

Høsten 2006 startet EU-prosjektet KnowAndPol⁶⁴, som er et komparativt prosjekt med deltakere fra åtte land i Europa. Prosjektet tar for seg kunnskapsgrunnlaget for beslutninger innen helse- og skolepolitikk. Norske deltakere er bl.a. Haldor Byrkjeflot og Birte Folgerø

⁶⁴ <http://www.polis.no/modules.html>

Johannessen fra Rokkansenteret, representanter fra Høgskolen i Østfold og Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR). Det pekes på at legitimitet og autoritet for sosiale og politiske prosesser avhenger av at kunnskapen de baserer seg på har tilstrekkelig legitimitet og autoritet. Kunnskap kan danne grunnlag både som drivkraften for, og innholdet i politikk. Spørsmål som stilles er blant annet hvordan man mobiliserer og inkluderer ulike kunnskapsressurser i beslutninger, og hvilken rolle staten/myndighetene spiller i denne mobiliseringen.

Gjennom ATM-prosjektet har også Birte Folgerø Johannessen (2004) og Monika Alvestad (2007) tatt for seg spørsmål knyttet til regulering av medisinsk autonomi knyttet til det psykiske helsevernet. De viser at et fokus på evidensbaserte metoder overført til psykiatrisk praksis oppleves som vanskelig, på grunn av det sammensatte kunnskapsgrunnlaget i sektoren. Dette viser at nye kunnskapssyn kan skape problemer når de overføres til praksis.

7.5 Videre forskning

Avslutningsvis vil jeg kort antyde noen aktuelle tema for videre forskning, med utgangspunkt i spørsmål som jeg ikke har undersøkt i denne studien.

For å utfylle denne studiens bidrag, kunne man sett på om arbeidsoppgavene til de tre miljøene endret seg ved sammenslåingen gjennom Kunnskapssenteret. En del av frykten og skepsisen for å samle organisasjonene, var jo at organisasjonene skulle miste sine særpreg. Dette kan i så fall fortelle mer både om senterets rolle som en sentral kunnskapsleverandør, og om interne prosesser i Kunnskapssenteret etter etableringen.

Direktøren av Kunnskapssenteret snakker om det norske Kunnskapssenterets rolle og organisering som *institusjonell pionervirksomhet*. Det kunne derfor være interessant å sammenligne senteret med tilsvarende organisasjoner i andre land, for å se om den norske løsningen er så unik. En mulighet ville være å gjøre en komparativ studie mellom Kunnskapssenteret i Norge og SBU i Sverige. Man kunne da tatt for seg hva slags roller de to organisasjonene har, og hva slags forskjeller som kan identifiseres mellom de to miljøene.

For øvrig blir det i år gjennomført en evaluering av Kunnskapssenteret etter initiativ fra Sosial- og helsedirektoratet. Evalueringen skal vurdere om arbeid og resultater er i tråd med føringene som ble gitt ved etableringen, og vil legge grunnlaget for utformingen av Kunnskapssenterets videre strategiplan for 2008-2010. Rapporten forventes å være klar til oktober 2007.

Litteratur

Alvestad, Monica (2007): *Identitet og styring. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern*. Masteroppgave ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Andersen, Svein S. (1997): *Case-studier og generalisering – forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.

Berg, Ole (2006): *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie. Oslo: Den norske lægeforening.

Berg, Ole (1991): *Medikrati, hierarki og marked – Noen historiske betraktninger om regulering av medisinsk yrkesutøvelse*. I Dag Album & Georges Midré (red.) (1991): *Mellom idealer og realiteter – Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam.

Berg, Ole (1987): *Medisinens logikk – Studier i medisinsens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bjørndal, Arild, Flottorp, Signe & Klovning, Atle (2000): *Medisinsk kunnskapshåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bleiklie, Ivar & Byrkjeflot, Haldor (2002): *Changing knowledge regimes: Universities in a new research environment*. Higher Education 44:519-532.

Blomgren, Maria (2004): *Quests for Transparency - Signs of a New Institutional Era in the Healthcare Field?* Paper presented at the EGOS Colloquium, Ljubljana, July 1-3, 2004.

Blomgren, Maria & Sahlin-Andersson, Kerstin (2003): *Ledning på distans - att skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvård*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Brewerton, Paul & Millward, Lynne (2001): *Organizational Research Methods*. London: Sage Publications.

Byrkjeflot, Haldor (1997): *Fra ledelse til management?* I Haldor Byrkjeflot (red.) (1997): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Byrkjeflot, Haldor (2005): *The Rise of a Healthcare State? Recent Healthcare Reforms in Norway*. Bergen: Rokkansenteret. Working Paper 15- 2005.

Christensen, Tom (1994): *Politisk styring og faglig uavhengighet – Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Tano.

Christensen, Tom & Lægreid, Per (red.) (2001): *Introduction*. I Tom Christensen & Per Lægreid (red.) (2001): *New Public Management – the transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate.

Creswell, John W. (1994): *Research Design – Qualitative & Quantitative Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Erichsen, Vibeke (1985): *Kunnskapsutvikling og profesjonalisering*. I Ivar Bleiklie et. al (red.) (1985): *Politikkens forvaltning*. Bergen: Universitetsforlaget.

Erichsen, Vibeke (red.) (1996): *Profesjonsmakt – På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.

Finkelstein, Neal D. (red.) (2000): *Transparency in Public Policy: Great Britain and the United States*. Basingstoke: Macmillan Press Ltd.

Fossåskaret, Erik (1997): *Innledning*. I Erik Fossåskaret, Otto L. Fuglestad og Tor Halfdan Aase (red) (1997): *Metodisk feltarbeid, produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Freidson, Eliot (1986). *Professional Powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

Freidson, Eliot (1994): *Professionalism Reborn – Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: University of Chicago Press.

Gran, Torvald (2002): *Kontraksjons- og detraksjonsteser. En teori om makt og verdikonflikt i demokratier*. I Stein Ugelvik Larsen (red.) (2003): *Teori og metode i statsvitenskap*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gray, Andrew & Harrison, Stephen (red.) (2004): *Governing Medicine – Theory and Practice*. London: Open University Press.

Grimen, Harald (2000): *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hellevik, Ottar (1994): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Herfindal, Sturla (2004): *Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. Hovedfagsoppgave ved Institutt for Administrasjons- og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Holter, Harriet (1996): *Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning*. I Harriet Holter & Ragnvald Kalleberg (red.) (1996): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, Knut Dahl (1963): *Teknisk hjelp og politisk struktur – En avgjørelsesteoretisk studie av norsk landbruksforvaltning 1874-1899*. Oslo: Universitetsforlaget, 1963.

Johannessen, Birte Folgerø (2004): *Lederskap, evidens og behandlingstenkning innen det psykiske helsevernet*. Rokkansenteret, Bergen: Rokkansenteret. Notat 22-2004.

Johansen, Monica Skjöld (2005): *Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet*. Bergen: Rokkansenteret. Notat 16-2005.

Jørgensen, Øyvind (2005): *Etableringen av fritt sykehusvalg*. Hovedoppgave, Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Kvale, Steinar (1996): *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE publications.

Larsen, Stein Ugelvik (1999): *Innleiing*. I Stein Ugelvik Larsen: Teori og metode i samfunnsfaga. Oslo: Det Norske Samlaget.

Lian, Olaug S. (2003): *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lundbäck, Erica (2004): *Challenging Experts in Medicine – Introducing Evidence-Based Medicine*. Paper presented at the 17th Scandinavian Academy of Management Conference in Reykjavik, Iceland.

Lundbäck, Erica (2002): *Spreading the label evidence-based medicine – contest and negotiation*. Paper presented at the 18th EGOS Colloquium, Barcelona, July 4-6 2002.

Maurseth, Per (1979): *Sentraladministrasjonens historie*. Bind 1 (1814-1844). Oslo: Universitetsforlaget.

Moseng, Ole Georg (2003): *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Bind 1 i serien Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Oslo: Universitetsforlaget.

Nerheim, Siri (2005): *Hvem skal lede? – Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. Hovedoppgave, Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen

Parsons, Talcott (1947): *Introduction. IV. The Institutionalization of Authority*. I Max Weber (1947): *The theory of Social and Economic Organization*. London: William Hodge and Co.

Power, Michael (1999): *Audit Society*. Oxford: Oxford University Press.

Power, Michael (2003): *Evaluating the Audit Explosion*. I Law and Policy, Vol. 25, No. 3, July 2003.

Ramsdal, Helge og Skorstad Egil J. (2004): *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Roness, Paul G. (1997): *Organisasjonsendringar – Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sackett, David L. et al. (2000): *Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. 2nd edition. London: Churchill Livingstone.

Silverman, David (2001): *Interpreting Qualitative Data – Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. 2nd Edition. London: SAGE Publications.

Solvoll, Mark Allan (2004): *Profesjon, identitet og autonomi i praksis og teori*. Bodø: Høgskolen i Bodø.

Thagaard, Tove (2002): *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tranøy, Bent Sofus & Østerud, Øyvind (2002): *En fragmentert stat? I Bent Sofus Tranøy & Øyvind Østerud (red.) (2002): Den fragmenterte staten – reformer, makt og styring. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Weber, Max (2000): *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.

Yin, Robert K. (2003): *Case Study Research - Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Østergren, Katarina (2004): *The institutional construction of consumerism – A study of the Norwegian health care sector*. Paper presented at the EGOS-conference 2004.

Offentlige dokumenter

Budsjettinnstilling til Stortinget fra Sosialkomiteen nr.11 – 2003-2004. Budsjett-innst. S. nr. 11 – 2002-2003.

Budsjettinnstilling til Stortinget fra Sosialkomiteen nr.11 – 2004-2005. Budsjett-innst. S. nr. 11 – 2004-2005.

Innstilling fra sosialkomiteen om endringer i smittevernloven og enkelte andre lover. Innst.O. nr. 15 (2001-2002).

Innstilling frå sosialkomiteen om verdjar for den norske helsetenesta. Innst.S. nr. 172 (2000-2001).

Kvalitet i helsetenesta. Forståing og rammeverk. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet. Januar 2006.

Norges Offentlige Utredninger. *Pasienten først!* Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997:2.

Odelstingsproposisjon nr. 66 (2000-2001). Sosial- og Helsedepartementet: Om lov om helseforetak med mer. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)

... *Og bedre skal det bli!* - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Utgitt 09/2005. Sosial- og helsedirektoratet.

Skriftlig spørsmål fra Gunhild Øyangen til helseministeren. Dokument nr. 15 (2001-2002), Spørsmål nr. 28, datert 28.11.2001.

Skriftlig spørsmål fra Gunhild Øyangen til helseministeren. Dokument nr. 15 (2001-2002), Spørsmål nr. 449, datert 07.06.2002.

Stortingsproposisjon nr. 1 1996-1997, Statsbudsjettet 1997.

Stortingsproposisjon nr.1 2001-2002, Statsbudsjettet 2002.

Stortingsproposisjon nr. 1 2003-2004, Statsbudsjettet 2004.

Stortingsproposisjon nr. 1 2004-2005, Statsbudsjettet 2005.

Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Rapport (2001): Sosial- og Helsedepartementet
<http://www.odin.dep.no/filarkiv/138517/sykehusreformen.pdf>

Interne dokumenter

Brev fra Helsedepartementet til SINTEF Unimed, SMM og Sosial- og helsedirektoratet angående innlemming av Senter for medisinsk metodevurdering i nytt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 20.november 2003.

Delprosjekt (2003): Etablering av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Skisse til formål, oppgaver, organisering og vedtekter, 10.oktober 2003.

”God kunnskap former helsetjenesten” – Strategiplan for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2005-2007, 28.september 2005.

SINTEF helse Årsrapport 2003 (<http://www.sintef.no/upload/Helse/aarsrapport2003.pdf>)

Sluttrapport (2003): Etablering av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Innstilling fra intern styringsgruppe, 19.desember 2003.

Årsmelding for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2005

Årsmeldinger for Senter for medisinsk metodevurdering: 1998, 2001,2002 og 2003

Årsmeldinger fra HELTEF: 1999-2000, 2001, 2002 og 2003

Årsrapport for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004, 2005 og 2006

Aviser og tidsskrift

”Bringer helse til folket”. Aftenposten: Natasza P. Sandbu, 27.januar 2004.
<http://www.aftenposten.no/helse/article717610.ece>

”Erfaringer fra 5 år med medisinsk metodevurdering i Norge”. Kronikk, Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 9, 2003:123 (1213-1215).

”Evidens og nypositivisme”. Tor Johan Ekeland i Forskningspolitikk, nr. 2/2007 (3.juli 2007)

”Helsekunnskap til alle”. Forskningsetikk: Lise Ekern, 2/2004.
http://etikkom.no/fagbladet/2004_2/helsekunnskap

”Høybråten refser professor”. Aftenposten: Anne Hafstad, 12.februar 2004.
<http://www.aftenposten.no/helse/article728902.ece>

”Kunnskapsmegleren”. Forskningspolitikk: Randi Søgner, nr.2/2007 (3.juli 2007)
http://nifu.pdc.no/index.php?seks_id=8703

"Myndighetene oppfordrer oss til å ta pasientenes liv med rein rottegift". Dagbladet: Hilde Schjerve, 11.februar 2004. <http://www.dagbladet.no/nyheter/2004/02/11/390603.html>

"Tvinges til feil behandling?". Dagens Medisin 18/03: Lars-Erik Vollebæk, 04.desember 2003. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2003/12/04/tvinges-til-feil-behandling/>

"Unyansert om evidens". Leder av Randi Søgner i Forskningspolitikk, nr. 2/2007 (3.juli 2007)

Internettreferanser

<http://www.access.gpo.gov/ota/>

<http://allhat.sph.uth.tmc.edu/>

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/18>

<http://www.bt.no/lokalt/bergen/article.jhtml?articleID=344002>

http://www.cebm.net/ebm_is_isnt.asp

<http://www.euro.who.int/HEN>

<http://forskingsradet.ravn.no/bibliotek/forskning/199508/1995081803.html>

<http://www.frittsykehusvalg.net>

http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp

<http://www.kunnskapssenteret.no>

<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?artikkelid=96&back=2>

<http://www.legemiddelverket.no>

<http://www.managedcaremag.com/archives/0403/0403.transparency.html>

http://www.nifustep.no/norsk/publikasjoner/rapport_fra_evalueringsgruppen

<http://www.oecd.org>

<http://www.polis.no>

<http://www.polis.no/modules.html>

<http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/Forskr/f20000414nr328?f=templates&fn=main-j.htm&2.0>

<http://www.sbu.se/>

<http://www.sbu.se/www/index.asp>

<http://www.shdir.no>

http://www.shdir.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt_finansiering/

http://www.shdir.no/kodeverk_og_pasientklassifiseri/drg/

<http://www.sst.dk>

Oversikt over informanter

- Informant 1: Tidligere midlertidig instituttsjef på HELTEF. Nå i toppledelsen på Kunnskapssenteret.
- Informant 2: Tidligere direktør ved SMM. Nå i toppledelsen på Kunnskapssenteret
- Informant 3: Departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet.
- Informant 4: Tidligere leder for Avdeling for helsetjenesteforskning. Nå forsker ved Kunnskapssenteret.
- Informant 5: Generalsekretær i Den norske lægeforening.
- Informant 6: Professor i allmenntmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (Universitetet i Bergen).
- Informant 7: Professor i medisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (Universitetet i Bergen) og allmennpraktiserende lege.
- Informant 8: Førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin (Universitetet i Bergen) og allmennpraktiserende lege.

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringsen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008
- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sjukehus : sett i lys av erfaringar med sjukehusreforma*. April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008

- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008

POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER