



## Fra minefelt til etablert forskningsområde

Evaluering av Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin



Oxford Research er et nordisk analyseselskap. Vi dokumenterer og utvikler kunnskap gjennom analyser, evalueringer og utredninger slik at politiske og strategiske aktører kan få et bedre grunnlag for sine beslutninger. Vi kombinerer vitenskapelige arbeidsmetoder med kreativ idéutvikling for å tilføre våre kunder ny kunnskap. Vårt spesialfelt er analyser og evalueringer innen nærings- og regionalutvikling, forskning og utdanning samt velferds- og utdanningspolitikk.

Oxford Research har kontorer i Kristiansand, Stockholm, København, Kotka og Brussel og retter sitt arbeid mot det nordiske og det europeiske markedet.

Se [www.oxford.no](http://www.oxford.no) for mer informasjon om selskapet

## Oxford Research:

### SVERIGE

Oxford Research AB  
Box 7578  
Norrländsgatan 12  
103 93 Stockholm  
Telefon: (+46) 702965449  
[office@oxfordresearch.se](mailto:office@oxfordresearch.se)

### FINLAND

Oxford Research OY  
Heikinkatu 7,  
48100, Kotka,  
Finland  
GSM: +358 44 203 2083  
[jouni.eho@oxfordresearch.fi](mailto:jouni.eho@oxfordresearch.fi)

### NORGE

Oxford Research AS  
Østre Strandgate 1  
4610 Kristiansand  
Norge  
Telefon: (+47) 40 00 57 93  
[post@oxford.no](mailto:post@oxford.no)

### DANMARK

Oxford Research A/S  
Falkoner Allé 20, 4. sal  
2000 Frederiksberg C  
Danmark  
Telefon: (+45) 33 69 13 69  
Fax: (+45) 33 69 13 33  
[office@oxfordresearch.dk](mailto:office@oxfordresearch.dk)

### BELGIA

Oxford Research  
c/o ENSR  
5, Rue Archimède, Box 4  
1000 Brussels  
Phone +32 2 5100884  
Fax +32 2 5100885  
[secretariat@ensr.eu](mailto:secretariat@ensr.eu)

Tittel:	Fra minefelt til etablert forskningsområde
Undertittel:	Evaluering av Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin
Oppdragsgiver:	Helsedirektoratet
Prosjektperiode:	September – desember 2013
Prosjektleder:	Harald Furre
Forfattere:	Harald Furre, Stine Meltevik, Martin Vestergaard (alle Oxford Research), Preben Aavitsland (Epidemi), Stian Rønå (Ordkraft) og Hege Gabrielsen (PWC)
Kort sammendrag:	<p>Evalueringen er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet. Utgangspunktet for evalueringen er en vurdering av styring, strategi og organisasjon, en vurdering av forskningens kvalitet, relevans og bredde, samt en vurdering av informasjonsformidlingen.</p> <p>Evalueringen trekker den hovedkonklusjon at NAFKAM på et overordnet nivå oppfyller sitt mandat. Senteret produserer forskning med god metodisk kvalitet og har en anerkjent posisjon internasjonalt. Senteret ivaretar videre nøytralitets-hensynet på en god måte. Når det er sagt, har NAFKAM en lang vei å gå for å posisjonere seg nasjonalt. Dette kan henge sammen med at forskningens relevans ikke fremstår optimal per i dag, at forskningen har vært veldig smal og at den vitenskapelige produksjonen har ligget på et moderat nivå.</p> <p>Det fremstår videre som om de styrende organene i liten grad har følt et ansvar for å legge de føringer og målkrav til grunn for å gi NAFKAM den rollen man ønsker. Senteret har heller ikke hatt tydelige strategier som har dannet utgangspunktet for den retning og de valg som er gjort.</p> <p>Nifab har lagt store ressurser i å utvikle en god og informativ portal. Her har etter vårt skjønn Nifab lykkes godt. Nifabs arbeid med å sikre kjennskap og kunnskap i befolkningen virker derimot tilfeldig og ikke satt i system.</p>



## Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. I konkurranse med andre mulige leverandører vant Oxford Research oppdraget med å utføre evalueringen. Evalueringen er gjennomført høsten 2013 av et team bestående av medarbeidere fra Oxford Research, Epidemi, Ordkraft og PwC.

I evalueringsarbeidet har vi hatt tett kontakt med Vegard Nore i Helsedirektoratet. Takk for godt samarbeid! Videre har ledelse og medarbeidere i NAFKAM bistått med å fremskaffe informasjon av ulik art på en meget serviceinnstilt måte. Takk også til dere.

I arbeidet med evalueringen har vi vært i kontakt med en rekke personer i ulike organisasjoner. Takk til alle som har stilt opp og bidratt til at arbeidet baserer seg på et rikt informasjonsgrunnlag.

Vi håper evalueringsarbeidet kommer til nytte!

Kristiansand, desember 2013



Harald Furre  
Adm. dir.  
Oxford Research AS

# Innhold

<b>Kapittel 1.</b>	<b>Samlet oppsummering og anbefalinger .....</b>	<b>11</b>
1.1	Styring, organisering og strategi .....	11
1.2	Forskningen .....	12
1.3	Informasjonsformidling .....	13
1.4	Anbefalinger .....	13
<b>Kapittel 2.</b>	<b>Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin .....</b>	<b>16</b>
2.1.1	Alternativ behandling .....	16
2.1.2	Bakgrunn .....	16
2.1.3	Mandat .....	17
2.2	NAFKAMs utvikling .....	17
2.2.1	Organisatorisk historie .....	17
2.2.2	Dagens organisering .....	18
2.2.3	Utvikling i økonomi/finansiering .....	18
2.2.4	Dagens ansattprofil .....	18
2.2.5	NAFKAMs strategi .....	19
2.3	NAFKAM i den norske forskningssektoren .....	19
2.4	NAFKAM i en internasjonal sammenheng .....	19
2.5	Vitenskapelige publiseringer .....	20
<b>Kapittel 3.</b>	<b>Om evalueringen .....</b>	<b>21</b>
3.1	Innledning .....	21
3.2	Bakgrunn og formålet med evalueringen .....	21
3.2.1	Evalueringsspørsmål .....	21
3.3	Metode .....	22
3.3.1	Dokumentstudie .....	22
3.3.2	Dybdeintervjuer .....	22
3.3.3	Brukerstudie .....	22
3.3.4	Selvevaluering .....	23
3.3.5	Metodene brukt i evalueringen av forskningen .....	23
3.3.6	Metoder ved evalueringen av informasjonsevne .....	23
<b>Kapittel 4.</b>	<b>Styring, strategi og organisering .....</b>	<b>25</b>
4.1	Innledning .....	25
4.2	Overordnet styring .....	25
4.2.1	Rapportering på måloppnåelse .....	26
4.3	Strategi .....	27
4.3.1	Samsvar mellom NAFKAMs strategi og mandatet fra HOD .....	27
4.3.2	Forankring internt og strategisk styring .....	28

4.3.3	Konklusjon – styring og strategi .....	28
4.4	Organisering for effektivitet .....	29
4.4.1	NAFKAM som del av Universitetet i Tromsø.....	29
4.4.2	Fagrådet.....	30
4.4.3	Intern organiseringen ved NAFKAM .....	31
4.4.4	Konklusjon – intern organisering.....	34
4.5	Finansiering.....	34
4.5.1	NAFKAMs tilskudd 2009-2013 .....	34
4.5.2	NAFKAM og kostnadseffektivitet.....	35
4.5.3	Konklusjon – finansiering .....	36
4.6	NAFKAMs roller .....	36
4.6.1	Samarbeid.....	37
4.6.2	Rådgivning .....	38
4.6.3	Et forskningssenter med mange hatter .....	38
4.6.4	Nøytral, eller for nøytral?.....	39
4.6.5	Konklusjon – NAFKAMs roller .....	40
4.7	Kompetanse .....	40
4.7.1	Kompetansesituasjonen før og nå .....	40
4.7.2	Kompetansens betydning for forskningen.....	41
4.7.3	Konklusjon – kompetanse .....	41
4.8	Konklusjon og anbefalinger.....	41
<b>Kapittel 5.</b>	<b>Forskningen ved NAFKAM.....</b>	<b>43</b>
5.1	Innledning.....	43
5.2	Metode .....	43
5.2.1	Undersøkelse av forskningsstrategi, nøytralitet og andre forhold .....	43
5.2.2	Undersøkelse av forskningens metodiske kvalitet .....	43
5.2.3	Undersøkelse av forskningens relevans .....	44
5.2.4	Undersøkelse av forskningens bredde og mengde.....	44
5.2.5	Sammenlikning med andre sentre .....	45
5.3	Funn - Forskningsstrategi, nøytralitet og andre forhold .....	46
5.3.1	Strategi og forskningsmodell.....	46
5.3.2	Nøytralitet.....	50
5.4	Vurdering - Forskningsstrategi, nøytralitet og andre forhold .....	50
5.4.1	Mål, forventninger og nøytralitet.....	50
5.4.2	NAFKAMs forskningsmodell .....	51
5.4.3	NAFKAMs forskningsstrategi .....	52
5.4.4	Samarbeid, rekruttering og forskerutdanning.....	52
5.5	Funn - forskningens metodiske kvalitet.....	53
5.5.1	Bibliometri .....	53
5.5.2	Bibliometrisk sammenlikning av NAFKAM med NSSF og Nklm .....	55

5.5.3	Uttelling på forskningssøknader .....	57
5.5.4	Sammenheng mellom forskningstema og design.....	58
5.5.5	Vurdering av enkeltartikler .....	59
5.6	Vurdering - Forskningens kvalitet .....	65
5.7	Funn - forskningens relevans .....	66
5.7.1	Målgruppens oppfatning .....	66
5.7.2	NAFKAMs egne eksempler .....	66
5.7.3	Vurdering av enkeltartikler .....	66
5.8	Vurdering - Forskningens relevans.....	67
5.9	Funn - forskningens bredde og mengde.....	67
5.9.1	Behandlingsformer .....	68
5.9.2	Sykdomsgrupper .....	68
5.9.3	NAFKAM-fase.....	69
5.10	Vurdering - Forskningens bredde og mengde .....	70
5.11	Konklusjon og anbefalinger .....	71
5.11.1	Konklusjoner.....	71
5.11.2	Anbefalinger .....	72
<b>Kapittel 6.</b>	<b>Informasjonsformidling - Nifab .....</b>	<b>73</b>
6.1	Bakgrunn .....	73
6.2	Evaluerings av kommunikasjon.....	73
6.3	Nettportalen nifab.no .....	74
6.3.1	Disposisjon og funksjonalitet .....	74
6.3.2	Vurdering av disposisjon og funksjonalitet: .....	75
6.3.3	Språk .....	75
6.3.4	Vurdering av språk .....	75
6.3.5	Konklusjon på språk og disposisjon av portalen nifab.no.....	76
6.4	Mål og tallenes tale.....	77
6.4.1	Google Analytics.....	77
6.4.2	Hva sier de spurte respondentene om Nifab? .....	77
6.4.3	Vurdering .....	77
6.4.4	Flukt.....	78
6.4.5	Vurdering – kjennskap og tall .....	78
6.4.6	Sosiale medier .....	78
6.4.7	Vurdering – sosiale medier .....	78
6.4.8	Konklusjon på mål og tallenes tale .....	79
6.5	Strategiske forhold – markedsføring, kjennskap og kunnskap .....	79
6.5.1	Kanalvalg .....	79
6.5.2	Vurdering - kanalvalg.....	80
6.5.3	Målgruppene.....	80
6.5.4	Vurdering - målgrupper.....	80



6.5.5	Konkurrentene.....	81
6.5.6	Vurdering - konkurrenter .....	81
6.5.7	Navn.....	81
6.5.8	Styringskultur uten ansvarliggjøring? .....	81
6.5.9	Andre oppgaver og nøytralitet.....	81
6.5.10	Gi en grunn for å huske – et forsøk på råd .....	82
6.5.11	Konklusjon på strategiske forhold .....	82
6.6	Hovedkonklusjon og anbefalinger .....	82
<b>Kapittel 7.</b>	<b>Veien videre for Nafkam .....</b>	<b>84</b>

## Tabelliste

Tabell 1: Vitenskapelige artikler.....	20
Tabell 2: Økonomiske tilskudd fra Hdir til NAFKAM og Nifab .....	35
Tabell 3 Antall publiserte artikler der én eller flere forfattere var NAFKAM-ansatte, 2008-2012 .....	53
Tabell 4 Tidsskriftene der NAFKAMs rapporter er publisert, 2008-2012 .....	53
Tabell 5: Oversikt over antall publikasjoner fra NAFKAM på nivå 1 og 2.....	54
Tabell 6: Sampubliseringer for NAFKAMs 65 registrerte artikler fra 2008 til 2012 .....	55
Tabell 7: Forskingen ved Nasjonalt forskningssenter for legevaksmedisin for årene 2011 og 2012 .....	55
Tabell 8 Tidsskrifter der Nasjonalt forskningssenter for legevaksmedisins rapporter er publisert, 2011 og 2012.....	56
Tabell 9: Forskning ved NSF årene 2011 og 2012.....	56
Tabell 10: Tidsskriftene der NSSFs rapporter er publisert, 2011 og 2012 .....	56
Tabell 11: Sammenligning av forskning for årene 2011 og 2012 for NAFKAM, NSSF og NKLM.....	57
Tabell 12: Antall forskningssøknader innsendt og antall innvilgede søknader fra NAFKAM 2004-2012, NSSF 2004-2012 og Nklm 2008-12.....	57
Tabell 13: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og viktigste forskningsspørsmål i studiene som rapporteres .....	59
Tabell 14: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og NAFKAM-ansattes plassering på forfatterlista .....	67
Tabell 15: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og type tidsskrift. ....	68
Tabell 16: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og behandlingsform som studeres.....	68
Tabell 17: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og sykdomsområde som studeres.....	69
Tabell 18: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og fase i NAFKAMs forskningsmodell. ....	70

## Figurliste

Figur 1: Overordnet analysemodell .....	25
Figur 2 Organisasjonskart NAFKAM/Nifab .....	32
Figur 3: Summer bevilget til NAFKAM 2004-2012, NSSF 2004-2012 og Nklm 2008-12 etter forskningssøknader .....	58
Figur 4: nifab.no.....	74
Figur 5: Effekttabell.....	75



# Kapittel 1. Samlet oppsummering og anbefalinger

Evalueringen er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet, og utgangspunktet for evalueringen har vært følgende hovedtema: En vurdering av styring, strategi og organisasjon, en vurdering av forskningens kvalitet, relevans og bredde, samt en vurdering av informasjonsformidlingen.

I det følgende oppsummeres evalueringens funn og vurderinger for hvert av disse områdene. Kapitlet avsluttes med de overordnede anbefalingene Oxford Research fremmer på bakgrunn av evalueringens analyser.

Evalueringen trekker den hovedkonklusjon at NAFKAM på et overordnet nivå oppfyller sitt mandat. Senteret produserer forskning med god metodisk kvalitet og har en sterk posisjon internasjonalt. Senteret ivaretar videre sin nøytralitet på en god måte. Når det er sagt, har NAFKAM en lang vei å gå for å posisjonere seg nasjonalt. Dette kan henge sammen med at forskningens relevans ikke fremstår optimal per i dag, at forskningen har vært veldig smal og at den vitenskapelige produksjonen har ligget på et moderat nivå.

At NAFKAM i liten grad har en posisjon nasjonalt kan videre henge sammen med at de styrende organene i liten grad har tatt ansvar for å legge føringer og målkrav til grunn for å gi NAFKAM den rollen man ønsker. Senteret har heller ikke hatt tydelige strategier som har dannet utgangspunktet for den retning og de valg som er gjort.

Nifab har lagt store ressurser i å utvikle en god og informativ portal. Her har etter vårt skjønn Nifab lyktes godt. Nifabs arbeid med å sikre kjennskap og kunnskap i befolkningen virker derimot tilfeldig og ikke satt i system.

Evalueringen bygger på et bredt spekter av kvalitative metoder:

- Dokumentstudier
- Dybdeintervjuer
- Fokusgruppeintervjuer
- Brukerstudie
- Selvevaluering
- Kommentarer fra relevante eksperter

I det følgende oppsummeres de ulike evalueringsspørsmålene nærmere, før evaluators overordnede anbefalinger gis.

## 1.1 Styring, organisering og strategi

NAFKAM fremstår som en hybrid mellom forsknings- og kompetansesenter og har en tilknytningsform som skal ta høyde for faglig uavhengighet og liten grad av politisk styring. I praksis tilsier dette en relativt uavhengig stilling i forhold til overordnet departement. Bildet kompliseres noe ved at NAFKAM er faglig og administrativt underlagt UiT, samtidig som det altså er Helsedirektoratet som har det løpende styringsansvaret og det eksisterer et faglig råd som er ment å være en premissgiver når det gjelder innretning på forskningen og informasjonsvirksomheten.

Den overordnede styringsmodellen fremstår altså relativt kompleks og uoversiktlig. I tillegg fremstår NAFKAMs vedtekter og mandat som svært overordnet. NAFKAM har heller ikke frem til nylig hatt en klar og styrende strategi. Den strategiske planen som den senere tid er utformet, er ambisiøs – og implementeringen av den vil, slik evaluator ser det, trolig kreve mer ressurser til NAFKAM i årene fremover. Strategien er heller ikke synlig forankret verken med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet eller Universitetet i Tromsø.

Det synes altså som de styrende organene ikke har tatt et tilstrekkelig ansvar for utviklingen av senteret ved å sette tydelige mål og rammer for virksomheten, samt forventninger til resultater. Med andre ord har NAFKAM langt på vei selv kunne legge premisse- ne for sin retning og sitt arbeid. Dette kan ha bidratt til at senteret per i dag fremstår som lite kjent og lite relevant blant sine målgrupper. Når det er sagt, har ikke dette ført til et forskningssenter på avveie. Blant annet holder forskningen ved NAFKAM god nok metodisk kvalitet. Senteret har imidlertid en utfordring i forhold til å være relevant. Manglende styring og forventninger fra de styrende organene, kan være en mulig forklaring på dette.

Den interne organiseringen ved NAFKAM fremstår fornuftig og velfungerende per i dag, gitt de oppgaver, den størrelsen og de ressursene senteret disponerer. Å innføre et tydelig ledelsesnivå samt etablere sterkere forskningsledelse gjennom to forskningssjefer, er etter evaluators erfaring fornuftig og hensiktsmessig, og kan bidra til å sørge for effektivitet i oppgaveutførelsen ved senteret. Oxford Research vil likevel påpeke at senteret må være svært varsom i

forhold til oppsplitting av forskningsvirksomheten fordi det gir en fare for mindre samhandling mellom de to ulike forskningsfeltene i fremtiden.

Fagrådet fremstår som en ressurs for NAFKAM, og bidrar både med substansielle og gode innspill til senteret, samtidig som de har en klar legitimerende effekt. Fagrådets rolle må sees i sammenheng med hvilken form den fremtidige styringen av NAFKAM skal ha. Dersom fraværet av styring fra de bevilgende myndighetene opprettholdes, kan det tenkes at fagrådet bør ha en mer fremtredende og tydelig rolle.

NAFKAMs internasjonale rolle fremstår som solid og tydelig. Senteret har en anerkjent posisjon internasjonalt, noe som blir påpekt av de aller fleste informantene som har bidratt i denne evalueringen.

Imidlertid har NAFKAM en vei å gå i forhold til posisjon og betydning nasjonalt. At senteret til nå ikke har klart å etablere seg tydelig på hjemmebane, kan skyldes flere forhold, blant annet prioritering og fokus. Kombinert med diskusjonen rundt nøytralitet, er det imidlertid Oxford Research sin anbefaling at senteret i det videre arbeid i større grad fokuserer på den nasjonale arena og det potensialet som ligger her.

Et sentralt punkt i evalueringen har vært om NAFKAM fremstår som faglig nøytralt. Vår vurdering er at NAFKAM gjør det. Nøytralitetshensynet er gjen speilet i alle ledd i organisasjonen og i alt man foretar seg.

## 1.2 Forskingen

Basert på funn og vurdering gjort i denne evalueringen, gis følgende svar på oppdragsgivers fire spørsmål om forskningen ved NAFKAM:

1. *Holder forskningen ved NAFKAM gjennomgående god metodisk kvalitet?*

Ja, forskningen ved NAFKAM har rimelig god kvalitet, men det er rom for forbedringer.

Vi mener at et forskningscenter innen alternativ behandling må holde meget høy metodisk kvalitet fordi det er rimelig å kreve ekstra sterke bevis for effekter av behandlingsformer som i mange tilfeller savner en biologisk forklaringsmodell, eller som sågar i enkelte tilfeller har forklaringsmodeller som bryter med grunnleggende biologiske eller fysiske prinsipper.

2. *Er forskningen ved NAFKAM relevant for målgruppene (pasienter, befolkning, helsetjenesten, myndigheter)?*

Nei, vi fant at målgruppene i den grad de faktisk kjente til NAFKAMs forskning, ikke fant den så relevant for sin virksomhet, og det er få eksempler på konkrete endringer i behandlingstilbud i Norge som følge av NAFKAMs forskning. NAFKAMs studier var imidlertid relevante i den forstand at sykdommen som ble studert, var vanlig og behandlingsformen var mye benyttet av pasienter.

Vi tror relevansen kan styrkes gjennom nærmere samarbeid med sykehusene og kommunehelsetjenesten, ved å øke formidlingen av forskningen og ved å styrke forskningen innen systematiske oversikter.

3. *Har valg av temaer over tid ivaretatt bredden i feltet alternativ behandling?*

Nei, NAFKAMs forskning har vært nokså smal ved at tre behandlingsformer har fått nesten all oppmerksomhet. Bredden har vært noe større på sykdomsområdene med studier av et vidt spekter av lidelser.

Tre av et hundretalls behandlingsformer har fått nesten all oppmerksomhet. Valget av behandlingsformer kan være begrunnet i historiske forhold, i praktiske forhold som at medarbeiderne har hatt kompetanse på disse behandlingene og i det faktum at disse behandlingsformene er blant de mest benyttede. Man bør ikke ha for store forventninger til hvor bred NAFKAMs forskning kan bli. Med et hundretalls behandlingsformer og et tusentalls sykdommer finnes det hundretusener av potensielle studier av sykdom-behandlingsform-par. Det er helt urealistisk at NAFKAM skal rekke å studere noe annet enn noen titalls av disse.

Derfor må NAFKAM prioritere, og det har man gjort i den strategiske planen fram mot 2016 der kroniske lidelser og særlig kreft og smertelidelser er prioritert. I andre sammenhenger har lettere psykiske lidelser vært nevnt som prioritert område. Strategien gir ikke detaljer om hvilke behandlingsformer man særlig vil studere i randomiserte studier.

4. *Mestrer NAFKAM å ivareta en nøytral rolle, eller framstår NAFKAM tilsiktet eller utilsiktet som agent for bestemte partsinteresser for eller mot ulike sider ved alternativ behandling.*

Ja, det synes som at NAFKAM navigerer bra mellom på den ene siden alternativbehandlerne som hevder at NAFKAM er tapt til skolemedisinen og på den

andre siden skeptikere som mener at forskning på alternativ behandling i seg selv er et brudd på nøytraliteten.

### 1.3 Informasjonsformidling

Nifab har siden opprettelsen av nifab.no i 2007 prioritert å bygge innhold til nettstedet. I dag har man fått dekket de mest anvendte, kjente og etterspurte behandlingsformene. De aller mest etterspurte har fått en dominerende plass på fremsiden av nifab.no. Databasen vokser fortsatt ettersom man fortsatt ikke har nådd universet av behandlingsformer, noe man heller ikke tar seg mål om å klare da stadig nye alternative behandlingsformer blir registrert, men det gjør at stadig flere finner frem til nifab.no med organiske søk fra Google og andre søkemotorer.

Språket på nifab.no føres på en pedagogisk og nøytral måte, diskursen er avdempet og presis slik at mottaker både blir informert, men også får tilgang til den forskningsmessige dokumentasjonen artiklene baserer seg på.

Kan nøytraliteten i språket skjule viktig informasjon om forsiktighet og mulige skadevirkninger? I dag kan faremomentene ved bruk av enkelte behandlingsmetoder forsvinne i teksten. Nøytraliteten er viktig. Men om nøytraliteten gjør at viktig informasjon (effekt og trygghet) om enkelte behandlingsformer blir borte i formuleringene, så kan nøytraliteten virke mot sin hensikt. Kort fortalt kan vi si at nifab.no er en informativ portal, men hvor det nøytrale språket kan skjule viktige varskosignaler.

I vurderingen av besøk på nifab.no, viser våre analyser at 89,5 prosent av besøk på nifab.no er over på under ett minutt.

Mål 1 i NAFKAMs strategi angir måltall etter antall unike besøkende. Dette anser evaluator som lite hensiktsmessig. Det er nemlig kun en liten andel av de besøkende og en liten andel av besøk som kan vurderes som *kvalitativt* gode. Man burde forsøke å definere målgruppene tydeligere og se om man kan finne flere mål enn unike brukere

NAFKAMs måltall er altså ikke spesifikke nok, og måltallene på sosiale medier er heller ikke tilstrekkelige til å si noe om den faktiske penetreringen i den norske befolkningen. På generelt grunnlag kan man si at nifab.no har lang vei til å nå målsettingen.

Nifab har altså et godt produkt. Portalen har fått sine priser, og evaluator støtter positivt opp om påstanden at portalen evner å formidle noe komplisert på en enkel og oversiktlig måte. Men verdien av portalen er avhengig av bruken og bruken er avhengig av hvilke markedsføringsstrategier, kommunikasjonsstrategier og taktiske valg man har gjort.

Nifabs arbeid for å sikre kjennskap og kunnskap i befolkningen virker tilfeldig og ikke satt i system. Det finnes lite dokumentasjon på planene, og heller ingen strategi som tydelig setter mulighetene opp mot hverandre med prioriteringer fremover. Nettopp manglende strategier, og dokumentert strategisk refleksjon kan sies å være en hovedgrunn til manglende kjennskap. Uten strategier så forsvinner målbildet og alt blir like viktig.

### 1.4 Anbefalinger

NAFKAM har langt på vei funnet sin rolle, og det er tydelig at det er behov for å forske og formidle om alternativ behandling.

NAFKAM fremstår som nøytral og faglig solid, og tilknytningen til UiT fremmer legitimitet og tyngde. På denne bakgrunn bør senteret fortsette sitt arbeid. Denne evalueringen har imidlertid gitt innspill til noen justeringer både på overordnet nivå og internt i NAFKAM.

Evaluator mener at bevilgende myndigheter bør kunne legge tydeligere rammer for virksomheten uten at dette går på bekostning av den forskningsmessige frihet et universitets-senter skal ha. Dette vil bidra til å sikre at NAFKAM utvikles i ønsket retning, og at senteret kan øke sin relevans for brukergruppene. Det bør etableres og formidles mål som tydeligere fremhever hva senteret skal oppnå, og som er dekkende for senterets virksomhet, særlig gjelder dette Nifab. Målene bør legge til rette for økt grad av målstyring og bedre oppfølging av senterets resultater, dog på et overordnet nivå.

Dersom fraværet av styring fra de bevilgende myndighetene opprettholdes, kan det tenkes at fagrådet bør ha en mer fremtredende og tydelig rolle. Det bør da gjøres en vurdering av rådets sammensetning, funksjon og arbeidsmåte. Fagrådets brede sammensetning har medført mindre detaljerte diskusjoner om enkelte tema. En mulig justering er at kun deler av fagrådet samles om enkelte temaer der medlemmene besitter relevant kompetanse. Ved slike samlinger og diskusjoner kan det i tillegg hentes



inn andre aktører knyttet til det aktuelle temaet. På den måten vil det både bli hyppigere interaksjon mellom fagrådets medlemmer, samtidig som diskusjonen vil fordype seg i enkelte temaer som krever grundigere analyse.

Effektiviteten i den vitenskapelige produksjonen kan også styrkes gjennom klarere mål og premisser som ligger til grunn for arbeidet som gjøres ved senteret; NAFKAM bør i større grad produsere mer forskning som oppleves som relevant i helsetjenesten og blant alternativbehandlerne. Det kan skje ved større vektlegging av systematiske oversikter og metodevurderinger av ulike behandlingsformer. Da nærmer man seg den rollen som Kunnskapssenteret for helsetjenesten har overfor den ordinære helsetjenesten. Dette kunne anses som en mulig modell for NAFKAM i det videre arbeidet. Videre bør man på nytt vurdere om ressursbehovene på lang sikt ved drift av Register for eksepsjonelle sykdomsforløp og et planlagt klinisk kvalitetsregister for alternativ behandling, står i et rimelig forhold til forventet nytte av disse registrene.

Forskningens kvalitet bør økes ved at søker publisering i generelle medisinske tidsskrifter, ved at man fortsatt deltar i konkurransene om eksterne forskningsbevilgninger, ved at man integrerer bedre i senteret de eksterne forskerne som har bistilling der, og ved at man legger avgjørende vekt på å benytte gyldige metoder i studier av de alternative behandlingenes effekt, også der man velger å studere behandlingene som en helhetlig «pakke» eller behandlingssystem.

Opplevd relevans av NAFKAMs virke kan også styrkes gjennom å øke fokus på helsetjenesten. NAFKAM sliter med at helsetjenesten knapt kjenner til dem og iallfall ikke oppfatter dem som relevant. En anbefaling vil være at Fagrådet suppleres med to medlemmer; en lege fra sykehus og en lege fra primærhelsetjenesten. Disse kunne bidratt med råd til hvordan NAFKAM kan nå bedre fram i helsetjenesten, bli mer legitime og framfor alt bli mer relevante. Videre bør man i forskningen i større grad enn til nå søke samarbeid med sykehus og kommunehelsetjenesten.

At NAFKAM har ivaretatt sin nøytrale rolle, levner evaluator liten tvil om. Når det er sagt, fremstår det som om nøytraliteten har ført til at NAFKAM agerer svært varsomt og forsiktig. Gitt senterets levetid, kvaliteten på arbeidet som gjøres og behovet for en tydelig og forskningsbasert stemme innen dette feltet, vil evaluator påstå at det nå er på høy tid at NAFKAM i større grad beveger seg ut på den nasjo-

nale arena og tar del i debatten innen sitt forskningsfelt.

Nifabs arbeid for å sikre kjennskap og kunnskap i befolkningen virker tilfeldig og ikke satt i system. Det finnes lite dokumentasjon på planene, og heller ingen strategi som tydelig setter mulighetene opp mot hverandre med prioriteringer fremover.

Evaluators anbefaling vil være at man prioriterer å lage gode planer og strategier for å styrke sin rolle og kjennskap i befolkningen. Det betyr også at man må gjøre noe med den interne disposisjonen av ressurser. I dag spres ansvaret for nye artikler på nifab.no, kvalitetssikring og markedsføring/PR på alle ansatte. Ingen har dedikerte ansvarsoppgaver. Med en tydeligere ansvarsfordeling, konkrete strategier med tiltaksplaner og målbare mål, vil man kunne endre dagens situasjon i retning av sterkere grad av kjennskap og kunnskap i mot utvalgte målgrupper. Det er ingen tvil om at nifab.no har et stort potensiale for å bli mer kjent og anerkjent som den forskningsbaserte informasjonsdatabasen for dem som vil vite mer om alternative behandlingsformer i Norge.

For å få det til må nifab.nos formål tydeligere fremkomme på portalen og kanskje burde man anta en noe mer kritisk holdning og la en "føre var"-holdning betone effekt og trygghetsbeskrivelsene. Tar man ikke en posisjon har man langt mindre sjanse for å bli lyttet til.

Merke- og informasjonsstrategisk kan det virke mot sin hensikt å ha operere med to "merkenavn" – NAFKAM og Nifab. Det forvirrer mer enn det hjelper. Et nytt navn eller en sammenslåing til bruk av ett navn, er mulige løsninger som kunne vært drøftet.

På bakgrunn av at vi har sett at NAFKAM og Nifab er lite kjent i offentligheten og i helsetjenesten, at deres virksomhet ikke oppleves som særlig relevant, og at det kan være noe forvirring om rollene til de to enhetene, avslutter evaluator evalueringen i kapittel 7, med følgende diskusjon:

Evaluator foreslår at oppdragsgiver vurderer å iverksette en prosess med relevante aktører for å fornye NAFKAMs mandat. Det kan i den sammenheng være fruktbart å se på Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sine oppgaver overfor den ordinære helsetjenesten som en modell.

Endringen innebærer at NAFKAM i større grad gjør systematiske litteraturoversikter og metodevurderinger av alternative behandlingsformer. Feltet er så stort at NAFKAM gjennom primærforskning aldri kan

dekke mer enn en brøkdel av behandlingsformer og sykdommer. Derfor er det avgjørende å skaffe oversikt over dagens kunnskapsbilde slik at man finner de behandlingsformer som mangler et godt kunnskapsgrunnlag.

Endringen innebærer ikke at NAFKAM skal slutte med egen primærforskning. De systematiske oversiktene kan nettopp gi indikasjoner på hvor det finnes kunnskapshull som kan fylles med egne randomiserte effektstudier.

Endringen innebærer en bedre integrering av NAFKAM og Nifab. De får hver sin del av oppgaven med å sortere, vurdere og oppsummere den forskningsbaserte kunnskapen (NAFKAM) og deretter tilrettelegge og formidle denne oppsummeringen for helsepersonell, alternativbehandlere og publikum (Nifab).

Med en slik endring kunne det også følge en navneendring, for eksempel til Nasjonalt kunnskapssenter for alternativ behandling.

## Kapittel 2. Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin

I dette kapittelet gir vi beskrivelse av NAFKAM. Her inngår både bakgrunn for opprettelsen av senteret, og en beskrivelse av senterets mandat. Deretter gis det en beskrivelse av senterets utvikling i organisering, økonomi og strategi. Siste del av kapittelet tar for seg NAFKAM i nasjonal- og internasjonal kontekst, og senterets vitenskapelige publiseringer.

Aller først gis det en beskrivelse av feltet for alternativ behandling.

### 2.1.1 Alternativ behandling

I følge Nifab sine hjemmesider er uenighet om hva alternativ behandling er. For det første finnes det mange avgrensinger, og det er ulikheter landene i mellom. For det andre er grensene mellom skolemedisin og alternativ behandling i enkelte tilfeller flytende. Grovt sagt kan man si at en alternativ behandlingsform, ikke er en del av skolemedisinen og det offentlige helsevesenets standard tilbud<sup>1</sup>.

I følge konkurransegrunnlaget fra Helsedirektoratet som lå til grunn for denne evalueringen, er alternativ behandling et felt der tilbudene til pasientene ikke har vært gjennom noen form for siling gjennom en offentlig portvaktfunksjon før de kommer ut på markedet. Det er fri etableringsrett i markedet uten bestemte myndighetskrav til utdanning eller dokumentasjonskrav for effekt av behandlingsmetoder. Behandlerne står svært fritt i valg av metoder innen de rammer loven setter. I hovedsak eksisterer alternativ behandling som et eget felt ved siden av den etablerte helsetjenesten. Flere av behandlerne benytter et bredt repertoar av teknikker, og hevder at det er helheten i deres tilnærming som gir resultater. Disse forholdene skaper en del metodeproblemer i forskningen på alternativ behandling. Alternativ behandling er et mye omdiskutert fenomen, blant annet om det er hensiktsmessig at myndighetene i det hele tatt bruker ressurser på å finansiere forskning og informasjon om feltet.

### 2.1.2 Bakgrunn

Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ble opprettet i 2000 som en enhet underlagt det medisinske fakultetet ved Universitetet i Tromsø.

Bakgrunnen for opprettelsen av NAFKAM fremgår blant annet av NOU 1998:21 *Alternativ medisin*. Utredningen er utarbeidet av et utvalg ledet av Jarle Aarbakke som undersøkte ulike sider ved alternativ og komplementær behandling i Norge. I sin utredning påpekte utvalget behovet for økt og mer samlet kunnskap om alternativ medisin og behandling. Behovet ble begrunnet først og fremst med hensynet til pasientene og økt pasientsikkerhet. Forskningen innen alternative og komplementære behandlingsformer ble ansett som beskjeden i forhold til medisinsk forskning.<sup>2</sup> Utvalget understreket viktigheten av at kunnskapen er tilgjengelig for pasientene, slik at deres valgfrihet blir mer reell<sup>3</sup>. Som et ledd i dette, anbefalte utvalget at det skulle legges til rette for et vitenskapelig forskningsmiljø, for eksempel i form av et forskningscenter ved ett av universitetene. Forskningsmiljøet skulle på denne måten fungere som en brobygger mellom vanlig skolemedisin og alternative behandlere. De foreslo også at det skulle opprettes en informasjonsbank der tilgjengelig kunnskap om alternativ medisin ble samlet<sup>4</sup>.

I juni 1999 inviterte Forskningsrådet de medisinske fakultetene til å søke «forskningsmidler for oppbygging av et kompetansemiljø i alternativ medisin». Forskningsrådet skrev at man i lengre tid hadde sett et sterkt behov for å få bygget opp et større forskningsmiljø i alternativ medisin. I selve utlysningen ble det presisert at det nye miljøet skulle «styrke metodeveiledning og kompetansebygging i alternativ medisin». Om formålet med det nye miljøet het det:

<sup>1</sup> www.Nifab.no

<sup>2</sup> Ort. Prp. Nr. 27 (2002-2003)

<sup>3</sup> NOU 1998:21 Alternativ medisin

<sup>4</sup> NOU 1998:21 Alternativ medisin

«Kompetansemiljøet skal arbeide i overensstemmelse med program for alternativ medisin i Norges forskningsråd. Hensikten med forskningsprogrammet er i første rekke å stimulere til forskning innen alternativ medisin for å vurdere effekt, eventuelt mangel på effekt av alternativ medisinsk behandling.»

Etter utlysning i Norges forskningsråd, ble NAFKAM opprettet ved Universitetet i Tromsø (UiT). NAFKAM er en del av Institutt for Samfunnsmedisin (ISM), under det helsevitenskapelige fakultet. Fra 2005 har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stått for basisfinansieringen av senteret. Senterets mandat og ansvarsområde er angitt i avtalen mellom HOD og UiT fra 2007.

### 2.1.3 Mandat

NAFKAM skal utøve forskning, informasjonsarbeid og rådgivning. Videre skal senteret samarbeide med alternative behandlermiljø, drifte Nasjonalt Informasjonssenter for Alternativ Behandling (Nifab), samt utvikle undervisningsopplegg.

Senterets kjernevirksomhet er forskning og innsamling av brukererfaringer på mulige effekter, manglende effekter og bivirkninger ved bruk av alternativ behandling.

Også i avtalen av 2007 mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Universitetet i Tromsø er forskning («utvikle kunnskap») hovedformålet:

«Senteres formål er å utvikle og formidle kunnskap om hva alternativ behandling kan bidra med for å lindre eller forkorte sykdommer, bedre livskvalitet, øke evnen til mestring av sykdomssituasjoner og bedre uønskede sider ved sykdomsopplevelser.»

Videre skal NAFKAM forske på og samle inn brukererfaringer med hva slags effekter, eventuelle manglende effekter og bivirkninger ved bruk av alternativ behandling.<sup>5</sup> Senteret skal følge med på utviklingen på feltet, og melde i fra dersom de blir

kjent med forhold som kan være en risiko for pasientsikkerheten. Slik sett skal NAFKAM ha en bred forskningstilnærming til feltet, og vektlegge flerfaglig aktivitet både gjennom å trekke på ulike fagfelt og forskningsmetodikk.<sup>6</sup> Ved behov skal NAFKAM også bistå myndighetene og helsetjenesten med politikktutvikling på feltet.

I NAFKAMs egen årsrapport for 2012 er dette mandatet spesifisert til at senteret skal inneha den mest innovative og kreative autoritet innen forskning på og informasjon om alternativ behandling.

### Nifab

Nifab er en selvstendig enhet organisert under NAFKAM. Nifabs hovedoppgave er å drifte nettportalen nifab.no for formidling av forskning og fakta om alternativ behandling.

Informasjonen på nifab.no skal gi pasienter som vurderer å benytte alternativ behandling bedre grunnlag for å kunne foreta informerte valg. Dette ivaretas primært gjennom drift av en nettside med informasjon om relevant lov- og regelverk og de ulike behandlingsformene. Informasjonen beskriver behandlingsformenes innhold og mål langt på vei slik utøverne selv oppfatter dette. Nifab gir nøytral informasjon om dokumentasjon for behandlingseffekt, basert på allment aksepterte metodiske standarder. Nifab gir også publikum strukturert informasjon om hvilke risikovurderinger de bør foreta før de oppsøker en alternativ behandler.

## 2.2 NAFKAMs utvikling

### 2.2.1 Organisatorisk historie

Ved opprettelsen av NAFKAM i 2000, ble senteret etablert som en del av Institutt for Samfunnsmedisin (ISM) ved det daværende medisinske fakultet. I løpet av seks måneder var tre seniorforskere ansatt. Disse utgjorde sammen med en kontorsjef alle ansatte.

Ledelsen på dette tidspunktet var todelt; faglig leder rapporterte til instituttleder og administrativ leder rapporterte til instituttets kontorsjef. I 2005 ble ledelsen omgjort til enhetlig ledelse med direktøren som faglig og administrativ leder. NAFKAMs eksterne styre ble samme år erstattet av ISMs

<sup>5</sup> Ort. Prp. Nr. 27 (2002-2003)

<sup>6</sup> NAFKAMs årsrapport for 2012, hentet fra OEP 08.08.13

styre, som behandler årsrapport, budsjett og regnskap.

I 2006, ble Nifab lagt til NAFKAM. Planen var at Nifab skulle bli en uavhengig virksomhet samlokalisert med NAFKAM. I samråd med HOD, anbefalte imidlertid NAFKAM etter hvert at Nifab ble en egen enhet direkte under NAFKAMs direktør. Dette ble gradvis gjennomført i løpet av 2007-2008. Nifabs leder fikk da tittelen redaktør, og fra 2010 ble denne omgjort til informasjonssjefsstilling for hele NAFKAM. Redaksjonell ledelse av nifab.no inngår som én av stillingens oppgaver.

I 2011 ble to seniorforskere ansatt, én med overordnet forskningslederansvar, og én med ansvar for den kvalitative forskningen. I 2013 ble forskningsenheten delt i to likeverdige enheter med ansvar for henholdsvis kvantitativ og kvalitativ forskning.

## 2.2.2 Dagens organisering

NAFKAMs arbeid deles hovedsakelig i to deler, der den ene delen er knyttet til forskning og den andre til informasjonsformidling. Under formidling ligger ansvaret for Nasjonalt informasjonssenter for alternativ medisin (Nifab). NAFKAM og Nifab består i dag av 24 ansatte, ledet av direktør Vinjar Fønnebø. Administrativ leder er Laila J. Salomonsen. 10 av stillingene er direkte knyttet til senterets forskningsprosjekter, deriblant to PhD-stillinger. Fem av stillingene er tilknyttet Nifab.

NAFKAM styres av en ledergruppe bestående av direktør, administrativ leder, informasjonssjef og to forskningssjefer, henholdsvis med ansvar for den kvantitative og kvalitative forskningen.

NAFKAM har etter avtale med HOD og UiT et faglig råd. Rådet skal veilede angående NAFKAMs virkeområde og sette premisser for organisasjonens arbeid innenfor premissene i tildelingsbrevet. Rådet skal bestå av 7 personer, hvorav én av representantene skal være fra UiT. Det er Helsedirektoratet som oppnevner rådets representanter på bakgrunn av premissene som ligger til grunn om å representere pasient- og brukerorganisasjoner som SABORG og NAFO.

NAFKAM er fremdeles en del av Institutt for Samfunnsmedisin (ISM), under det helsevitenskapelige fakultetet ved Universitetet i Tromsø. ISM har per i dag fire forskningssentre, hvorav NAFKAM utgjør

det ene. Disse er organisert på et uoffisielt fjerde nivå.

## 2.2.3 Utvikling i økonomi/finansiering

Aarbakke-utvalget<sup>7</sup> la i 1998 frem forslag om å avsette 100 millioner kroner som blant annet skulle brukes til opprettelse av et senter for alternativ medisinsk forskning, herunder midler til bibliotek og til kunnskapsformidling.

I dag er NAFKAM og Nifab fullt ut finansiert fra to kilder:

- Offentlige tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet, via tildelingsbrev fra Helsedirektoratet
- Eksterne prosjekter gjennom private og offentlig forskningsfinansierende institusjoner

Det offentlige tilskuddet har siden 2009 vært omtrent det samme som frem til i dag, der tilskuddet i 2013 var i underkant av 13 millioner kroner samlet til NAFKAM og Nifab. Supplert med eksterne prosjektbevilgninger endte senteret i 2012 opp med samlede inntekter på omtrent 14 millioner kroner. I tillegg har senteret ca. 7 millioner kr i overført balanse fra året før, sykepenger, interne overføringer etc.

## 2.2.4 Dagens ansattprofil

Ved NAFKAM er det i dag 18 ansatte, mens ved Nifab er det 6 ansatte. Videre følger en oversikt over de ansattes kompetanse, bakgrunn, alder og kjønn.

### Kompetanse:

- I tillegg til direktøren har åtte forskere Ph.D., hvorav tre er professorer.
- Seks av forskerne har mange års erfaring med forskning på skolemedisinsk og/eller alternativ behandling.
- Flere av forskerne er internasjonalt kjent og inviteres regelmessig som foredragsholdere.
- En person har omfattende erfaring med internasjonale prosjekter.
- To personer har nylig avlagt sin Ph.D.

<sup>7</sup> NOU 1998:21 Alternativ medisin.



- Mange har erfaring fra klinisk praksis (både skolemedisinsk og alternativ behandling), og noen har privat praksis ved siden av sin forskerstilling.

#### **Bakgrunn:**

- To seniorforskere er leger hvorav en også er akupunktør
- To er sosiologer
- En er sosialantropolog og sykepleier
- En er akupunktør med Ph.D. innen alternativ behandling
- En er filolog og healer
- En er psykolog med Ph.D. innen biopsykologi / psykofysiologi
- En Ph.D.-student er akupunktør/homeopat med mastergrad i folkehelsevitenskap
- En er sosialantropolog
- En er anestesisykepleier med mastergrad i sykepleievitenskap.
- Begge forskerne uten Ph.D. er sykepleiere med mastergrad i helsefag.

#### **Alder**

Gjennomsnittsalderen ved senteret er 49,7 år, med en spredning fra 28 til 65 år. Fra NAFKAMs selvevaluering foreligger det et ønske om å rekruttere flere yngre personer til Ph.D. stillinger

#### **Kjønn**

Alle forskerne (direktøren ikke medregnet) ved NAFKAM er kvinner unntatt to deltids seniorforskere. NAFKAM følger universitetets personalpolitikk som ønsker å øke andelen kvinner i vitenskapelige stillinger<sup>8</sup>.

### **2.2.5 NAFKAMs strategi**

NAFKAM har følgende overordnede visjon<sup>9</sup>:

*«NAFKAM will be the most innovative and creative authority in research on and information about complementary and alternative medicine».*

NAFKAM har nylig utarbeidet en ny strategisk plan som er gjeldende for 2011-2016. Strategien tar

<sup>8</sup> NAFKAMs selvevaluering

<sup>9</sup> Strategic plan for NAFKAM, 2011-2016.

utgangspunkt i fem overordnede strategiske områder med tilhørende målsettinger. De fem områdene er:

1. Research and scientific development
2. Dissemination and social contact
3. Education
4. Leadership and management
5. Human resources

## **2.3 NAFKAM i den norske forskningssektoren**

NAFKAMs rolle i den norske forskningssektoren er etablert gjennom forskningssamarbeid med flere universiteter og andre forskningssentre.

NAFKAM har ifølge selvevalueringen er etablert forskningssamarbeid med forskere ved følgende institusjoner nasjonalt:

- UiT Norges arktiske universitet (Institutt for klinisk medisin, Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging, Institutt for medisinsk biologi, Institutt for helse- og omsorgsfag, Institutt for kultur og litteratur, Institutt for samfunnsmedisin og Samisk senter)
- UNN (Senter for telemedisin)
- NTNU (Institutt for Samfunnsmedisin)
- UiB (Institutt for global helse og samfunnsmedisin)
- Kreftregisteret (Register for tykk- og endetarmskreft)
- Uni-Helse i Bergen (Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer)
- Haukeland Universitetssykehus (Kvinnekliniken)

## **2.4 NAFKAM i en internasjonal sammenheng**

NAFKAM er ett av veldig få sentere i verden som forsker på alternativ behandling. Senteret har videre etablert seg internasjonalt i forbindelse med forskningsmetodikken man arbeider etter; den såkalte NAFKAM-modellen. Dette er en modell utarbeidet ved NAFKAM for hvordan man bør forske på alternativ behandling.

Videre er NAFKAM såkalt WHO Collaborating Centre innen sitt fagområde. NAFKAM er altså utpekt av WHO til å være en del av et globalt nettverk til

støtte for WHO's arbeid på området. Funksjonen er ubetalt, men prestisjefyllt<sup>10</sup>.

NAFKAMs anerkjennelse og legitimitet internasjonalt, viser seg også i rekrutteringssammenheng. Ved siste utlysning av Ph.D.-stillinger, mottok senteret 23 søknader fra hele verden.

Senteret har også et utstrakt samarbeid med universiteter og forskergrupper i utlandet, blant annet i Danmark, Tyskland, Storbritannia, USA, Kina og Korea.

## 2.5 Vitenskapelige publiseringer

NAFKAM har publisert nærmere 140 vitenskapelige artikler siden etableringen. Neste tabell viser en oversikt over antall artikler per år.

**Tabell 1: Vitenskapelige artikler**

År	Antall
2000	1
2001	1
2002	1
2003	4
2004	4
2005	13
2006	10
2007	12
2008	9
2009	18
2010	10
2011	31
2012	23
<b>Sum</b>	<b>137</b>

Kilde: Oxford Research AS

<sup>10</sup> <http://www.who.int/collaboratingcentres/en/>

## Kapittel 3. Om evalueringen

### 3.1 Innledning

I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på bakgrunnen og målene med evalueringen av NAFKAM, evalueringsspørsmålene som ligger til grunn for evalueringen og selve organiseringen og gjennomføringen av arbeidet med evalueringen. Avslutningsvis vil vi presentere metodene som er benyttet i arbeidet, og datakildene som evalueringen bygger på.

### 3.2 Bakgrunn og formålet med evalueringen

Evalueringen er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringene av NAFKAM fremkommer fra Helse- og omsorgsdepartementet jf. Prop. 1 S (2012–2013).

«NAFKAM/Nifab ble etablert i år 2000. Det har så langt ikke vært foretatt noen helhetlig gjennomgang av virksomheten. Det foreslås at det i 2013 gjennomføres en evaluering av virksomheten ved NAFKAM og Nifab, jf. kap. 783. post 21».

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 1 S (2012–2013), kap. 783. post 21.

På bakgrunn av evalueringen skal Helsedirektoratet gi råd til Helse- og omsorgsdepartementet om framtida for virksomheten ved NAFKAM.

Det er 13 år siden NAFKAM ble etablert, og vanlig forvaltningspraksis tilsier da at senteret bør undergå en evaluering. Det er altså ikke en spesifikk hendelse eller omstendigheter ved senteret per i dag, som har vært utgangspunktet for evalueringen.

Utgangspunktet for evalueringen har vært å gi en vurdering av om NAFKAM oppfyller sitt mandat.

Evalueringen inkluderer følgende tre temaer:

- Styring, strategi og organisering
- Kvalitet, relevans og bredde i forskningen
- Informasjonsvirksomheten - Nifab

Disse temaene er ytterligere operasjonalisert, og dette vil bli presentert i neste avsnitt.

#### 3.2.1 Evalueringsspørsmål

De tre hovedtemaene i evalueringsrapporten har tilhørende delspørsmål:

1. Styring, strategi og organisering
  - a. En vurdering av NAFKAMs styring, strategi og organisering.
  - b. En vurdering av NAFKAMs finansiering/kostnadseffektivitet, ivaretagelse av oppgaver og roller, kompetanse.
2. Kvalitet, relevans og bredde i forskningen
  - a. Holder forskningen ved NAFKAM gjennomgående god metodisk kvalitet?
  - b. Er forskningen ved NAFKAM relevant for målgruppene?
  - c. Har valg av temaer over tid ivare tatt bredden i feltet alternativ behandling?
3. Informasjonsformidling
  - a. Holder informasjonsvirksomheten til publikum, behandlerne og helsetjenesten god nok kvalitet?
  - b. Har valg av beskrevne terapiformer ivare tatt bredden innen feltet alternativ behandling?

I tillegg er det i tråd med oppdragsgivers ønske gjort en vurdering av NAFKAMs ivaretagelse av en nøytral rolle i sitt arbeid.

I vårt arbeid med evalueringen har vi tatt utgangspunkt i disse overordnede problemstillinger, og lagt til noen dimensjoner. Blant annet har det vært nødvendig å inkludere effektivitet i oppgaveutførelsen, herunder en vurdering av styring og organisering, for å kunne gi et utfyllende svar på det overordnede evalueringsspørsmålet om hvorvidt NAFKAM oppfyller sitt mandat.

### 3.3 Metode

I det følgende er hovedmetodene kort beskrevet og diskuteres med hovedfokus på gjennomføring og de utfordringene vi har møtt.

Evalueringen bygger i all hovedsak på kvalitative data som dokumentstudier og intervjuer.

#### 3.3.1 Dokumentstudie

Evalueringsteamet har i arbeidet med denne rapporten gjennomgått et omfattende dokumentmateriale. Særlig sentralt har følgende vært:

- Strategidokumenter
- Tildelingsbrev
- Årsrapporter
- Møtereferat fra halvårlege møter med direktoratet
- Møtereferat fra møter i Fagrådet
- Budsjetter
- Relevante stortingsmeldinger
- Publiseringsoversikt

I sum har dette materialet gitt viktig informasjon i forhold til samtlige av evalueringsspørsmålene som denne rapporten bygger på.

#### 3.3.2 Dybdeintervjuer

Dybdeintervjuer har vært en viktig datakilde i arbeidet med evalueringen. Intervjuene har blitt gjennomført på bakgrunn av en semistrukturert intervju-guide. Det er blitt utarbeidet nærmere ti ulike guider. Disse har alle tatt utgangspunkt i samme hovedtemaer, men er blitt tilpasset til den enkelte informantgruppe.

Intervjuene har gitt svært viktig informasjon relatert til samtlige av evalueringsspørsmålene som denne rapporten bygger på. Arbeidet med å få relevante informanter til å stille opp til intervju viste seg å bli noe mer utfordrende enn hva evaluator antok på forhånd. Dette skyldes i hovedsak en grunn, nemlig at kjennskapet til NAFKAM er relativt liten blant en lang rekke organer og aktører. Derfor har flere potensielle informanter ikke ønsket å la seg intervju. Dette er i seg selv et funn, det har likevel krevd innsats for å fremskaffe andre relevante informanter.

Det er til sammen gjennomført 30<sup>11</sup> intervjuer med representanter fra følgende grupper:

1. Ledelsen ved NAFKAM
2. Ansatte ved NAFKAM og NIFAB
3. Fagrådet
4. Instituttledelsen ved ISM
5. Helsedirektoratet
6. Andre forvaltningsorganisasjoner;
  - Statens helsetilsyn
  - Legemiddelverket/medisinplanteforum
7. Andre relevante interessenter;
  - Akupunkturforeningen
  - Alternativopplysningen
  - Fastlege
  - Kreftforeningen
  - Norges landsforening for homøopraktikere
  - Norges Naturterapeuters Hovedorganisasjon
  - Statens helsetilsyn
  - UNN
8. Fagdirektørene ved de fire regionale helseforetakene

Evalueringsteamet har intervjuet hele ledelsen, samtlige ansatte ved NIFAB, og de aller fleste ansatte ved NAFKAM.

I forhold til hva som var den opprinnelige planen, har Helse- og omsorgsdepartementet etter eget ønske utgått fra listen over informanter.

#### 3.3.3 Brukerstudie

Det er i evalueringen gjennomført en brukerstudie blant pasientorganisasjoner og alternative behandleres organisasjoner. Denne undersøkelsen er gjennomført særlig for å besvare i hvilken grad NAFKAMs arbeid er relevant for deres målgruppe.

Ved gjennomføring av brukerstudien har vi vært i kontakt med et stort antall respondenter. Oversikten over respondentene ble også godkjent av oppdragsgiver, som også hadde innspill til relevante aktører. Det viste seg imidlertid at mange av respondentene vi i forkant anså som relevante ikke hadde kjennskap til hverken Nifab eller NAFKAM, og derfor ikke kunne bidra med informasjon til evalueringen.

Flere av respondentenes syn på NAFKAM og Nifab oppfatter vi i tillegg som i stor grad styrt av det som

<sup>11</sup> Av disse, har to intervjuer vært organisert som fokusgrupper. Henholdsvis en med ansatte ved NIFAB og en med ansatte fra NAFKAM.

fremkommer i media, enkelterfaringer/opplevelser, og hva de har hørt om fra andre.

I brukerstudien har vi gjennomført intervjuer med:

- Norges massasjeforbund
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- Gestaltterapeutforeningen
- Psykologforeningen
- Norsk Homøopatisk pasientforening.

Vi har imidlertid gjennomført en rekke dybdeintervjuer med respondenter som også kunne inngått i brukerundersøkelsen, blant annet Akupunkturforeningen, Legemiddelverket, Kreftforeningen og Norske naturterapeuters hovedorganisasjon.

Respondentene som har oppgitt liten eller ingen kjennskap til NAFKAM og Nifab, og som dermed ikke har hatt grunnlag for å besvare undersøkelsen har blant annet vært følgende:

- Fagforbundet
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Norges handikapforbund
- Rådet for psykisk helse
- Norges forbund for regresjonsterapi
- Norsk psoriasisforbund
- Norsk psykosynteseforening
- Norsk thyreoideaforbund
- Norsk fysioterapiforbund
- Den norske jordmorforeningen

### **3.3.4 Selvevaluering**

Bruk av selvevalueringer i evalueringssammenheng er noe Oxford Research har hatt god erfaring med. Selvevalueringer er også en metode som ofte blir benyttet innen FoU, for eksempel er fagevalueringene Norges Forskningsråd gjennomfører ved en rekke institutter basert på (blant annet) denne metoden.

En selvevaluering innebærer at de som arbeider i organisasjonen som evalueres får mulighet til å gi en utfyllende tilbakemelding til evalueringsteamet på de evalueringsspørsmål som er mest relevante. Denne metoden er altså en blanding av kvalitativ og kvantitativ metode.

Det er i denne sammenhengen gjennomført en selvevaluering ved NAFKAM og en selvevaluering ved Nifab. Opplegget har vært tilpasset de to funksjonene (rollene). Disse rapportene har gitt svært grundig og utfyllende informasjon.

### **3.3.5 Metodene brukt i evalueringen av forskningen**

Vi beskriver kort i dette avsnittet metodene vi benyttet i evalueringen av forskningen ved NAFKAM. Metodene er nærmere utdypet i kapittel 5, og blir derfor bare kort gjengitt her.

Vi har tatt i bruk både dokumenter og intervjuer nevnt over som kilder for denne delen av evalueringen. I tillegg ble forskningsmiljøets kvalitet målt ved bibliometriske metoder og ved å måle uttelling på forskningssøknader.

Vi vurderte den metodiske kvaliteten ved bibliometriske analyser, vurdering av uttelling på forskningssøknader, sammenheng mellom forskningstema og design og vurdering av enkelt artikler.

For å vurdere forskningens relevans har vi vurdert dette ut ifra målgruppens oppfatning, NAFKAMs egne eksempler og i vurdering av enkeltartikler.

Ved vurderingen av forskningens bredde og mengde har vi tatt for oss om forskningstemaene over tid gjenspeiler bredden i det mangfoldige begrepet alternativ behandling.

### **Dokumenter**

Dokumentene som inngår i denne delen av evalueringen i tillegg til de som er nevnt over, er de vitenskapelige publikasjoner fra NAFKAM.

### **3.3.6 Metoder ved evalueringen av informasjonsvirksomheten**

Vi vil i dette avsnittet kort redegjøre for metodene som er anvendt for å vurdere informasjonsvirksomheten ved senteret. Metodene er også nærmere utdypet i kapittel 6.

For å vurdere informasjonsvirksomheten har vi tatt for oss fire hovedkilder:

- Dokumentstudier
- Intervjuer
- Tall fra Google analytics
- Innhold på Nifabs respektive kanaler

Dokumentstudiene har i hovedsak bestått av årsrapporter fra Nifab og NAFKAM, samt NAFKAMs strategiplan. I tillegg er det blitt gjennomført en egenrap-



portering fra informasjonssjefen i Nifab. Denne rapporten har inneholdt informasjon om Nifabs prioriteringer og markedsføring.

Intervjuene er de samme som er utdypet i avsnittene over (dybdeintervju og brukerundersøkelse). Her er respondentene blitt spurt om kjennskap til og bruk av Nifab. I tillegg er de blitt spurt om relevans og kvalitet på informasjonen fra senteret.

Tall fra Google analytics har gitt oss informasjon om aktiviteten på Nifab og NAFKAM sine hjemmesider.

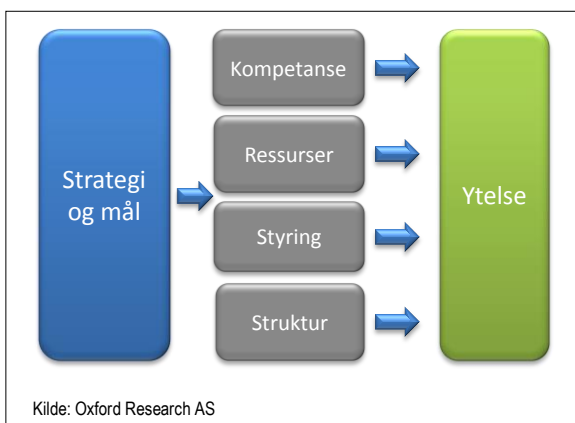
I tillegg har vi vurdert innholdet på Nifab sine respektive kanaler. Her inngår nettsidene, sosiale medier og brosjyre som er utgitt av senteret.

## Kapittel 4. Styring, strategi og organisering

### 4.1 Innledning

Et av elementene i denne evalueringen er analyse av organisasjonens kvalitet. Vi har lagt til grunn at en organisasjon hvor strategisk retning og mål er kjent, har gode forutsetninger til å prestere dersom noen sentrale organisasjonsdimensjoner er godt ivaretatt. I dette kapitlet skal vi, som angitt i tilbudet, belyse styring, organisasjonsstruktur, kompetanse og ressurser og drøfte hvordan disse virker inn på instituttets evne til å levere resultater.

Figur 1: Overordnet analysemodell



### 4.2 Overordnet styring

NAFKAM er lokalisert, samt faglig og administrativt underlagt Universitetet i Tromsø og finansiert over statsbudsjettet fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet. NAFKAM har i tillegg et rådgivende faglig råd.

Som et forskningssenter med forvaltningsoppgaver må NAFKAM agere i samsvar med føringer gitt gjennom vedtekter og mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet, operasjonalisert gjennom tildelingsbrev fra Helsedirektoratet til vertsinstitusjonen UiT. NAFKAMs fagråd gir ingen direkte føringer, men råd om hvordan innretningen på forskningen og informasjonsvirksomheten bør være for å ivareta senterets interesser. NAFKAMs vedtekter og mandat er de grunnleggende styringsdokumentene forskningssenteret må for-

holde seg til. Senterets formål, oppgaver og funksjoner fremkommer også av avtalen mellom HOD og UiT om organisering og drift av NAFKAM;

Senterets formål er å utvikle og formidle kunnskap om hva alternativ behandling kan bidra med for å lindre eller forkorte sykdommer, bedre livskvalitet, øke evne til mestring av sykdomssituasjoner og bedre uønskede sider ved sykdomsopplevelser.

Senterets hovedoppgaver/funksjoner er:

- Forskning
- Informasjon
- Rådgivning
- Samarbeid med det alternative behandlermiljø
- Drift av NIFAB
- Utvikling av undervisningsopplegg

I tillegg til de overordnede føringene kommer de årlige tilskuddsbrevene fra Helsedirektoratet som også inkluderer mer kortsiktige føringer.

Etter at Helsedirektoratet overtok forvaltningen av kontrakten mellom UiT og HOD, avholdes det møte mellom NAFKAM og direktoratet to ganger årlig. Utover dette er det løpende skriftlig/muntlig kontakt. Det er altså Helsedirektoratet som har ansvaret for den løpende styringen og oppfølgingen av NAFKAM.

NAFKAM fremstår som en hybrid mellom forsknings- og kompetansesenter og har en tilknytningsform som skal ta høyde for faglig uavhengighet og liten grad av politisk styring. I praksis tilsier dette en relativt uavhengig stilling i forhold til overordnet departement. Bildet kompliseres noe ved at NAFKAM er faglig og administrativt underlagt UiT, samtidig som det altså er Helsedirektoratet som har det løpende styringsansvaret og det eksisterer et faglig råd som er ment å være en premissgiver når det gjelder innretning på forskningen og informasjonsvirksomheten.

Styringsmodellen er altså relativt kompleks og uklar.

Ved gjennomgang av møtereferater og andre relevante dokumenter, er det lite som tyder på at direktoratet eller departementet har utøvd noen form for tydelig styring, eller sendt klare styrings-signaler, overfor NAFKAM. I intervjuene som er gjennomført, fremstår det også som om NAFKAM har stått og fremdeles står svært fritt. Det seneste eksempelet på dette, er arbeidet med strategiplanen for 2011-2016, som har blitt til nesten helt uten forankring i, eller med innspill fra, direktoratet eller departementet.

UiT, som ifølge kontrakten har det administrative og faglige ansvaret for senteret, synes heller ikke sterkt involvert i NAFKAMs virksomhet. Det har vært lite møteaktivitet mellom NAFKAM og instituttet/fakultetet/universitetsledelsen, og når det har vært så har det ikke blitt tatt formelle referat<sup>12</sup>.

For evaluator fremstår både vedtekter og mandat som svært overordnet. Det samme gjelder tilsagnsbrevene, med unntak av visse mindre oppdrag som er spesifisert enkelte år. Blant annet er det i de tre siste års tildelingsbrev angitt noen tilleggssoppgaver, men disse utgjør en liten del av NAFKAMs samlede virksomhet, og har dermed blitt løst innenfor eksisterende ramme.

Den overordnede styringen fremstår med andre ord som relativt svak. Det fremkommer også av intervjuer gjort med ansatte og ledelsen ved NAFKAM.

Når det er sagt, fremstår relasjonen mellom NAFKAM og direktoratet som god, og preget av åpenhet. Det samme gjelder forholdet mellom NAFKAM og UiT. Og det har heller ikke fremkommet at den svake styringen fra overordnet nivå oppleves problematisk fra senterets side. Snarere tvert i mot; styringen fremstår som «harmonisk», men svak.

«Opplever ingen styring fra HOD/Hdir. Kun det som fremkommer i tildelingsbrev ol. 2 møter i året. Hdir legger lite føringer på NAFKAM. UiT styrer kun ved å godkjenne finansieringen. Lite styring ovenfra».

Kilde: Dybdeintervju, ansatt NAFKAM

En mulig forklaring på hvorfor det kan synes å ha oppstått et "styringsmessig vakuum", er en diskusjon som ble referert til i et intervju med NAFKAM mellom HOD og Kunnskapsdepartementet (KD) om

den faglige styringen av NAFKAM. I følge respondenten forfektet KD at universitetsloven tilsa at HOD ikke kunnen styre NAFKAM faglig. Dette kan ha bidratt til at HOD bevisst har vært forsiktig med å legge føringer på NAFKAMs virksomhet. Helsedirektoratet oppgir imidlertid at de ikke har vektlagt dette.

Alle kompetansesentre er avhengige av faglig integritet og legitimitet. Likevel kan dette fremheves som særlig viktig for et senter som NAFKAM som jobber innen det som kan betegnes som et kontroversielt forskningsfelt der det er kritisk at NAFKAM evner å innta en nøytral rolle.

I styringen av NAFKAM og andre forsknings- og kompetansesentre må balansen mellom institusjonenes forskningsmessige og faglige uavhengighet og myndighetenes styringsbehov ivaretas. Balansepunktet kan blant annet avhenge av størrelse, organisering, styringsform, fagområde og viktighet. NAFKAMs vedtekter, eksistensen av fagrådet og tilknytningen til UiT tilsier at betydningen av NAFKAMs faglige uavhengighet er tillagt stor vekt.

Sett ut ifra den forskningsfaglige friheten som forskningssentre av denne typen av legitimitets-hensyn alltid bør ha, er fraværet av sterk styring som forventet og riktig. Når det er sagt, er det klart at uten å ha en styringsdialog rundt rammene for forskningen og NAFKAMs øvrige mål risikerer man at retningen i senteret utvikler seg vilkårlig og avhenger av sittende ledelse og de enkelte forskeres interesser og prioriteringer. Det er også verd å sette spørsmålsteget ved at det i svært liten grad har vært anført signaler eller føringer fra overordnet nivå, i forhold til informasjonsvirksomheten Nifab. Argumentene mot sterk styring av NAFKAM, gjør seg ikke gjeldende i forhold til Nifab. Og i relasjon til denne informasjonsvirksomheten er det klart at direktoratet i større grad burde lagt føringer på blant annet prioriteringer, målgrupper og strategi. Dette diskuteres nærmere i kapittel 6.

#### 4.2.1 Rapportering på måloppnåelse

I tildelingsbrevene (fra 2010 og fram til siste tildeling), har direktoratet satt krav til at rapporteringen på måloppnåelse skal beskrive hvordan og i hvilken grad målene for tilskuddet er oppnådd. Kriteriene for måloppnåelse er:

- Antall og beskrivelse av utførte tiltak for å utvikle kunnskap om alternativ behandling

<sup>12</sup> Kilde: Mail fra administrativ leder ved NAFKAM 17.10.2013

- Antall og beskrivelse av utførte tiltak for å formidle kunnskap om alternativ behandling

I kontrakten mellom HOD og UiT, fremkommer det under punkt 5 om rapportering, at årsrapporten skal oversendes departementet, i tillegg til regnskapsoversikt<sup>13</sup>.

I selvevalueringen har NAFKAM selv beskrevet mål- og resultatkravene som stilles i kontrakten og gjennom de årlige tildelingsbrevene, som høyst relevante og tydelige, men at de ligger på et forholdsvis overordnet nivå.

Rapporteringen kan altså sies å være utelukkende aktivitetsrettet, og mangler operative mål for virksomheten og tilhørende rapportering som kan indikere om NAFKAM er på vei mot disse målene. Oxford Research vil hevde at dette er noe mangelfullt i forhold til å ha mulighet til å vurdere senterets totale virksomhet. Det synes imidlertid som at den nye strategien gir utgangspunkt for bedre og mer fullstendige målrapporteringer til direktoratet; NAFKAM har selv, i strategiplanen, identifisert noen kritiske suksessfaktorer for at deres målsettinger skal realiseres. For eksempel; «NAFKAM is about to have a critical mass in place in Tromsø, but still lacks one or two senior researchers before we have a satisfactory research leadership» (Strategic Plan 2011-2016). Disse er et naturlig utgangspunkt for nærmere styring og måling fra direktoratets side. Slike faktorer bør inngå som et tema i styringsdialogen.

## 4.3 Strategi

Det kan være krevende å skulle lage en strategi for en virksomhet slik som NAFKAM. Ofte ser en at strategier blir til underveis, mer enn at de formuleres, vedtas og gjennomføres.

I dette avsnittet vil fokuset legges på den relativt nye strategien til NAFKAM, dens samsvar med mandatet som er gitt, forankring, samt strategiens reelle innvirkning og fotfeste internt i organisasjonen.

<sup>13</sup> Den eksisterende kontrakten mellom HOD og UiT er utgått. Kontrakten forvaltes for øvrig av Helsedirektoratet. Ny avtale om drift og finansiering av NAFKAM skal inngås etter avsluttet evaluering.

### 4.3.1 Samsvar mellom NAFKAMs strategi og mandatet fra HOD

NAFKAMs strategi slik den foreligger per i dag, er relativt «fersk» og nylig utarbeidet.

«After ten years of existence it seems appropriate to articulate our goals in a well-structured document following a thorough dialogue within our own ranks»

Kilde: Thoughts from the Director, Strategic Plan 2011-2012

Som sitatet henspeiler på, har NAFKAM som forskningssenter de senere år hatt behov for å strukturere sitt arbeid i større grad enn tidligere. Dette kommer som en følge av vekst i både antall ansatte og produksjon. Det er tydelig at strukturen ved senteret er blitt mer etablert, og at strategien derfor har blitt tydeligere.

NAFKAMs strategi er bygd opp rundt fem strategiske hovedtemaer, henholdsvis;

1. Research and scientific development
2. Dissemination and social contact
3. Education
4. Leadership and management
5. Human resources

For hvert av temaene, er det definert et varierende antall mål, og strategien er gjeldende i perioden fra 2012 til 2016.

Overordnet fremstår strategien i tråd med mandatet som ble gitt NAFKAM ved etableringen: «Senterets formål er å utvikle og formidle kunnskap om hva alternativ behandling kan bidra med for å lindre eller forkorte sykdommer, bedre livskvalitet, øke evnen til mestring av sykdomssituasjoner og bedre uønskede sider ved sykdomsforløp» (avtale mellom HOD og UiT, 2007).

Det er tydelig at NAFKAM gjennom den strategiske planen for 2011-2016, har staket ut en retning og spisset forskningsaktiviteten inn mot noen overordnede felt. Dette anser evaluator som nyttig og riktig, gitt at forskningssenterets størrelse og ressursituasjon tilsier at man må og bør prioritere.

Når det er sagt, levner strategien liten tvil om at retningen senteret har gått i de første 10 årene, har vært diffus, eller mer eller mindre tilfeldig. Dette skyldes trolig en kombinasjon av manglende styring fra myndighetssiden samt mangel på en

klar og tydelig strategi. Imidlertid fremstår det som at tilliten og troverdigheten til senterets ledelse har vært så sterk, at man har latt NAFKAM i stor grad stake ut kursen selv.

I arbeidet med den nye strategien, er det også uklart hvilken rolle direktorat, departement og UiT har hatt. For evaluator fremstår det som om strategien er blitt til utelukkende internt, og at eier/oppdragsgiver ikke har hatt innvirkning på den retningen, de premisene og de målene som nå ligger i NAFKAMs strategi. Strategiplanen skulle opprinnelig sendes ut på høring, men grunnet interne prosesser og endringer i forskningsorganisasjonen som tok tid og påvirket målene for forskningen, ble dette aldri gjort<sup>14</sup>. Ledelsen ved NAFKAM påpeker imidlertid at dokumentet ble behandlet i styret for Institutt for samfunnsmedisin. Styret hadde imidlertid ingen kommentarer til strategien.

Fagrådet hadde også strategien som sak. Møtereferater viser at NAFKAM har imøtesett innspill og råd fra dette, blant annet hvordan strategien som sådan bør formuleres. Spesielt har det vært etterlyst tydeligere og klarere mål.

Utover innspillene fra fagrådet har det altså tilsynelatende vært lite dialog med departementet, direktoratet og UiT i utarbeidelsen av strategien. Dette blir også tydelig når man ser på den videre utviklingen av NAFKAM. Strategien levner liten tvil om at NAFKAM selv har ambisjoner om å vokse, og målsettingene i strategien gir grunnlag for å konstatere at NAFKAM selv forventer en økning i bevilgning. Dette strider imidlertid i mot signaler fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2012; «NAFKAM kan ikke forvente å vokse i årene som kommer»<sup>15</sup>. Evaluator opplever ikke at NAFKAM har tatt inn over seg dette i sitt strategidokument.

Oppsummert, er det evaluators inntrykk at strategien er utarbeidet av NAFKAM alene, uten direkte innspill fra, eller forankring hos Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Universitetet i Tromsø.

### 4.3.2 Forankring internt og strategisk styring

I arbeidet med den strategiske planen som ligger til grunn for arbeidet ved NAFKAM per i dag, fremkommer det av samtlige intervjuer med ansatte

ved NAFKAM at dette har vært en prosess preget av inkludering og delaktighet fra de ansatte.

«Strategiprosessen [var] veldig demokratisk og involverende»

Kilde: Dybdeintervju, ansatt NAFKAM

Dette har antakelig bidratt til den tydelige forståelsen internt for at det var på tide – og viktig, for NAFKAM å etablere en tydeligere og klarere strategisk forankring og retning.

Datamaterialet denne evalueringen bygger på, viser at det i sterkere grad nå enn tidligere, er en tydeligere styring av forskningen ved NAFKAM. Mens flere ansatte (og ledelsen selv), påpeker at det tidligere var større rom for egeninteresse i valg av forskningstema, er det i dag en klarere føring på at forskningen skal passe inn i strategien. Det vil si at det fremdeles er en relativt stor grad av faglig frihet, men forskningsprosjektene må falle innenfor det som er den strategiske retningen.

«Egeninteressen er det viktigste i forhold til hva som styrer forskningen. Nå styrer NAFKAM i større grad. Snevrer seg inn mot strategisk bestemte områder»

Kilde: Dybdeintervju, ansatt NAFKAM

Siden strategien ville virke inn på og styre forskningen mer, var det fornuftig og riktig at strategiprosessen hadde et klart innslag av inkludering og forankring internt. Dette bidro til å skape en felles retning og motvirke uro internt.

«Alt vi gjør, er forankret i strategien»

Kilde: Dybdeintervju, ansatt NAFKAM

### 4.3.3 Konklusjon – styring og strategi

Styringen av underliggende virksomheter vil avhenge av hvilke styringsbehov overordnet departement har. Sammensetning og bruk av forskjellige styringsvirkemidler bør avspeile både generelle og situasjonsbestemte hensyn, men også at noen

<sup>14</sup> Mail fra administrativ leder 19. november 2013

<sup>15</sup> Referat halvårig møte med helsedirektoratet 2. mai 2012

sektorer og virksomheter kan ha trekk og særpreg som bør innvirke på styringen<sup>16</sup>.

I tillegg til de formelle rammene i form av organisering og finansiering vil graden av faglig uavhengighet være knyttet til hvilken styringspraksis departementet legger seg på. Denne kan også endres over tid avhengig av den politiske interessen i senteret.

For evaluator fremstår NAFKAMs vedtekter og mandat som svært overordnet. Det samme gjelder tilsagnsbrevene, med unntak av visse mindre oppdrag som er spesifisert enkelte år.

NAFKAM har frem til nylig ikke hatt en klar og styrende strategi. Den strategiske planen som den senere tid er utformet, er ambisiøs – og gjennomføringen av strategien vil, slik evaluator ser det, trolig kreve mer ressurser til NAFKAM i årene fremover. Strategien er heller ikke synlig forankret verken med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet eller Universitetet i Tromsø. Fagrådet har imidlertid ved gitte milepæler bidratt med innspill i strategiarbeidet.

Det fremstår som de styrende organene ikke har følt et tilstrekkelig ansvar for utviklingen av senteret ved å sette tydelige og operasjonelle mål for virksomheten, samt forventninger til resultater som strategien bør springe ut fra. Med andre ord har NAFKAM langt på vei selv kunne legge premisene for sin retning og sitt arbeid. Leder ved NAFKAM, har trolig hatt stor påvirkning i det som spissformulert kan sies å ha vært et styringsmessig vakuum siden opprettelsen.

Når det er sagt, har ikke dette ført til et forsknings-senter på avveie. Som det vil fremkomme senere i denne evalueringsrapporten, holder forskningen ved NAFKAM god nok metodisk kvalitet. Senteret har imidlertid en utfordring i forhold til å være relevant. Manglende styring og forventninger fra de styrende organene, kan være en mulig forklaring på dette.

Oxford Research anbefaler derfor at det i større grad innføres mål- og resultatstyring i forhold til NAFKAMs virksomhet. Dette innebærer at mandatet/vedtektene tolkes og konkretiseres, og at det utvikles konkrete og målbare mål og indikatorer på måloppnåelse, og at det videre innføres systemer for monitorering og evaluering av egen måloppnå-

else. På denne måten vil senteret selv kunne justere kursen underveis slik at man oppnår målene som ligger innenfor mandatet. NAFKAM vil også da lettere kunne dokumentere resultater overfor seg selv, interessenter og overfor ansvarlig departement. Dette vil kunne bidra til å styrke og manifestere senterets posisjon.

## 4.4 Organisering for effektivitet

### 4.4.1 NAFKAM som del av Universitetet i Tromsø

NAFKAM er en del av Institutt for Samfunnsmedisin (ISM), under det helsevitenskapelige fakultetet ved Universitetet i Tromsø. ISM har per i dag fire forskningscentre, hvorav NAFKAM utgjør det ene.

Av de tre offisielle nivåene man finner på universiteter, er altså NAFKAM plassert på et uoffisielt 4. nivå. Generelt kan man si at dette er en naturlig plassering av et forsknings-senter, slik som NAFKAM. Det som imidlertid skiller NAFKAM noe fra andre forsknings-sentre som er organisert i universitetssystemet, er størrelsen og den store graden av autonomi, i forhold til egen administrasjon og selvstendighet i drift.

Relasjonen mellom NAFKAM og UiT fremstår som åpen og preget av tillit. NAFKAM har stor grad av frihet, og UiT involverer seg ikke direkte i den faglige virksomheten ved senteret. Helsedirektoratet oppnevner imidlertid representanter til fagrådet, mens UiT selv har en representant i rådet<sup>17</sup>. NAFKAM har høy legitimitet hos ledelsen og øvrige miljøer ved UiT, og det er også en viss grad av samarbeid mellom NAFKAM og øvrige enheter ved universitetet.

Oxford Research har registrert at det har vært en diskusjon knyttet til hvilket nivå i universitetssystemet NAFKAM bør plasseres på, i tillegg til at det er en diskusjon rundt dekningsbidrag og stimuleringsmidler. Evaluator har ikke gått dypt ned i denne dimensjonen, men registrerer at det tilsynelatende er en god prosess mellom NAFKAM og UiT.

Det overordnede bildet som er framkommet i evalueringsarbeidet, er at NAFKAM har sin naturlige plass ved Universitetet i Tromsø. Gjennom denne tilknytningsformen sikrer man faglig uavhengighet og legitimitet, noe som fremstår som særlig

<sup>16</sup> <http://evalueringsportalen.no/evaluering/kompetansesenter-for-distriktsutvikling-tilknytningsform-og-organisatoriske-rammer/Kompetansesenter%20for%20distriktsutvikling.pdf/@@inline>

<sup>17</sup> Mer om Fagrådet i avsnitt 5.4.2.



viktig for NAFKAM gitt det noe kontroversielle fagfeltet man arbeider innenfor.

«Det er en stor fordel å være del av det helsevitenskapelige fakultetet. Det gir en legitimitet og forankring av forskningen i den medisinske verden, og det bidrar til å heve det vitenskapelige nivået»

Kilde: Vinjar Fønnebo, direktør NAFKAM

#### 4.4.2 Fagrådet

NAFKAM er av HOD pålagt å ha et fagråd, som skal gi råd angående senterets virkeområder innen forskning og informasjonsvirksomhet. Det overordnede perspektivet for rådet har ifølge leder Aslak Steinsbekk vært å reflektere over hvor NAFKAMs grenseflater går: Hvor bør/bør ikke NAFKAM operere?

Fagrådet hadde sitt første møte i 2009, og har siden da hatt jevnlig møter 1-3 ganger i året. Ved samlingene diskuterer medlemmene av fagrådet ulike temaer som står på agendaen. I forkant av hver samling legger både fagrådet selv, Hdir, HOD, NAFKAM og Nifab frem saker som de ønsker at rådet skal diskutere. De enkelte av fagrådets medlemmer drøfter så disse sakene i egen krets, før sakene bringes frem på møtene.

I tillegg til fagrådets medlemmer, har ansatte ved NAFKAM og Nifab mulighet til å være passive tilhørere når møtene er i Tromsø. Ansatte legger også frem saker for rådet.

Fagrådets medlemmer er oppnevnes av Helsedirektoratet. Neste avsnitt vil ta for seg hvem som sitter i fagrådet, og hvordan sammensetningen er bestemt fra overordnet nivå.

#### Fagrådets sammensetning

Fagrådet har 7 medlemmer, og det er i mandatet spesifisert hvordan sammensetningen skal være:

- En representant fra Sammenslutning av alternative behandlerorganisasjoner (SABORG) eller Akupunkturforeningen (NAFO)
- En representant med informasjonsfaglig kompetanse

- Sittende leder av organisasjonen International Society for Complementary Medicine Research (ISCMR), eller den han/hun utpeker
- En representant fra pasientorganisasjonene
- To aktive KAM-forskere utenom NAFKAM

I dag sitter følgende representanter i rådet:

- Aslak Steinsbekk, leder (KAM-forsker tilknyttet NTNU)
- Henrik Schrimmer (Førsteamanuensis klinisk medisin, UiT og overlege hjertemedisinsk avd, UNN)
- Helle Johannessen (KAM-forsker, Danmark)
- Rita Agdal (SABORG)
- Tor Øydvin (Seniorrådgiver kommunikasjon, UNN)
- Heidi Skaara Brorson (Kreftforeningen)
- Heather Boon (Leder ISCMR)

#### Fagrådets oppgaver

Fagrådet skal reflektere over overordnede saker, og komme med råd og innspill som NAFKAM og Nifab kan benytte seg av. Rådet har ingen styrende funksjon, men skal være en støttespiller for NAFKAM og Nifab. Rådet har derfor ingen beslutningsmyndighet, da denne makten ligger hos NAFKAM og Nifab selv.

Ved oppstartsmøtet til fagrådet ble det definert at arbeidsstrategien til rådet skulle være å «[...] *strive towards consensus at the on-set. If consensus is not achieved the different viewpoints are to be made clear*»<sup>18</sup>. Dette utgangspunktet strider imidlertid delvis med det som fremkommer i intervjuene:

«Fagrådet har ingen ambisjon om å komme til enighet, men gi innspill som NAFKAM og Nifab kan jobbe videre med. Et viktig premiss er at fagrådet kun skal rådgi».

Kilde: Helle Johannessen, medlem av fagrådet

«Diskusjonene i fagrådet har ikke i særlig grad fokusert på å føre frem til enighet. Diskusjonene har i stedet vist bredden i ulike synspunkt».

Kilde: Aslak Steinsbekk, leder av fagrådet.

<sup>18</sup> Møtereferat for fagrådet, 16.12.2009. Universitetet i Tromsø.

## Hvilke innspill kommer fagrådet med overfor NAFKAM/Nifab?

Som det fremkommer i referatene fra fagrådets møter gis en rekke faglige og strategiske råd til NAFKAM og Nifab. Innspillene har også påvirket NAFKAM sitt arbeid og strategiske valg blant annet i forhold til<sup>19</sup>:

- Integrasjonen av informasjonsvirksomheten inn i NAFKAM
- Hvordan nifab.no generelt presenterer forskningsresultater
- Videreutvikling av temasider på nifab.no
- Hvor mye ressurser NAFKAM skal bruke på internasjonalt arbeid.

Selv om det ikke eksisterer noen mal for hvordan senteret skal følge opp innspillene fra fagrådet, opplever medlemmene i rådet at NAFKAM og Nifab i stor grad tar hensyn til dem, og lar dem prege deres strategiske prioriteringer. I og med at fagrådet ikke fremlegger enhetlige anbefalinger for NAFKAM og Nifab er det vanskelig å se den direkte effekten som fagrådets innspill har på senterets drift og strategier.

«Fagrådet gir ikke innspill på detaljer som for eksempel hvilke forskningsprosjekt som NAFKAM bør søke på. Men gir innspill på overordnede spørsmål som hva skal være NAFKAMs rolle i media».

Kilde: Intervju Aslak Steinsbekk, leder av fagrådet.

## Fagrådet, til hvilken nytte?

Innspillene fra fagrådet ser ut til å påvirke NAFKAM og Nifab sitt arbeid både på kort og lang sikt, og samlet sett oppfatter evaluator at fagrådet langt på vei oppfyller sitt mandat. Evaluator anser likevel en viss grad av mis-match mellom det som er nedfelt i mandatet for fagrådet, hvordan fagrådet fungerer i praksis, og hva NAFKAM har behov for. Dette gjelder særlig i forhold til det som skal bli utfallet av fagrådets diskusjon. Skal fagrådet komme frem til felles konkrete forslag i diskusjonene, eller skal diskusjonen ved samlingene ende opp mer åpne og uten enighet blant medlemmene?

Dagens sammensetning er i følge medlemmer av rådet fornuftig, og gir diskusjonene den bredde som er ønskelig. En begrensning ser imidlertid ut til å være at den brede sammensetningen gir mindre detaljerte diskusjoner på noen områder, for eksempel det forskningsfaglige. «Det kunne for eksempel vært mer diskusjon av forskningskvaliteten» (Intervju, leder av fagrådet). Dette skyldes at den brede sammensetningen gir rådet svært ulike kompetansefelt.

Fagrådets medlemmer og ledelsen ved NAFKAM har selv ytret at det kunne være hensiktsmessig at rådet i større grad kom til enighet og ga mer konkrete innspill til NAFKAM og Nifab. Motargumentet er imidlertid at hvis fagrådet i større grad skal komme til enighet, vil de likne mer på et styrende organ. Dette kan bidra til uklarhet i roller, og åpner samtidig muligheten for maktkamp internt i rådet.

Sett i lys av den svake styringen fra myndighetsorganene, mener Oxford Research at det bør gjøres en ny vurdering av fagrådets rolle, og hva det forventes skal komme ut av diskusjonene i rådet. En slik vurdering vil gi en nødvendig avklaring om forventninger for fagrådet, og hvordan rådet kan møte NAFKAM sine behov på en best mulig måte.

Evaluator mener også det kan stilles spørsmålsteget om den svake relasjonen mellom fagrådet og NAFKAM/Nifab i det daglige gjør fagrådet godt nok i stand til å gi innspill på en god måte. Kontakten er marginal, og kun i forbindelse med møtevirksomhet. Det kan tenkes at NAFKAM i større grad har behov for en «sparringspartner» som er mer tilstede enn det fagrådet er i dag. En årsak til dette er fordi NAFKAM opererer innenfor et relativt kontroversielt fagfelt der de til tider mottar «angrep», og kan ha behov for en veiledende aktør som er mer tilgjengelig i deres daglige arbeid. Dette bekreftes også av direktør ved NAFKAM; «Det hadde kanskje vært bedre med en ressursgruppe eller referansegruppe som kunne kalles på ved behov» (dybdeintervju).

### 4.4.3 Intern organiseringen ved NAFKAM

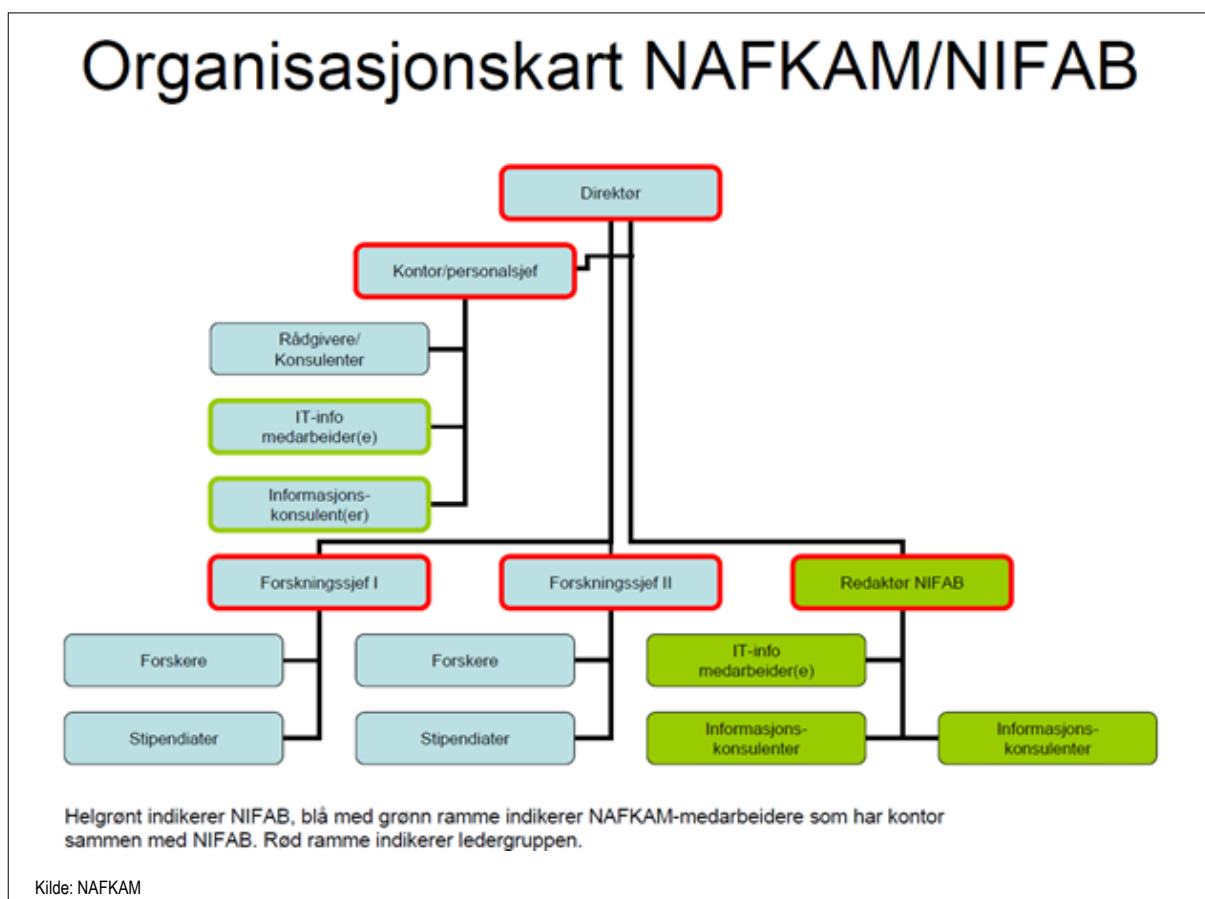
NAFKAMs arbeid deles hovedsakelig i to deler, der den ene delen er knyttet til forskning og den andre til informasjonsformidling. Under formidling ligger ansvaret for Nasjonalt informasjonssenter for alternativ medisin (Nifab). NAFKAM og Nifab består i

<sup>19</sup> Selvevaluering 2013, NAFKAM.

dag av 24 ansatte, ledet av direktør Vinjar Fønne-bø.

NAFKAM styres av en ledergruppe bestående av direktør, administrativ leder, to forskningssjefer og informasjonssjef.

Figur 2 Organisasjonskart NAFKAM/Nifab



### Ledergruppen

NAFKAM har fram til nylig vært en organisasjon med en flat struktur. Ved etableringen av to forskningssjefer med tilhørende ansvarsområder (2013), opprettet man imidlertid et tydeligere ledelsesnivå, bestående av en ledergruppe på fem personer, henholdsvis direktør, administrativ leder, informasjonssjef og de to forskningssjefene.

Tilbakemeldinger i intervjuene gjennomført ved NAFKAM, tyder på at enkelte ansatte nok opplever at informasjonen fra ledelsen ikke er like tilgjengelig som tidligere. Dette er imidlertid en naturlig konsekvens av å etablere nye hierarkiske nivåer i en organisasjon. En styrke ved å gjøre nettopp det, er der-

imot at organisasjonen i større grad blir beslutningsdyktig og effektiv i måten det ledes på. Det er klare fordeler med at samtlige ansatte er delaktige i diskusjoner og beslutninger, men det kan gå på bekostning av effektivitet og gjennomslagskraft.

Umiddelbart kan ledergruppen, sett i forhold til organisasjonens totale størrelse, fremstå noe stor. Imidlertid er det vanskelig å se hvordan den skulle vært mindre, og evalueringen har heller ikke avdekket noen utfordringer knyttet til dette.

«Medinnflytelse sikres gjennom møter i ledergruppen».

Kilde: Selvevaluering NAFKAM

## Forskningsledelse

Forskningen ved NAFKAM ledes av direktøren og to forskningsledere. Strukturen med to forskningssjefer med ansvar for hvert sitt metodiske felt, henholdsvis kvantitativ og kvalitativ, er en struktur og organisering som er relativt nyetablert. Strukturen lar seg derfor vanskelig evaluere i dybden. Imidlertid har evaluator gjort seg noen refleksjoner, med bakgrunn i intervjuer og dokumenter som er behandlet i forbindelse med dette oppdraget.

I utgangspunktet synes det noe uklart hvorfor sentret har valgt å organisere forskningsaktiviteten i to grupper, basert på forskningsmetodisk tilnærming. NAFKAM forfekter i stor grad tverrfaglighet og metodetriangulering i sine forskningsprosjekt, og dette underbygges nødvendigvis ikke av organiseringen slik den er per i dag. I tillegg har evaluator hatt vanskeligheter med å fremskaffe en grundig forklaring på hvorfor nettopp dette prinsippet er valgt for organiseringen. En antakelse er at det i hovedsak er knyttet til spisskompetansen til professoren som er tilsatt som forskningssjef.

En potensiell utfordring med organiseringen, er at de to metodiske forskningsfeltene ikke blir likeverdige, og at NAFKAM mister tverrfagligheten og metodetrianguleringen som står så sterkt i satsingen til sentret.

Når det er sagt, er det ingenting som foreløpig peker i retning av at evaluators påpekte bekymring er en realitet per i dag. I tillegg er NAFKAM selv svært klar over denne utfordringen. Dette gjør det selvsagt enklere å unngå nettopp en oppsplitting og separasjon av de to forskningsområdene.

«Hovedsvakheten ved strukturen er at inndelingen av forskning i to enheter kan potensielt svekke flerfaglig og tverrfaglig forskning»

Kilde: Selvevaluering NAFKAM

I tillegg mener NAFKAM selv, at vedtatte beslutningsprosedyrer minimaliserer denne risikoen; initiativ til nye prosjekter tas fra seniorforskerne, men må godkjennes av forskningsledelsen før eventuell de-

talplanlegging. Dette innebærer altså at begge forskningssjefene er involvert i beslutningene om nye forskningsprosjekter, og dermed selv står i en posisjon til å sikre flerfaglighet, og arbeid på tvers av de to forskergruppene.

## NIFAB

Nifab ble lagt til NAFKAM i 2006. Planen var at Nifab skulle bli en uavhengig virksomhet samlokalisert med NAFKAM. I samråd med HOD anbefalte NAFKAM etter hvert at Nifab ble en egen enhet direkte under NAFKAMs direktør. Dette ble gradvis gjennomført i løpet av 2007-2008. Nifabs leder fikk da tittelen redaktør, en tittel som i 2010 ble omgjort til informasjonssjefstilling for hele NAFKAM. Redaksjonell ledelse av nifab.no er én av stillingens oppgaver.

For utenforstående fremstår nok NAFKAM og Nifab som to uavhengige virksomheter. Og i hovedsak snakkes det om nifab.no, når Nifab-betegnelsen brukes.

Nifab blir behandlet selvstendig i kapittel 6, og vi velger derfor kun å kort drøfte styring og organisering på et overordnet nivå i dette avsnittet.

Overordnet fremstår det for evaluator at styringsvakuemet som er påpekt tidligere i dette kapittelet, også har gjort seg gjeldende for Nifab. At man ikke fra direktorats- eller departementsnivå har hatt en klar og sterk styring av NAFKAM og det forskningsfaglige er som allerede påpekt, riktig og fornuftig. Dette burde imidlertid ikke gjelde for Nifab. En virksomhet som Nifab bør i sterkere grad styres, spesielt gjennom tydeligere målekriterier. Det er tydelig at Helseledelse ikke vet hva man kan forvente av en virksomhet som Nifab, og dette kan muligens være noe av bakgrunnen for at den overordnede styringen dermed også har uteblitt.

Det bør videre gjøres en vurdering av den organisatoriske plasseringen til Nifab. Det er klare fordeler knyttet til å være en del av NAFKAM – spesielt kvalitetssikringen og den nære tilgangen på forskerkompetansen anses som en styrke. Imidlertid er det evaluators inntrykk at Nifab, og den informasjonen som er gjort tilgjengelig gjennom nifab.no, i mye større grad hadde vært kjent og tilgjengelig for målgruppene, dersom man i større grad hadde frontet Nifab som statens informasjonstjeneste om alternativ behandling, heller enn en informasjonsavdeling lagt under NAFKAM.

#### 4.4.4 Konklusjon – intern organisering

Organiseringen ved NAFKAM fremstår fornuftig og velfungerende per i dag, gitt de oppgaver, den størrelsen og de ressursene senteret per i dag disponerer. Å innføre et tydelig ledelsesnivå samt etablere sterkere forskningsledelse gjennom to forskningssjefer, er etter evaluators erfaring fornuftig og hensiktsmessig, og kan bidra til å sørge for effektivitet i oppgaveutførelsen ved senteret. Oxford Research vil likevel påpeke at senteret må være svært varsom i forhold til oppsplitting av forskningsvirksomheten fordi det gir en fare for mindre samhandling mellom de to ulike forskningsfeltene også i fremtiden.

Fagrådet fremstår som en ressurs for NAFKAM, og bidrar både med substansielle og gode innspill til senteret, samtidig som de har en klar legitimerende effekt. Fagrådets rolle må sees i sammenheng med hvilken form den fremtidige styringen av NAFKAM skal ha. Dersom fraværet av styring fra de bevilgende myndighetene opprettholdes, kan det tenkes at fagrådet bør ha en mer fremtredende og tydelig rolle.

Det har i avsnittet blitt drøftet om fagrådets brede sammensetning har medført mindre detaljerte diskusjoner om enkelte tema. En mulig endring er at kun deler av fagrådet samles om enkelte temaer der medlemmene besitter relevant kompetanse. Ved slike samlinger og diskusjoner kan det i tillegg hentes inn andre aktører knyttet til det aktuelle temaet. På den måten vil det både bli hyppigere interaksjon mellom fagrådets medlemmer, samtidig som diskusjonen vil fordype seg i enkelte temaer som krever grundigere analyse.

Oxford Research kan ikke se at NAFKAM ved en annen organisering hadde kunnet utøve sin rolle mer effektivt enn det som er tilfelle i dag. Når det er sagt, fremstår organiseringen som relativt nyetablert og det er derfor viktig å ha fokus på arbeidsdeling, ansvarsdeling og samhandling i tiden som kommer, for å sikre at den nye strukturen får fotfeste i organisasjonen og at den bidrar til å sikre forskning og produksjon som er i tråd med strategien.

## 4.5 Finansiering

I Aarbakke-utvalget<sup>20</sup> ble det lagt frem et forslag om å avsette 100 millioner kroner som blant annet skulle brukes til opprettelse av et senter for alternativ

<sup>20</sup> NOU 1998:21 Alternativ medisin.

medisinsk forskning, herunder midler til bibliotek og til kunnskapsformidling. Dette var starten for opprettelsen og finansieringen av NAFKAM og Nifab. I dag er NAFKAM og Nifab finansiert fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fra eksterne midler. Tilskuddet fra HOD kommer via Helsedirektoratet, der tildelingsbrevene kommer fra sistnevnte.

Norges Forskningsråd og Universitetet i Tromsø (UiT) inngikk i januar 2000 en kontrakt om å etablere NAFKAM. Fra august 2005 opphørte imidlertid kontrakten, og basisfinansieringen ble dermed i sin helhet overtatt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)<sup>21</sup>. Kontrakten mellom UiT og HOD er foreløpig ikke nytegnert. Tilskuddet fra HOD er imidlertid foreslått videreført for 2014. Ny avtale om drift og finansiering av NAFKAM skal, ifølge Prop 1 S 2013-14 (Post 79 Andre tilskudd) inngås mellom Helsedirektoratet og NAFKAM etter avsluttet evaluering. *En foreløpig avtale er inngått inntil evalueringen foreligger*<sup>22</sup>.

I tillegg til de offentlige tilskuddene mottar NAFKAM penger fra eksternt finansierte prosjekter<sup>23</sup>. I 2012 kom disse pengene fra UiT, Kreftforeningen, Reliable Cancer Therapies, Norske Kvinners Sanitetsforening, Helse Nord og EUs rammeprogram for forskning.

«Det er viktig å søke hos eksterne inntektskilder, men det tar ressurser. Dessverre er det en del fagvurderere på søknadene som har lite innsikt i feltet, og dermed kan søknader bli avvist på gale premisser».

Kilde: Intervju Vinjar Fønnebo, leder NAFKAM.

#### 4.5.1 NAFKAMs tilskudd 2009-2013

Til sammen utgjorde NAFKAMs samlede kostnader om lag 17,5 millioner kroner i 2012, mens de samlede inntektene var omtrent 14 millioner kroner. Legger vi til inngående balanse fra året før ender NAFKAM opp med en samlet inntekt på 21 millioner kroner. Mellomlegget mellom kostnader og inntekter skal ifølge årsrapporten skyldes at noen av forskningsprosjektene (som for eksempel Acubreast-

<sup>21</sup> Avtale mellom Universitetet i Tromsø og Helse- og omsorgsdepartementet om organisering og drift av Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), Oslo, 31. juli 2007

<sup>22</sup> Statsbudsjettet for HOD, Post 79 Andre tilskudd; Oxford Research er kjent med at denne avtalen ikke er inngått, og at det ikke er overensstemmelse mellom det som er nedfelt i dokumentene og slik dette utøves i praksis. Vi har imidlertid i rapporten forholdt oss til det som fremkommer i dokumentene.

<sup>23</sup> I 2012 var NAFKAMs inntekter 21 millioner. Tilskuddet fra Helsedirektoratet utgjorde 12,7 millioner.

studien) er forsinket eller utsatt grunnet utfordringer med rekrutteringen.

I neste tabell gis en oversikt over midlene som senteret har fått fra Helsedirektoratet. Tallene er basert på totalt disponibelt beløp for hvert år. Her inngår også penger som er overført fra året før. Avvikene skyldes i hovedsak underforbruk året før, og siden senteret hadde et underforbruk i 2010 på over kr 700 000,- er summen høyere i 2011.

**Tabell 2: Økonomiske tilskudd fra Hdir til NAFKAM og Nifab**

År	NAFKAM	Nifab	Samlet
2009	8 023 465,-	4 222 869,-	12 246 334,-
2010	8 255 000,-	4 564 621,-	12 819 621,-
2011	8 963 192,-	4 445 000,-	13 408 192,-
2012	8 255 000,-	4 445 000,-	12 700 000,-
2013			12 981 103,-

Kilde: Tildelingsbrevene

Som det fremkommer fra tabellen over har den offentlige finansieringen av NAFKAM vært omtrent den samme siden 2009. Tatt inflasjon i betraktning, ser vi dermed en reell nedgang i finansieringen.

«Finansieringen av NAFKAM og Nifab har forblitt omtrent den samme. Dette til tross for at langt flere benytter seg av alternativ behandling».

Kilde: Dybdeintervju med interessent.

I forlengelse av teksten over er det relevant å drøfte i hvilken grad NAFKAM og Nifab har tilstrekkelig økonomisk kapasitet til å utføre sine pålagte oppgaver.

Slik det fremkommer i tildelingsbrevene er ikke NAFKAM eller Nifab tildelt vesentlig flere arbeidsoppgaver med tiden. De ekstraoppgavene som fremkommer i brevene er løst innenfor allerede eksisterende økonomiske rammer. Dette er også påpekt tidligere i rapporten.

«NAFKAM/Nifab er et godt initiativ, og har potensial til å spille en viktig rolle. Men de må få mer ressurser/større stillingsbrøker for å kunne gjøre mer forskning, samarbeide mer og levere objektive uttalelser til omverdenen».

Kilde: Intervju med representant fra Akupunkturforeningen.

#### 4.5.2 NAFKAM og kostnadseffektivitet

I evalueringen av NAFKAMs finansiering, er det relevant å drøfte senterets kostnadseffektivitet. Hva får senteret ut av pengene som de får bevilget, og hvordan er sammenhengen mellom finansiering og mål-opnåelse?

For å kunne drøfte kostnadseffektiviteten ved NAFKAM har vi blant annet sett på sammenhengen mellom tilskuddsbrevene fra Helsedirektoratet og årsrapportene fra NAFKAM. Utfordringen er at målene fra Helsedirektoratet er lite kvantifiserbare, og vanskelig å måle aktiviteten opp imot. Kravet om rapportering for mål-opnåelse for NAFKAM er nevnt i én setning i tilskuddsbrevet for 2013, og er følgende: «Antall og beskrivelse av utførte tiltak for å utvikle kunnskap om alternativ behandling». En hovedinnvending mot denne måten å måle aktiviteten på presiserer NAFKAM selv i sin selvevaluering:

«Å ivareta en senterfunksjon innebærer mer enn å produsere publikasjonspoeng. Forskningsmiljø skal bygges, metoder utvikles, tillit opparbeides til flere kliniske miljøer, og åpen kanal til publikum og pasienter etableres. I et fagområde som er så ungt og til dels kontroversielt er det svært vanskelig å oppnå ekstern finansiering av utdanningsstillinger gjennom de vanlige finansieringskanalene».

Kilde: Selvevaluering NAFKAM.

NAFKAM har imidlertid redegjort grundig for sin aktivitet i årsrapportene de siste årene, noe som også har gitt nye tilskudd fra Helsedirektoratet. Som tidligere påpekt, etterlyser imidlertid evaluator en mer tydelig forventning om mål og levering fra NAFKAM til overordnet nivå. Det trengs mål for hvilke krav som stilles fra Helsedirektoratet for hva NAFKAM skal produsere. Dette vil kunne gjøre oss i stand til å avgjøre om NAFKAM opererer kostnadseffektivt



eller ikke. Igjen oppfatter evaluator at det er liten grad av styring av NAFKAM fra overordnet nivå.

Kostnadseffektivitet bør også drøftes ut ifra hvilke forskningsområder som dekkes av NAFKAM innen alternativ medisin. I selvevaluering hevder NAFKAM at finansieringen ikke er tilstrekkelig for å oppfylle oppgavene med å drifte register over eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF), WHO-oppgaver (i sin rolle som WHO Collaborating Centre in Traditional Medicine), monitorere bruk av alternativ behandling i befolkningen, og ønsket om å etablere et sterkere fokus på sikkerhet i forbindelse med alternativ behandling. Det foreligger samtidig en del misnøye hos flere aktører tilknyttet alternativ behandling som opplever at de har lav prioritet i NAFKAM sin forskning, og dermed oppfatter senteret som både lite relevant og lite kostnadseffektive. Flere brukergrupper og utøverorganisasjoner vil derfor oppleve at de ikke får noe ut av pengene som det offentlige bruker på forskning innen alternativ medisin gjennom NAFKAM.

#### 4.5.3 Konklusjon – finansiering

Evaluators vurdering er at NAFKAM har tilstrekkelig med ressurser i dag. De oppgir selv et ønske om en stilling til for en person med medisinsk bakgrunn som driver med klinisk forskning. Vår vurdering er at dette bør la seg løse innenfor de rammene senteret har tilgjengelig i dag. En inflasjonsjustering av tilskuddet bør dog foretas.

Senterets kostnadseffektivitet vurderer Oxford Research til å være tilfredsstillende. Det foreligger imidlertid et potensial for å øke effektiviteten i den vitenskapelige produksjonen. Dette kan blant annet gjøres ved å spisse forskningsprosjektene. Den nye strategien legger et godt grunnlag for å gjøre nettopp dette. Mye av kostnadseffektiviteten må imidlertid drøftes ut ifra kvalitet og volum ved forskningen på senteret. Dette blir gjort i kapitlet om forskning, og i den bibliometriske analysen.

Det skal imidlertid legges til at hvis Helsedirektoratet må kjøpe de tjenestene som NAFKAM utfører, hadde dette høyst sannsynlig medført langt høyere kostnader enn det som bevilges til NAFKAM og Nifab i dag. En annen dimensjon som påvirker finansieringen, er det overordnede spørsmålet om hva myndighetene vil med senteret. Den nye strategien er ambisiøs, og gjennomføringen av den, vil slik evaluator ser det, kreve økte finansielle rammer.

Oxford Research anser det for øvrig som sunt at senteret også søker om ekstern finansiering, og NAFKAM skal ha anerkjennelse for å søke vanskelige kilder, slik som Norges forskningsråd og EU.

## 4.6 NAFKAMs roller

NAFKAM skal ivareta en rekke ulike oppgaver og roller. I følge NAFKAMs egne nettsider skal senteret stimulere til, utføre og koordinere norsk forskning innen komplementær og alternativ medisin. Senteret skal vektlegge flerfaglig forskning. I tillegg jobber senteret innen feltene undervisning, rådgivning, internasjonalt/nasjonalt samarbeid og informasjon<sup>24</sup>. Senteret skal dermed oppfylle fem hovedoppgaver:

- Forskning
- Informasjon
- Undervisning
- Samarbeid
- Rådgivning

Forskningsrollen blir nærmere drøftet i et eget kapittel senere i rapporten (se kapittel 5). Det samme gjelder for informasjonsrollen som er diskutert i kapittel 6 i sammenheng med Nifab.

Undervisningsrollen til NAFKAM er lite vektlagt i denne rapporten. I strategiplanen for NAFKAM heter det at senteret skal tilby undervisning til «[...] *healthcare professionals to increase knowledge about complementary and alternative medicine, patients' experience, mechanisms, effect, side effects and safety. NAFKAM will provide courses in methodology for researchers and be available upon request for lecture on CAM*». Undervisningsrollen er bare en liten del av NAFKAMs oppgaver, og de ansatte ved senteret har ikke undervisningsplikt. Senteret har likevel de seneste årene gjennomført noe undervisning i grunnutdanningen for medisin og farmasi studenter i Tromsø, også noe innen etter- og videreutdanning. I tillegg inviteres også senteret til konferanser og møter både nasjonalt og internasjonalt.

De to siste rollene (samarbeid og rådgivning) vil bli nærmere utdypet videre i dette avsnittet. Deretter vil det følge en drøfting av senterets mange roller, og senterets evne til å ivareta en nøytral rolle

<sup>24</sup> Strategic plan NAFKAM, 2011-2016 University of Tromsø.

#### 4.6.1 Samarbeid

Samarbeidsrollen til NAFKAM fremkommer ikke i tilskuddsbrevet fra Helsedirektoratet, men fremkommer som en del av mandatet til senteret (jfr. avsnitt 2.1.3). Samarbeidsrollen inngår også som en sentral del av senterets strategiplan. Særlig vektlegges samarbeid med KAM-miljøer for å gjøre forskningen så praksisrelatert som mulig. I tillegg innebærer denne rollen et bredt samarbeid med blant annet pasientforeninger og forskningsmiljø både nasjonalt og internasjonalt.

NAFKAM beskriver noe samarbeid med nasjonale medisinske miljøer og særlig mye samarbeid innad på Universitetet i Tromsø. Mye av dette samarbeidet gjenfinnes i senterets vitenskapelige artikler. Det er imidlertid få eksempler på samarbeid med sykehusleger, allmennleger eller praktiserende alternativbehandlere i Norge. En del alternativbehandlere klager på dette; de vil gjerne være med og påvirke forskningen.

Datagrunnlaget som evalueringen bygger på, viser at NAFKAM internasjonalt har en sterk posisjon og solide samarbeidspartnere, og det er på verdensbasis bare USA og muligens Tyskland som kan måle seg med senteret. Både intervjuer med ansatte ved NAFKAM og interessenter, både ved universitetet, pasientorganisasjoner og blant alternative behandlere, viser til at NAFKAM har en sterk posisjon internasjonalt.

En hovedårsak til NAFKAMs internasjonale posisjon i motsetning til andre forskningssentre på alternativ medisin, er at NAFKAM mottar statlig finansiering, noe som muliggjør en uavhengig forskningsaktivitet. En annen hovedårsak er at NAFKAMs direktør er så tydelig nøytral om alternativ behandling, særlig sammenliknet med mange internasjonale forskere på alternativ behandling<sup>25</sup>.

Nasjonalt har imidlertid ikke senteret evnet å ivareta samarbeidsrollen like sterkt. Brukerstudien som er gjennomført viser at NAFKAM er relativt dårlig kjent blant det man kan anse som relevante interessenter, og NAFKAM er også lite synlig i den offentlige debatten knyttet til forskningsfeltet det opererer innen.

«NAFKAM er mer opptatt av å bygge opp eget forskningsmiljø fremfor å nå ut til aktuelle organisasjoner/foreninger/brukere».

Kilde: Intervju med Norsk Homøpatisk Pasientforening.

NAFKAM hevder selv at de har et åpent og tillitsfullt samarbeid med en rekke relevante aktører, og at disse er basert på gjensidig respekt og vilje til konstruktive løsninger<sup>26</sup>. Flere ansatte ved NAFKAM hevder imidlertid det er vanskelig å få til en synergi mellom alternativ og konvensjonell medisin, og bygge broen mellom skolemedisin og alternativ medisin<sup>27</sup>.

Selv om mange opplever å ha et godt samarbeid med NAFKAM, er det også en rekke aktører som hevder senteret har mislykkes i samarbeidsrollen. Blant annet synes NAFKAM selektive i hvem de samarbeider med.

«Denne «isoleringen» har medført at NAFKAM er blitt en institusjon, og ikke et nasjonalt samlingspunkt. Dette er til en viss grad NAFKAM sin egen skyld, da de ikke har vært inkluderende i forhold til å invitere alle norske forskere med fokus på alternativ behandling til aktivt samarbeid og nettverk».

Kilde: Intervju med Helle Johannessen, NAFKAM fagråd.

Mye av misnøyen beror på den rollen som NAFKAM har tatt internasjonalt. Flere aktører opplever at dette har gått på bekostning av NAFKAM sitt fokus på det som foregår nasjonalt.

Selv om direktør Vinjar Fønnebø trekkes frem som dyktig på relasjonsbygging og samarbeid er det for evaluator tydelig at NAFKAM i varierende grad har klart å ivareta samarbeidsrollen nasjonalt, på en god måte. Det ser ut til at det internasjonale fokuset har gått utover senterets samarbeid med nasjonale aktører, der mange føler seg oversett. Særlig er det mangel på at NAFKAM er proaktive og tar kontakt med foreninger og organisasjoner. Konsekvensen er misnøye blant både pasientforeninger, brukere og utøverorganisasjoner.

<sup>25</sup> Kilde: Helle Johannessen, medlem av fagrådet

<sup>26</sup> Selvevaluering, NAFKAM

<sup>27</sup> Fokusgruppeintervju, ansatte NAFKAM.

Oppsummert synes det for evaluator tydelig at NAFKAM ikke har vært i stand til å ivareta samarbeidsrollen med alle relevante aktører nasjonalt i tillegg til å bygge opp en status internasjonalt. Evaluator mener det i større grad bør avklares hvordan NAFKAM sin samarbeidsrolle skal være, og hvilken rolle departementet og direktoratet ønsker at NAFKAM skal inneha nasjonalt.

Vi vil trekke ut tre elementer vi anser som relevante for diskusjonen over. For det første ser det ut til at NAFKAMs informasjon og markedsføring ikke har fungert på en tilfredsstillende måte. For det andre tolker vi resultatene som at NAFKAM ikke har evnet å samarbeide med relevante aktører på en måte som flere av aktørene hadde forventet. For det tredje tolker evaluator tilbakemeldingene som at det er en rekke aktører tilknyttet fagfeltet alternativ behandling som engasjerer seg i NAFKAM og som ønsker et tettere samarbeid med dem. Begrunnelsen for det siste er særlig at en rekke respondenter ønsker at NAFKAM skal forske på deres fagfelt, samtidig som de ønsker at NAFKAM skal fokusere mer på det som foregår i Norge og deres hverdag innen alternativ medisin.

#### 4.6.2 Rådgivning

NAFKAMs rådgivende rolle innebærer å assistere Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og UiT i spørsmål knyttet til komplementær og alternativ medisin. Senteret gir også råd og veiledning til forskere<sup>28</sup>. I NAFKAMs selvevaluering fremkommer det at senteret ved forespørsel blant annet gir råd om organisering av det alternative behandlingsfeltet, utdanningskrav til utøvere, politiske prioriteringer og utdanningstilbud til offentlige myndigheter i inn- og utland, utdanningsinstitusjoner, organisasjoner og enkeltmennesker. Det presiseres imidlertid at senteret aldri gir behandlingsråd til enkeltmennesker.

Rådene fra NAFKAM er av flere ansett som både relevante og gode. Særlig oppfattes rådene fra NAFKAM som troverdige og solid funderte på et høyt forskningsfaglig nivå. Det eksisterer imidlertid samtidig en del misnøye knyttet til denne rollen.

Denne misnøyen er særlig fundert på at det etterlyses at NAFKAM er mer proaktive i sin rådgivning. NAFKAM er imidlertid selv tydelig på at de ikke vil gå ut og gi råd, men bistå når andre aktører henvender

seg til dem. Så der andre aktører etterlyser mer synlighet, ser NAFKAMs anonymitet ut til å være en bevisst strategi for å ivareta en nøytral profil.

NAFKAM har også i selvevalueringen vært klar på at de skiller informasjonsavdelingen på senteret fra forskningsvirksomheten. Evaluator vurderer dette som at det ikke er helt uproblematisk å blande rollene knyttet til informasjon og rådgivning med forskning.

Oxford Research oppfatter det med andre ord å være uenighet om hvordan NAFKAM ivaretar sin rolle som rådgiver. Dette beror hovedsakelig på hvem NAFKAM skal gi råd til og på hvilken måte. Dette dilemmaet synes å oppstå som en konsekvens av senterets oppgave om å ivareta en nøytral rolle. For jo mer nøytrale NAFKAM er i sin rådgivning, dess mindre synlig blir de, og dess mer kritikk får de for ikke å være mer tydelige utad. Motsatt får senteret kritikk hvis de er for tydelige ved at de da kan forstås som et senter som fronter eller kritiserer alternativ behandling, og ikke evner å ivareta sin nøytrale rolle.

NAFKAM har dermed en utfordrende oppgave knyttet til rådgivning, da de samtidig skal ivareta en nøytral rolle. Dette blir nærmere drøftet i avsnitt 4.6.4.

«Hvis ikke NAFKAM skal kunne gi råd om alternativ behandling, hvem andre kan da være bedre egnet til å gjøre det?»

Kilde: Intervju med assisterende direktør, Geir Sverre Braut, Statens helsetilsyn.

#### 4.6.3 Et forskningscenter med mange hatter

Slik det fremkommer i Aarbakke-utvalgets rapport *Alternativ medisin* (NOU 1998:21) var det på slutten av 1900-tallet mangel på en nøytral institusjon innen alternativ behandling. Etter opprettelsen av NAFKAM ble derfor «alt» som omhandlet alternativ behandling tillagt senteret for at de kunne besvare henvendelser, komme med rådgivning til myndighetene, undervise om alternativ medisin osv. Dette var oppgaver som senteret fikk i tillegg til å skulle drive forskning. Denne brede rollen har også NAFKAM i dag, og dette er med på å gjøre NAFKAM « [...] til et langt større prosjekt enn «bare» å være et forskningscenter»<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> NAFKAMs strategi plan 2011-2016

<sup>29</sup> Dybdeintervju Aslak Steinsbekk, leder av fagrådet

I NAFKAMs selvevaluering hevder de å ha mottatt svært lite kritikk om mangel på evne til å ivareta sine roller. Majoriteten av de respondentene evaluator har vært i kontakt med oppgir samtidig at de oppfatter NAFKAMs rolle som klart definert. Enkelte informanter hevder imidlertid det kan være uheldig at forskning, dokumentasjon og rådgivning er samlet under én ledelse. Dette særlig fordi «[...] de som sitter i ledelsen er, skolemedisinsk orientert, mens de blant annet skal forvalte og fremme et alternativmedisinsk fag- og aktivitetsområde»<sup>30</sup>.

Gro Anita Fossum, på vegne av legemiddelverket og medisinsplanteforum, presiserer den uklare nasjonale rollen på følgende måte:

«Det synes uklart hvordan NAFKAM fungerer som et nasjonalt senter. Samarbeidet med andre miljøer synes begrenset, og kompetansen innen ulike deler av alternativmedisinfeltet er noe ujevnt fordelt. Begrepet nasjonalt indikerer at det bør brukes ressurser for å avspeile bredere enn det som har vært vårt inntrykk. Det bør defineres bedre hva som menes med å være et nasjonalt senter når det gjelder hva som kan forventes av samarbeid mellom fagpersoner og de ulike institusjonene som driver forskning eller annen virksomhet som kan benytte seg av NAFKAMs kompetanse og forskning».

At man får ulike tilbakemeldinger på hvordan NAFKAM håndterer sine ulike roller, er som forventet gitt feltet man opererer innen. Og Oxford Research anser NAFKAMs oppgaver til å være rimelig avklart. Årsaken til eventuell usikkerhet og misnøye med rollene oppfatter imidlertid evaluator til å handle om rollen som nøytral aktør. At NAFKAM skal inneha en helt nøytral rolle gjør at de ikke tar parti med noen sider eller aktører. Dette kan virke som problematisk. Et spørsmål blir om den nøytrale rollen til NAFKAM blir trukket så langt at omgivelsene får problemer med å forstå hva som faktisk er NAFKAM sin rolle? Dette drøftes nærmere i neste avsnitt.

«At like mange skriker fra hver sin side er en bekreftelse på at NAFKAM har høy legitimitet og evner å være nøytrale».

Kilde: Intervju, lege Terje Risberg

#### 4.6.4 Nøytral, eller for nøytral?

At NAFKAM skal ivareta en nøytral rolle er definert i deres strategiplan og i mandatet fra Helsedirektoratet. NAFKAM bekrefter også denne nøytrale rollen i selvevalueringen:

«NAFKAM er bevisst på at vi verken skal lete etter positive resultater på vegne av et alternativt behandlingsmiljø, eller negative resultater for å motarbeide miljøet. Alle resultater er like interessante så sant det er stilt gode forsknings-spørsmål, og det er tatt i bruk forskningsmetoder av høy kvalitet».

Det store flertallet av respondentene som Oxford Research har vært i kontakt med, oppfatter NAFKAM som nøytrale. En utfordring synes imidlertid å være at NAFKAM til en viss grad har et «overdrevent» fokus på å være nøytrale, noe som gjør at senteret fremstår som «vage» og anonyme utad.

«NAFKAM står på alle sin side».

Kilde: Intervju

Flere av evalueringens respondenter utenfor senteret opplever at NAFKAM blir så nøytrale at deres rolle blir vanskelig å plassere. Dette kan skape usikkerhet og misnøye blant flere aktører tilknyttet alternativ medisin.

«Hvis begge sider er misfornøyde gjør vi en god jobb».

Kilde: Dybdeintervju, ansatt i NAFKAM.

Også intervjuer gjennomført internt ved NAFKAM viser at man savner en klar rolledefinisjon nasjonalt. For evaluator kan dette ses både i forhold til det utfordrende legitimitetsaspektet som gjelder for senteret, og mangelen på styring fra overordnet nivå, noe som er drøftet tidligere i rapporten. Hvis ikke myndighetene vil noe med NAFKAM vil senteret vanskelig oppnå en ledende posisjon nasjonalt.

Paradoksalt nok blir utfordringen at når NAFKAM skal ivareta den nøytrale rollen, så blir det vanskelig for omgivelsene å plassere senterets rolle. Også for senterets ansatte kan derfor NAFKAMs overordnede rolle bli uklar. For flere aktører tilknyttet alternativ medisin var nok håpet at NAFKAM skulle være et

<sup>30</sup> Dybdeintervju John Hetlelid, leder NLH

forskningscenter som skulle tale deres sak, og sette fokus på alternativ behandling da NAFKAM ble etablert. Muligens hadde omgivelsene andre forventninger til senteret enn det de fremstår som i dag?

«Legitimiteten hos de alternative behandlerne har vært mer problematisk. De var skuffet over at NAFKAM ikke kunne innfri forventningen om å legitimere deres terapiformer. De hadde jo ønsket at NAFKAM skulle være deres døråpner inn til «godkjentstatus» i helsevesenet».

Kilde: Intervju leder NAFKAM, Vinjar Fønnebø.

I sum er altså Oxford Researchs vurdering at NAFKAM på en god måte evner å ivareta en nøytral rolle. Dette har imidlertid noen uheldige implikasjoner, blant annet har det nok ført til at NAFKAM nasjonalt har en mindre tydelig profil og spiller en svakere rolle enn man kanskje kunne forvente.

#### 4.6.5 Konklusjon – NAFKAMs roller

NAFKAMs internasjonale rolle fremstår som solid og tydelig. Senteret har en sterk posisjon internasjonalt, noe som blir påpekt av de aller fleste informantene som har bidratt i denne evalueringen.

Imidlertid har NAFKAM en vei å gå i forhold til posisjon og betydning nasjonalt. At senteret til nå ikke har klart å etablere seg tydelig på hjemmebane, kan skyldes flere forhold, blant annet prioritering og fokus. Kombinert med diskusjonen rundt nøytralitet, er det imidlertid Oxford Research sin anbefaling at senteret i det videre arbeid i større grad fokuserer på den nasjonale arena og det potensialet som ligger her.

Nøytralitetshensynet er gjenspeilet i alle ledd i organisasjonen og i alt NAFKAM foretar seg. Når det er sagt, oppfatter Oxford Research det som om nøytraliteten har ført til at NAFKAM opptrer svært varsomt i det offentlige rom. Senteret er lite kjent og synlige i Norge, og det kan fremstå som om senteret i frykt for å bli angrepet for å fremme eller hemme, heller har valgt å holde en svært lav profil. Gitt senterets levetid, kvaliteten ved arbeidet som gjøres der og behovet for en tydelig og forskningsbasert stemme innen dette feltet, vil evaluator påstå at det nå er på høy tid at NAFKAM i større grad beveger seg ut på den nasjonale arena og tar del i debatten innen sitt forskningsfelt.

## 4.7 Kompetanse

I vurderingen av NAFKAMs kompetanse vil vi innledningsvis se på kompetansesituasjonen ved senteret i dag, samt de utfordringer senteret står overfor når det gjelder kompetanse og rekruttering. Deretter vil vurdere hvordan de ansattes kompetanse påvirker det NAFKAM forsker på.

### 4.7.1 Kompetansesituasjonen før og nå

I følge selvevalueringen til NAFKAM, deres hjemmeside, og årsrapporter er det 14 vitenskapelige ansatte på NAFKAM fordelt på 10 stillinger pr 24.10.13.

Ved senteret er det i dag kun to med seniorkompetanse. Det må imidlertid nevnes at hele tre doktorgrader fra senteret innleveres eller forsvares i 2013. Til sammenlikning ble det avlagt fem doktorgrader ved Nklm i perioden 2005-2012. NAFKAM har også fått flere fulltidsforskere over tid, der flere av dem er fysisk tilstede ved senteret i Tromsø.

Doktorgrader ved NAFKAM 2000-2013:

- 2005. Norheim AJ. Acupuncture in health care - Attitudes to, and experiences with acupuncture in Norway.
- 2009. Borud EK. Acupuncture treatment for postmenopausal hot flashes.

Det foreligger bred enighet blant fagrådet, ansatte og ledelsen ved NAFKAM at senteret mangler en person med medisinsk bakgrunn som driver med klinisk forskning. Senteret gir klart uttrykk for at dersom de hadde hatt en seniorforsker på heltid med legefaglig kompetanse og bakgrunn vil NAFKAM (jfr. ressursdiskusjonen) være tilstrekkelig rustet til å ta på seg alle de vitenskapelige oppgavene som forventes av et nasjonalt senter<sup>31</sup>. Dette ser imidlertid ut til å ha vært en utfordring lenge. Ifølge forskningsleder ved senteret, Frauke Musial, er ikke dette bare et spørsmål om finansiering, men det er også en utfordring å finne en kvalifisert person i Norge som virkelig vil inn på dette feltet. NAFKAM opplyser imidlertid at rekrutteringssituasjonen er meget god, særlig for PhD-stillinger. Særlig kommer det mange søkere fra utlandet, noe senteret tar som bekreftelse for senterets gode internasjonale standing i dette forskningsfeltet. Også til seniorstillinger får man gode søkere, men man skulle gjerne sett at norske

<sup>31</sup> NAFKAM selvevaluering



leger med høy vitenskapelig kompetanse søkte seg til NAFKAM.

«NAFKAM er et attraktivt sted å jobbe, og har klart å tiltrekke seg solid kompetanse også internasjonalt».

Kilde: Dybdeintervju med fastlege, Stig Bruset.

NAFKAM har hatt særlig to utfordringer på kompetansesiden frem til i dag. Den første er at en vesentlig andel av forskerne ved senteret har vært uten klinisk erfaring, og dermed kan ha blitt for teoretiske. Flere ansatte ved NAFKAM hevder dette kan være en årsak til legitimitets- og implementeringsutfordringene for senteret. Den andre utfordringen har vært knyttet til høyt antall deltidsforskere ved NAFKAM, der flere også er lokalisert langt borte fra senteret. Dette er også blitt drøftet i fagrådet, som har gitt anbefalinger til NAFKAM om å ha flere full tid forskere lokalisert ved senteret i fremtiden<sup>32</sup>.

«For snart 3 år siden ansatte vi 2 seniorforskere med arbeidssted i Tromsø. Før det manglet vi forskere med PhD med arbeidsplass i Tromsø på full tid. Derfor var det alltid mye liv og aktivitet når Terje (tilholdssted i Bergen) og Arne Johan (tilholdssted i Harstad) kom til Tromsø, mye møter og nye oppgaver som ble generert».

Kilde: Intervju med administrativ leder ved NAFKAM

#### 4.7.2 Kompetansens betydning for forskningen

Fra intervjuene kommer det frem at forskningen ved NAFKAM er særlig avhengig av hvilken kompetanse som til en hver tid er på senteret. De ansatte ved NAFKAM oppgir at interessefelt i stor grad har påvirket hva det forskes på. Dette ser imidlertid ut til å ha endret seg noe ved at NAFKAM gjennom sin strategiplan har tatt noen valg for hvilke behandlingsformer de skal fokusere på i sin forskning. En av de ansatte ved senteret spissformulerer dette ved å hevde at «tiden med frihet er forbi».

Strategiplanen påpeker samtidig på at *the employees are to have a focus on what is best for the organization*, og overlater med det både frihet og tillit til de ansatte ved senteret. NAFKAM nevner videre i sin strategiplan at deres studier vil bli styrt ut ifra hvilke

behandlingsformer som oftest anvendes. Vi kan imidlertid ikke finne noen strategi for hvordan NAFKAM vil møte dette i forhold til forskernes kompetanse.

#### 4.7.3 Konklusjon – kompetanse

For evaluator fremstår kompetansesituasjonen ved NAFKAM som solid. Bredden i bakgrunn til de ansatte ser også ut til å styrke senterets forskningsarbeid og ivaretagelse av legitimitet i omgivelsene. Senteret har også klart å styrke sin kompetanse både ved å utdanne forskere med PhD, og ved å rekruttere god kompetanse gjennom utlyste stillinger.

At NAFKAM ikke har forsket like mye på alle behandlingsmetoder argumenteres klart ut ifra strategiske valg ved senteret. Valg av forskningsområder er også begrunnet ut ifra antall ansatte og deres kompetanse. Oxford Research oppfatter ikke at valg av forskningsområder skyldes mangel på breddekunnskap innen alternative behandlingsformer blant de ansatte ved senteret. Evaluator oppfatter at senteret har god oversikt over feltet for alternativ medisin.

Det er tydelig at NAFKAM har klart å knytte til seg gode kontakter og samarbeidspartnere internasjonalt. Dette har også bidratt til at senteret har oppnådd en solid posisjon internasjonalt. Men i Norge har senteret vært mer selektive med sine samarbeidspartnere. Evaluators vurdering er at det for NAFKAM kan være fornuftig å knytte til seg kompetanse gjennom samarbeid med flere nasjonale forskningsinstitusjoner. Slikt samarbeid kan både styrke forskningskvaliteten, og ha positiv effekt på legitimiteten til senteret.

#### 4.8 Konklusjon og anbefalinger

For evaluator fremstår NAFKAMs vedtekter og mandat som svært overordnet. I tillegg er det tydelig at NAFKAM frem til nylig ikke har hatt noen klar strategi.

Det fremstår som de styrende organene ikke har følt et tilstrekkelig ansvar for utviklingen av senteret ved å sette tydelige rammer og strategier for virksomheten, samt forventninger til resultater. Med andre ord har NAFKAM langt på vei selv kunne legge premisse for sin retning og sitt arbeid. Dette kan ha bidratt til at senteret per i dag fremstår som lite kjent og lite relevant blant sine målgrupper.

<sup>32</sup> Referat fagrådet, 31.10.2011



Fagrådet fremstår som en ressurs for NAFKAM, og bidrar både med substansielle og gode innspill til senteret, samtidig som de har en klar legitimerende effekt. Fagrådets rolle må sees i sammenheng med hvilken form den fremtidige styringen av NAFKAM skal ha. Dersom fraværet av styring fra de bevilgende myndighetene opprettholdes, kan det tenkes at fagrådet bør ha en mer fremtredende og tydelig rolle.

Oxford Research anbefaler at det i større grad innfører mål- og resultatstyring i NAFKAMs virksomhet. Dette innebærer at mandatet/vedtektene tolkes og konkretiseres, og at det utvikles konkrete og målbare mål og indikatorer på måloppnåelse, og at det videre innføres systemer for monitorering og evaluering av måloppnåelsen ved senteret. På denne måten vil senteret selv kunne justere kursen underveis slik at man oppnår målene som ligger innenfor mandatet. NAFKAM vil også da lettere kunne dokumentere resultater overfor seg selv, interessenter og overfor ansvarlig departement. Det vil kunne bidra til å styrke og manifestere senterets posisjon.

Den interne organiseringen ved NAFKAM fremstår som fornuftig og velfungerende per i dag, gitt de oppgaver, den størrelsen og de ressursene senteret disponerer. Oxford Research kan ikke se at NAFKAM ved en annen organisering hadde kunnet utøve sin rolle mer effektivt enn det som er tilfelle i dag. Når det er sagt, fremstår organiseringen som relativt

nyetablert og det er derfor viktig å ha fokus på arbeidsdeling, ansvarsdeling og samhandling i tiden som kommer, for å sikre at den nye strukturen får fotfeste i organisasjonen og at den bidrar til å sikre forskning og produksjon som er i tråd med strategien.

NAFKAMs internasjonale rolle fremstår som solid og tydelig. Imidlertid har NAFKAM en vei å gå i forhold til posisjon og betydning nasjonalt. At senteret til nå ikke har klart å etablere seg tydelig på hjemmebane, kan skyldes flere forhold, blant annet prioritering og fokus. Det er også klart at senteret vil ha vanskeligheter med å ta en posisjon nasjonalt, når det fremstår utydelig hva eierne vil med senteret.

Nøytralitetshensynet er gjenspeilet i alle ledd i organisasjonen og i alt NAFKAM foretar seg. Når det er sagt, oppfatter Oxford Research det som om nøytraliteten har ført til at NAFKAM opptrer svært varsomt i det offentlige rom. Senteret er lite kjent og synlige i Norge, og det kan fremstå som om senteret i frykt for å bli angrepet for å fremme eller hemme, heller har valgt å holde en svært lav profil. Gitt senterets levetid, kvaliteten ved arbeidet som gjøres der og behovet for en tydelig og forskningsbasert stemme innen dette feltet, vil evaluator påstå at det nå er på høy tid at NAFKAM i større grad beveger seg ut på den nasjonale arena og tar del i debatten innen sitt forskningsfelt.

## Kapittel 5. Forskingen ved NAFKAM

### 5.1 Innledning

NAFKAMs kjernevirksomhet er forskning og innsamling av brukererfaringer på mulige effekter, manglende effekter og bivirkninger ved bruk av alternativ behandling. NAFKAM er først og fremst et forskningssenter. En viktig del av denne evalueringen er derfor evaluering av NAFKAMs forskningsvirksomhet.

Førende for denne evalueringen var oppdragsgivers spørsmål:

9. Holder forskningen ved NAFKAM gjennomgående god metodisk kvalitet?
10. Er forskningen ved NAFKAM relevant for målgruppene (pasienter, befolkning, helsetjenesten, myndigheter)?
11. Har valg av temaer over tid ivaretatt bredden i feltet alternativ behandling?

I tillegg ba oppdragsgiver oss om å vurdere hvorvidt «NAFKAM mestrer å ivareta en nøytral rolle, eller tilsiktet eller utilsiktet framstår som agent for bestemte partsinteresser for eller mot ulike sider ved alternativ behandling».

Det er også naturlig å omtale enkelte andre forhold ved forskningsvirksomheten, etter mønster av Forskningsrådets store evaluering av helsefagene i 2011, nemlig forhold knyttet til forskningsstrategi, ressurser, rekruttering, forskerutdanning, samarbeid og effektivitet.

### 5.2 Metode

Metodene er på et overordnet nivå allerede beskrevet i kapittel 4. Vi anser det imidlertid som nødvendig i denne delen av evalueringen, å gi en grundigere metodisk redegjørelse for hvordan forskningen ved NAFKAM er vurdert. Vi vil derfor beskrive metodene vi benyttet i evalueringen av forskningen ved NAFKAM, før vi går over på å presentere funn og deretter drøftelsen av funnene.

#### 5.2.1 Undersøkelse av forskningsstrategi, nøytralitet og andre forhold

For å kunne beskrive og vurdere disse forholdene, studerte vi dokumenter og intervjuet nøkkelpersoner.

NAFKAM har publisert en egen forskningsmodell<sup>33</sup> som er svært sentral i senterets forskningsstrategiske tilnærming. På grunn av dens sentrale plass inviterte vi sentrale alternativmedisinske behandlere og profilerte kritikere av alternativ behandling om å kommentere modellen. I tillegg ble modellen vurdert av Atle Fretheim og Gry Sagli.

#### 5.2.2 Undersøkelse av forskningens metodiske kvalitet

Med metodisk kvalitet tenker vi i hovedsak på den enkelte vitenskapelige studies interne validitet, altså om studien er utformet, gjennomført og analysert på en slik måte at systematiske skjevheter (*bias*) unngås. En viktig forutsetning for intern validitet er at det er valgt en forskningsmetode som er velegnet for det aktuelle forskningsspørsmålet. Den interne validiteten ble vurdert direkte ved kritisk gjennomgang av vitenskapelige publikasjoner.

Forskningsmiljøets kvalitet ble også målt ved bibliometriske metoder og ved å måle uttelling på forskningssøknader.

#### A. Bibliometri

Vi har gjennomført en bibliometrisk analyse av de vitenskapelige publikasjonene i NAFKAM. Dette innebærer både en gjennomgang av publikasjonene i regi av NAFKAM ansatte, samt en sammenligning med to andre nasjonale kompetansesentre. Formålet med denne øvelsen er å undersøke omfanget og nivået på publiseringen i NAFKAM, samt sammenligne omfanget med andre sentre, for slik å se hvordan NAFKAM scorer relativt til disse.

Vi har tatt utgangspunkt i oversikt over publikasjoner som vi har mottatt fra de tre sentrene. Vi har med utgangspunkt i disse listene søkt opp samtlige publikasjoner på internett og undersøkt i hvilke journaler

<sup>33</sup> Fønnebo V, et al. Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. BMC Med Res Methodol 2007; 7: 7.

disse er publisert, samt hva slags institusjonstilholdighet forfatterne har oppgitt i artikkelen. Dette punktet er sentralt. Ettersom flere av de ansatte ved NAFKAM også arbeider andre steder, er det avgjørende at de har kreditert NAFKAM for arbeidet med artiklene sine. Dette er ikke alltid tilfellet, vi har derfor fjernet artikler fra listen, der NAFKAM ikke er nevnt i artikkelen. Dette har vi også gjort for de øvrige sentrene. Konsekvensen av dette er at vi sitter igjen med en oversikt over artikler som er kortere enn de vi har fått tilsendt. Det har også vært noen mindre tilfeller av feiloppføringer som vi har fjernet.

For NAFKAM har vi undersøkt årene 2008 til og med 2012, mens vi i sammenligningene mellom de tre sentrene har konsentrert oss om årene 2011 og 2012.

## **B. Uttelling på forskningssøknader**

Vi ba NAFKAM fylle ut for perioden 2000-2012 en tabell over søknader om forskningsbevilgninger med følgende kolonner: År, Navn på prosjekt, Finansieringskilde, Omsøkt beløp, Utfall av søknaden. Til sammenlikning ba vi om tilsvarende fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) ved Universitetet i Oslo og med Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin (Nklm) ved Uni Research, Bergen.

## **C. Sammenheng mellom forskningstema og design**

Vi vurderte om det i NAFKAMs forskning, slik den kommer til uttrykk i senterets publiserte, fagfelle-vurderte vitenskapelige artikler 2000-2012, var valgt egnede design til å besvare forskningsspørsmålene, for eksempel om man hadde valgt eksperimentelle design for å besvare spørsmål om effekt av behandling. I denne vurderingen benyttet vi databasen nevnt nedenfor under «Undersøkelse av forskningens bredde».

På dette området gjorde vi en enkel sammenlikning av NAFKAM for en kortere periode med NSSF og Nklm.

## **D. Vurdering av enkeltartikler**

Vi gransket 19 av NAFKAMs vitenskapelige artikler fra perioden 2008-2012 for metodisk kvalitet. Vi valgte artikler der førsteforfatter var ved NAFKAM.

Eksperimentelle studier ble vurdert av Atle Fretheim, kvalitative studier av Gry Sagli og litteraturstudier av Atle Fretheim eller Preben Aavitsland. Vurdereren leste artiklene, fylte ut Kunnskapscenterets sjekklister

for vurdering og ga så en samlet skår (1-5 der 5 er best) for den metodiske kvaliteten til den studien som ble rapportert i artikkelen, med en kort begrunnelse.

### **5.2.3 Undersøkelse av forskningens relevans**

Med forskningens relevans tenker vi i hovedsak på om målgruppene opplever at forskningens resultater er nyttige for dem. Dette henger sammen med de enkelte studienes eksterne validitet, altså om resultatene kan appliseres i grupper ut over selve deltakerne i studien; om resultatene er generaliserbare, om resultatene kan tenkes å være brukbare i en norsk kontekst. Vi vurderte relevans både ved å granske de vitenskapelige publikasjonene for elementer som tilsier generaliserbarhet og ved å spørre målgruppene.

#### **A. Målgruppens oppfatning**

Blant målgruppene for forskningsresultater fra NAFKAM er pasienter befolkning, helsetjenesten og myndigheter. Spørsmål om relevans ble inkludert i intervjuer med en rekke informanter.

#### **B. NAFKAMs egne eksempler**

Vi ba NAFKAM i sin selvevaluering inkludere eksempler med dokumentasjon på hvordan forskningsresultater har vært relevante ved at de for eksempel har understøttet beslutninger om å ta opp eller avslutte bruken av visse behandlingsformer i sykehus eller i primærhelsetjenesten.

#### **C. Vurdering av enkeltartikler**

Vi vurderte også relevans for de 19 artiklene (se over) som ble valgt ut for nærmere granskning av metodisk kvalitet.

### **5.2.4 Undersøkelse av forskningens bredde og mengde**

Med forskningens bredde tenker vi i hovedsak på om forskningstemaene over tid gjenspeiler bredden i det mangfoldige begrepet alternativ behandling. Det var naturlig å la lista over behandlingsformer på NIFABs hjemmeside representere den maksimale bredden av feltet. I tillegg fant vi det relevant å vurdere hvilke sykdommer NAFKAMs forskning har befattet seg med. En naturlig sykdomsklassifisering var WHO's ICD-10 kapitler over sykdomsgrupper.

Vi la NAFKAMs liste over publiserte, fagfellevurderte vitenskapelige artikler 2000-2012 i en database med feltene nevnt nedenfor. Klassifiseringen av hver artikkel ble gjort ved å lese artiklenes tittel, sammendrag og i noen tilfeller hele artikkelen. Database ga mulighet for å telle og krysstabulere artikler for å beskrive forskningsbredden. Vi har ikke tatt med forskning publisert i senterets egen skriftserie.

- År for publikasjon: 2000-2012
- Alternativmedisinsk tidsskrift: Ja/Nei
- Førsteforfatter tilknyttet NAFKAM: Ja/Nei
- Sisteforfatter tilknyttet NAFKAM: Ja/Nei
- Behandlingsform: NIFABs liste (<http://www.nifab.no/behandlingsformer>)
- Sykdomsgruppe: ICD-10-kapitler (<http://finnkode.kith.no/>)
- Forskningsspørsmål: Med følgende valg:
  - Utbredelse av sykdom
  - Årsak til sykdom
  - Diagnostikk av sykdom
  - Effekt av forebygging/behandling
  - Prognose for sykdom
  - Erfaringer til pasienter eller helsepersonell
  - Bruk, altså utbredelse av tjeneste
  - Annet
- Design: Med følgende valg:
  - Kasusrapporter
  - Tverrsnittsstudie
  - Kasus-kontroll-studie
  - Kohortstudie
  - Eksperimentell studie
  - Kvalitativ studie
  - Litteraturstudie
  - Annet
- Fase etter NAFKAMs forskningsmodell: Med følgende valg:
  - 1 Context: What is going on?
  - 2 Safety: Is it safe?
  - 3 Effectiveness: What is the system effectiveness?
  - 4 Efficacy: What is the efficacy of a specific component of the therapy?
  - 5 Mechanism: How can treatment outcomes be explained biologically?
  - Other

### 5.2.5 Sammenlikning med andre sentre

På flere områder valgte vi å sammenlikne forskningsaktiviteten ved NAFKAM med to andre, norske forskningsinstitutter, nemlig Nasjonalt kompetanse-

senter for legevaksmedisin (Nklm) og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). Disse ble valgt fordi de hadde en rekke likheter med NAFKAM:

- De ble opprettet etter politiske vedtak som ledd i en særskilt satsing på et prioritert område.
- De har sin hovedfinansiering fra statsbudsjettet med årlig tildelingsbrev fra Helsedirektoratet.
- De er plassert ved universiteter eller universitetseide selskap, ikke ved et helseforetak.
- De er om lag like lang historie som NAFKAM.
- De har et tverrfaglig miljø, ikke et rendyrket medisinsk miljø.
- De er om lag like store som NAFKAM i budsjett og antall årsverk.
- Deres mandat er nokså likelydende med NAFKAMs, med vekt på både å utvikle og formidle kunnskap:
  - «NSSFs målsetting er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk.»
  - Nklm «skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.»
  - NAFKAMs «formål er å utvikle og formidle kunnskap om hva alternativ behandling kan bidra med for å lindre eller forkorte sykdommer, bedre livskvalitet, øke evnen til mestring av sykdomssituasjoner og bedre uønskede sider ved sykdomsopplevelser.»

Vi valgte ikke å sammenlikne med NAFKAMs søsterinstitutter i utlandet nettopp fordi slike bakenforliggende faktorer kunne forventes å være ulike. Vi måtte da ha gjort en grundig kartlegging av slike bakgrunnsfaktorer før vi kunne tolke og forstå eventuelle likheter og forskjeller i forskningsaktiviteten mellom NAFKAM og deres søsterinstitutter. I tillegg måtte vi ha forstått mer om status for alternativ behandling i lovverket og i befolkningen i disse andre landene.

Vi mente også at NAFKAMs forskning fortjente å bli sammenliknet med forskningsentre innen mer tradisjonelle helsefag. Selv om alternativ behandling er et utfordrende forskningsobjekt, så legger de fleste forskere i feltet, også NAFKAM, vekt på at kravene til metodisk kvalitet skal være de samme som innen annen helsefaglig og tilgrensende forskning.

## Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin

Helsedepartementet vedtok i 2004 at senteret skulle etableres. Senteret ble lokalisert til Bergen og er i dag organisert under Uni Research som en enhet i avdelingen Uni Helse. Senteret er ellers knyttet til Forskningsgruppe for allmenmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, samt Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.

Senterets formål er å bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaksmedisin, og virkemidlene er forskning og fagutvikling både alene og i samarbeid med andre fagmiljøer. Senteres oppgaver er for øvrig:

- Bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet
- Etablere nødvendige nasjonale faglige standarder
- Bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet
- Etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet
- Sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse
- Gi råd og faglig støtte til andre
- Delta i undervisning, både i grunn-, etter- og videreutdanning<sup>34</sup>

Som det fremgår av denne oversikten har senteret flere oppgaver utover de rent forskningsmessige oppgavene. Senteret hadde i 2012 9,3 årsverk fordelt på 22 ansatte og et budsjett på 9 millioner kroner, hvorav 8 735 000 kroner var friske midler.

## Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)

NSSF er tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og finansieres av årlige tilskudd fra Helsedirektoratet. Direktoratet gir også særskilte tilskudd til prosjekter ved senteret.

NSSFs formål er å «utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsaktferd.»<sup>35</sup>

Utover dette er senterets hovedoppgaver:

- forskning på internasjonalt nivå
- kunnskapsutvikling og formidling
- undervisning/kompetanseoppbygging
- veiledning/rådgivning
- koordinering, nettverksbygging og samarbeid med nasjonale og regionale miljøer.

Som kompetansesenteret for legevaksmedisin har også NSSF oppgaver utover forskning, slik som undervisning og kompetanseoppbygging, samt kunnskapsutvikling og formidling.

I 2012 hadde senteret 12, 5 årsverk i Forskningsenheten, inkludert forskningsassistenter (Årsrapport for 2012).

## 5.3 Funn - Forskningsstrategi, nøytralitet og andre forhold

### 5.3.1 Strategi og forskningsmodell

NAFKAMs strategiplan 2011-2016 legger svært stor vekt på den forskningsmodellen som NAFKAM utviklet sammen med en rekke internasjonale forskere innen alternativ medisin<sup>36</sup>. Denne modellen ble sett på som et gjennombrudd for NAFKAM i dets tilnærming til forskning innen alternativ medisin, og den skal også ha hatt stor betydning i det internasjonale forskningsmiljøet for alternativ medisin. Det er derfor nødvendig å beskrive modellen nærmere og presentere flere syn på den.

### Forskningsmodellen oppsummert

I artikkelen fra 2007 innleder Fønnebo og medarbeidere med å vise til at det ser ut til å være et uforklart gap mellom de negative resultatene av randomiserte kontrollerte studier av alternativ behandling på den ene siden og den utstrakte bruken og de mange rapportene om god nytte på den andre siden. Dermed er sånn at pasientene ikke er helt misledet, må man søke forklaringene på dette gapet i hvordan forskningen har foregått innen alternativ behandling.

Forskerne peker så på at det for nye legemidler er klare krav til forskningen som må legges til grunn før en markedsføringstillatelse kan gis av legemiddelmyndighetene, som altså fungerer som portvoktere. Her skal middelet etter preklinisk utprøving først sjekkes for sikkerhet i små fase I-studier, deretter for

<sup>34</sup> Informasjonen er hentet fra senterets nettside, samt årsrapporter tilgjengelig på: <http://helse.uni.no/upload/Årsmelding%202012.pdf>

<sup>35</sup> Hentet fra NSSFs hjemmeside: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/om/>

<sup>36</sup> Fønnebo V, Grimsgaard S, Walach H et al. Researching complementary and alternative treatments - the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol* 2007; 7 (1):7.

dosering og sikkerhet i større fase II-studier og så for effekt og sikkerhet i store fase III-studier.

Forskerne mener at denne modellen ikke er egnet for alternativ medisin av to grunner. For det første finnes ingen portvoktere for alternativ behandling. Behandlingsmåtene er jo allerede i bruk, og det finnes ikke noen myndigheter som kan stoppe dem. For det andre er modellen uegnet fordi de alternative behandlingsmåtene er så sammensatte. Man kan ikke bare forske på effekten av ett element av behandlingen siden den totale behandlingseffekten er større enn summen av de enkelte elementenes effekt, sier forskerne.

Derfor foreslår NAFKAM en ny modell med fem faser eller byggesteiner for alternativ medisin, der det ikke finnes portvoktere og der behandlingen er kompleks og individuelt tilpasset pasienten:

12. Fase 1 dreier seg om behandlingsformens kontekst, paradigme, filosofiske grunnlag og utbredelse. Her skal behandlingsmåten beskrives og forstås.
13. Fase 2 dreier seg om behandlingsformens sikkerhet gjennom observasjon av bivirkninger hos pasientene.
14. Fase 3 dreier seg om behandlingsformens virkning som alternativ til eller sammen med konvensjonell behandling. Her gjøres randomiserte, kontrollerte studier av behandlingen slik den normalt praktiseres, altså med såkalte «pragmatiske» randomiserte, kontrollerte studier<sup>37</sup>. Dette er randomiserte studier der formålet er å veilede i valget mellom behandlingsalternativer. Studiene skal gi svar som er relevante og generaliserbare (høy ekstern validitet). Derfor utføres forskningen på pasientgrupper som likner dem som behandlingen skal brukes på i virkeligheten (eller allerede brukes på), ikke på utvalgte nokså like idealpasienter. Intervensjonen legges nær opp til normal praksis, og behandlingen i begge grupper tilbys fleksibelt slik som i en virkelig situasjon. Utfallsmålene holdes relevante og udisputabelt viktige, som tydelige kliniske endringer eller død. Blinding av behandleren og pasienten er ofte ikke mulig, men den som bedømmer utfallet skal være blindet.
15. Fase 4 er tradisjonelle, «eksplanatoriske», randomiserte, kontrollerte studier der den antatt virkningsfulle komponenten av en behandling

(for eksempel et homøopatisk preparat eller en nålestimulering av et gitt akupunkturpunkt) sammenliknes mot placebo i et oppsett der pasientene ikke vet om de får ekte behandling eller placebo. Målet er å måle effekten av behandlingskomponenten så fritt for skjevheter som mulig (høy intern validitet). Her må det bemerkes at randomiserte studier ikke nødvendigvis er enten eksplanatoriske eller pragmatiske, men at de ligger på et kontinuum mellom disse to ytterpunktene, der det også er en balanse mellom intern og ekstern validitet.

16. Fase 5 dreier seg om å finne de biologiske mekanismene for de eventuelle målte effektene av behandlingsformen.

NAFKAMs strategi for årene fram til 2016 er å benytte denne modellen for forskning om alternative behandlingsformer for kroniske sykdommer generelt og kreft og kroniske smertesyndromer spesielt. Senteret ønsker å søke forskningsmidler for minst tre studier i fase 3 og tre studier i fase 4.

#### Andres syn på NAFKAMs forskningsmodell

Kristian Gundersen er professor i biologi ved Universitetet i Oslo og en skarp offentlig kritiker av NAFKAM og NIFAB spesielt, og alternativ medisin generelt (se for eksempel Gundersen K, 2013). I sitt innspill til denne evalueringen tar han først for seg Fønnebø og medarbeideres begrunnelse for hvorfor en ny forskningsmodell er nødvendig. Han mener for det første at historien har mange eksempler på at folk er blitt villedet i lang tid om nytten av ulike behandlingsmåter, som årelating. «*I et historisk perspektiv er det altså ikke urimelig å legge til grunn at behandlere så vel som pasienter kan være "completely misguided" i store antall og over lang tid*», skriver Gundersen.

For det andre mener Gundersen at gapet mellom de randomiserte studienes negative resultater og mange pasienters positive rapporter allerede er utforsket og ikke trenger noen nye forklaringer. Hovedforklaringen er placeboeffekten, men peker også på tilfeldige svingninger i sykdomsforløpet, påvirkning fra behandlerne og noceboeffekten hos dem som ikke fikk behandlingen. Gundersen mener at med NAFKAMs studier av hele behandlingsspakka (altså fase 3) blir det vanskelig å skille ut en virkelig effekt av behandlingen fra disse andre virkningene.

Gundersen mener at NAFKAMs ACUFLASH-studie (Borud E et al, 2009) illustrerer hans innvendinger. I denne pragmatiske studien ble kvinner i overgangsalderen med hetetokter randomisert til enten aku-

<sup>37</sup> Godwin M, et al. Pragmatic controlled trials in primary care: the struggle between external and internal validity. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 28.; Zwarenstein M, et al. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *Br Med J* 2008; 337: a2390.



punktur og informasjon om selvbehandling eller bare informasjon om selvbehandling og forbud mot akupunktur. Etter 12 uker var gjennomsnittlig antall hetetokter per døgn redusert fra 12,0 til 6,2 (ned 5,8) i akupunkturgruppa og fra 13,1 til 9,4 (ned 3,7) i kontrollgruppa, altså en tydelig effekt. Gundersen mener at resultatet er «helt trivielt og forutsigbart» fordi man må regne med «sterke placeboeffekter for akupunkturgruppen og sterke noceboeffekter for kontrollgruppen».

Gundersens hovedpoeng er at det er risiko for at enhver behandling som utprøves etter NAFKAMs forskningsmodell, vil fortone seg som virksom, og han spør: «(D)a er det vel neppe grunn til å gjennomføre undersøkelsen?»

Gundersen er også uenig i at behandlinger der det ikke finnes portvakter, trenger en egen forskningsmodell. Han mener at nettopp fordi denne offentlige reguleringen ikke finnes for alternative behandlinger, er det «desto viktigere at forskningen selv gir så klare svar som mulig for å kunne tjene som forbrukerveiledning».

Edzard Ernst er professor emeritus i komplementær medisin ved Universitetet i Exeter. Han har i over 20 år vært en internasjonalt ledende kritisk forsker på alternativ medisin<sup>38</sup>. I sitt innspill til denne evalueringen stiller han spørsmål ved en rekke av Fønnebø og medarbeideres premisser, spesielt at det har vært sterk vekt på randomiserte studier av alternativ behandling og at forskningen til nå har fulgt det ordinære farmakologiske paradigmet og vært utført av forskere fra ordinær vitenskapelig medisin. Tvert imot, mener Ernst, har forskningen vært utført av alternativbehandlere selv og det har vært altfor mange tverrsnittsstudier og andre observasjonelle studier, ikke randomiserte studier.

Videre peker Ernst, som Gundersen, på at gapet mellom de randomiserte studienes negative resultater og mange pasienters positive rapporter greit kan forklares med behandlingens uspesifikke effekter, herunder placebo.

Han er også kritisk til forutsetningen om at effekten av en alternativ behandling er større enn summen av enkeltelementenes effekter. Han foreslår at det bør undersøkes om forutsetningen er sann før man lager en helt ny forskningsmodell for alternativ medisin.

Ernst er følgelig lite overbevist av den foreslåtte vekten på pragmatiske, randomiserte studier av hele «behandlingspakka» framfor randomiserte studier av den spesifikke komponenten (akupunktørens nålestikk eller homøopatens tablett). Han peker på at man da risikerer bare å måle placeboeffekten: En tablett gitt av en medfølende lege eller homøopat etter en grundig konsultasjon vil virke bedre enn samme tablett kjøpt i kiosken uten kontakt med noen behandler.

Faren med forskningsmodellen er dermed at behandlinger kan framstå som effektive uten å være det bare fordi «innpakningen» er virksom. Det er konsultasjonen med den medfølende behandleren som gir bedringen, ikke tablettene eller nålestikket. Dette ville vi aldri godtatt i legemiddelindustriens utprøvinger av nye legemidler.

Ernst fyrer så av en bredside: «*It seems that the proposed strategy is largely generated by the desire of believers in CAM to demonstrate that their interventions are effective despite the fact that science shows the opposite. To put it bluntly, they seem to look for excuses why RCTs do not produce the results they had hoped for and have come up with a strategy which will make even ineffective treatments appear to be effective – a recipe for generating false positive results, in other words.*»

Ernst mener dermed at en egen forskningsstrategi for alternativ medisin er kontraproduktivt. Unødvendig. I stedet bør alternativ medisin undersøkes med alle metoder som er tilgjengelige, inkludert mange flere randomiserte, kontrollerte studier for å måle effekten.

Stig Bruset er lege som praktiserer også alternativ medisin og har siden tidlig på 1990-tallet arbeidet for mer og bedre forskning på området, blant annet som medlem av Forskningsrådets første styringsgruppe for forskning i alternativ medisin.

Han mener at NAFKAMs forskningsmodell slik den presenteres i artikkelen<sup>39</sup> er relevant og viktig, og at utarbeidelsen av denne er innenfor NAFKAMs mandat. Han mener det er viktig å fremme også viktige kvalitative aspekter ved forskningen. Videre peker Bruset på at NAFKAM blant annet som følge av denne artikkelen har en høy status i utenlandske miljøer for forskning på alternativ medisin.

<sup>38</sup> Se for eksempel: Ernst E, Pittler M, Wider B, Boddy K. The Oxford Handbook of Complementary Medicine. Oxford: Oxford University Press, 2008.

<sup>39</sup> Fønnebø V, et al. Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. BMC Med Res Methodol 2007; 7: 7.

Bruset peker på at NAFKAMs forskning har vært kritisert fra begge sider, både fra alternative behandlere som kritiserer NAFKAM for ikke i tilstrekkelig grad å forske på prinsippene til KAM og fra skeptikere som Kristian Gundersen og Edzard Ernst (se over).

Bruset peker på at debatten har likheter med debatten i den ordinære medisinen mellom på den ene siden tilhengere av kunnskapsbasert medisin, randomiserte studier og metaanalyser og på den andre siden tilhengere av pasientsentrert medisin, empowerment og salutogenese. Hos sistnevnte, sier Bruset, «blir pasientens preferanser og holdninger tillagt vekt» og pasientene gis rett «til å velge behandlingsmetoder og løsninger på sine helseproblemer ut fra en helhetsvurdering».

Andreas Bjørndal er homøopat og akupunktør og undervisningsrektor ved Norsk Akademi for Naturmedisin. Han peker på at NAFKAM legger til grunn at modellens utgangspunkt er en diskrepans mellom den helsegevinst som brukerne og alternativbehandlere registrerer og resultatene av effektforskningen med randomiserte kontrollerte studier. Skeptikere vil peke på placeboeffekter, sier Bjørndal, mens andre vil mene at slike studier ikke egner seg for å få fram virkningene av alternativ medisin. Han mener modellen er en god metode for å avgjøre dette spørsmålet.

Bjørndal mener at alternative behandlinger er så ulike den biomedisinske at det kreves andre metoder, lik dem man benytter i kvalitativ medisin og humaniora. Han mener alternativ behandling dreier seg om en «helhetlig virkende selvhelbredende evne» som kan stimuleres på flere ulike måter, ikke én enkelt «virkningsbærende komponent». En liknende tilnærming må man ha i for eksempel psykologisk forskning; heller ikke her ville modellen for legemiddelforskning duge. Bjørndal trekker altså parallellen til polariseringen mellom naturvitenskaper og humaniora og mener det trengs brobygging. Han ser på NAFKAMs modell som en slik brobygging.

Bjørndal peker også på at NAFKAM har vært med på utviklingen av såkalt *whole systems research* (at man undersøker effekten av en hel behandlingspakke, ikke bare en antatt virksom komponent). Han mener denne typen forskning kan få stor betydning for alternativ behandling fordi det åpner opp «for et bredere kunnskapsgrunnlag med forankring i klinisk praksis, der den terapeutiske virkelighet som ofte beskrives av brukere av alternativ medisin, vil kunne undersøkes på bedre premisser».

Gry Sagli, som var en del av evalueringsteamet, peker på at diskusjonen om hvordan forskning på alternativ medisin skal gjøres har vært sentral og intens. Er det standard-metodene fra medisinsk forskning som skal tas i bruk eller er disse ikke passende på dette feltet? Hun mener hovedbudskapet i artikkelen er fornuftig. I all forskning er det å «ta hensyn til (legge til grunn eller respektere) særtrekk ved de fenomen som undersøkes, samt de historiske, kulturelle, sosiopolitiske sammenhenger som disse fenomenene inngår i,» sier hun.

Hun mener imidlertid at modellen ikke bør presenteres med piler mellom fasene. Hun mener fasenes rekkefølge ikke bør være fastlåst: «Forskningsspørsmålene som stilles og kunnskapen som skapes i hver fase i modellen er av forskjellig karakter, [og] er ikke nødvendigvis basis for eller sammenlignbar med kunnskapen fra faser under eller over.» Etter hennes oppfatning vil derfor ny kunnskap fra en av fasene kunne «inspirere nye forskningsspørsmål og kaste nytt lys over allerede eksisterende kunnskap innen hver av fasene».

Hun peker på at modellen er innovativ sammenliknet med tidlige tiders forskning i alternativ medisin der forskerne ofte har hatt «begrenset kunnskap om alternativ medisinske praksiser som fenomen (ikke kjennskap til filosofisk grunnlag, bruksområder og prinsipper for bruk, motivasjon for å delta i en praksis, forskjellige utgaver av en praksis, historisk utvikling etc, etc).» Det har ikke vært problematisert at forskningen har vært basert på «skolemedisinske antagelser og i tråd med skolemedisinske standarder».

Atle Fretheim, som var en del av evalueringsteamet, peker på at medisinsk forskning i økende grad vektlegger pragmatiske randomiserte studier fordi man har sett at de eksplanatoriske studiene alene er lite appliserbare i den kliniske hverdagen. På dette området er NAFKAMs forskningsmodell i tråd med tiden. Han peker imidlertid på at begrepet «pragmatiske studier» må defineres. I NAFKAMs modell benyttes det i betydningen å undersøke hele behandlingspakken mens andre benytter det om studier der den eksterne validiteten optimaliseres ved blant annet at et bredt utvalg av pasienter inkluderes og de får samme oppfølging som de ville fått i vanlig praksis.

Ved studier av en hel behandlingspakke kan man ikke si hva det er som virker, om det for eksempel er samtalen med akupunktøren eller selve nålestikkene. Fretheim synes forskningsmodellens rekkefølge,

først pragmatiske studier og deretter eksplanatoriske studier av enkeltkomponenter, er fornuftig. Uansett må kvaliteten av hver enkelt studie vurderes for seg.

NAFKAM selv peker i sin selvevaluering på at modellen er internasjonalt anerkjent. Videre viser man til at sentrale elementer av modellen gjenfinnes i de anbefalinger som europeiske samarbeidspartnere gir til EU-kommisjonen om framtidig forskning på alternativ medisin<sup>40</sup>. Internasjonalt er også andre modeller og forskningstilnæringer under diskusjon på området alternativ behandling<sup>41</sup>.

### 5.3.2 Nøytralitet

Oppfatningen om NAFKAMs nøytralitet i forskningen (og på andre områder) spriker betydelig og følger i stor grad vante skillelinjer.

Alternative behandlere mener at forskningen i for liten grad skjer på behandlingsformenes egne premisser. De ønsker at NAFKAM skal anerkjenne at forskning på «deres» behandlingsformer krever egne metoder, basert på en forståelse for behandlingsformenes egenart. Videre er de misfornøyd med at senterets ansatte i hovedsak er helsepersonell og ikke praktiserende alternativbehandlere. Noen sier rett ut at de synes NAFKAM er «i lomma på skolemedisinen».

Skeptikere til alternativ behandling, ofte fra medisinske miljøer, mener at NAFKAMs forskning er for positiv til alternativ behandling, blant annet i valg av metoder for undersøkelse av effekt, i tolkningen av funnene om effekt og i beskrivelsen av funnene om utbredelse av bruk. Skeptikerne er mistenksomme til hele prosjektet NAFKAM og mener at folk som har gått inn i denne forskningen, per definisjon må være positive til alternativ behandling og interessert i å fremme bruken. For disse skeptikerne er det å forske på alternativ behandling, i seg selv en stillingtagen. Det er som om man skulle sidestille forskning på evolusjon med forskning på kreasjonisme eller sidestille forskning på astronomi med forskning på astrologi fordi man på en måte godtar de til dels naturlovstridige fundamentene i behandlingsformen.

<sup>40</sup> Cambrella. The Roadmap for European CAM Research. An Explanation of the CAMbrella Project and its Key Findings. Munich: Cambrella, 2012.

<sup>41</sup> Fischer HF, et al. Key issues in clinical and epidemiological research in complementary and alternative medicine – a systematic literature review. *Forsch Komplementmed* 2012; 19(suppl 2):51–60.

Andre peker på at nettopp det faktum at kritikken er sterk fra begge kanter, tyder på at NAFKAM kan ha funnet en rimelig grei balansegang.

NAFKAM selv mener også at senteret har lyktes i å bevare nøytraliteten på et sensitivt forskningsområde. Ledende forskere ved senteret rapporterer at nøytralitet hele tiden er et tema i de interne diskusjonene.

## 5.4 Vurdering - Forskningsstrategi, nøytralitet og andre forhold

### 5.4.1 Mål, forventninger og nøytralitet

NAFKAM har siden starten møtt motstridende forventninger. En første gruppe, alternativbehandlerne selv, har hatt forventninger om at NAFKAM raskt skulle skaffe vitenskapelige bevis for nytten av akkurat deres behandlingsform slik at den kunne bli anerkjent, behandlerne få offentlig godkjenning og pasientene få dekket behandlingen av Folketrygda.

En andre gruppe, skeptikerne, har hatt forventninger om at NAFKAM raskt skulle skaffe vitenskapelige bevis for at de alternative behandlingsformene ikke var nyttige slik at folk ville slutte å benytte dem.

En tredje gruppe, alle de andre og særlig helsepersonell, var distansert avventende.

Etter tolv år kan vi spissformulert konkludere at de to første gruppene er dypt skuffet over NAFKAM mens den siste gruppa ikke har merket noe til senteret.

Situasjonen vil antakelig vedvare. NAFKAM vil fortsette å skuffe både alternativbehandlerne og skeptikerne, for det er lite sannsynlig at noe alternativ behandling vil forsvinne som følge av senterets forskning eller at senterets forskning vil føre til endret regulatorisk status for noen behandlingsform. NAFKAM bør heller kommunisere bedre med omverdenen om målene for virksomheten og midlene.

Også i spørsmålet om nøytralitet vil de samme oppfatningene trolig bestå. Alternativbehandlerne vil hevde at NAFKAM er tapt til skolemedisinen mens skeptikerne mener at forskning på for eksempel homøopati i seg selv er et brudd på nøytraliteten. NAFKAM må fortsette å navigere så godt man kan. Muligens bør man tydeligere invitere kritikere fra begge sider til åpne diskusjoner om nøytraliteten.

## 5.4.2 NAFKAMs forskningsmodell

NAFKAMs forskningsmodell<sup>42</sup> er så sentral at den bør vurderes kritisk.

Det er en svakhet at man ikke problematiserer forutsetningen om at folk ikke er blitt villedet, altså at en behandlingsform popularitet skyldes at den faktisk har positive virkninger. Alternative forklaringer bør vurderes, også gjennom forskning. Kanskje er det så enkelt at stor oppmerksomhet om eller markedsføring av en behandlingsform fører til at mange prøver den. De blir da telt som brukere i NAFKAMs forbruksmålinger selv om de kanskje gir opp behandlingen etter få sesjoner fordi den ikke ga dem noe positivt.

Det er også en svakhet at den eksepsjonalismen som NAFKAM på vegne av alternativbehandlingene krever for forskningen, ikke er veldig godt begrunnet. Kritikere vil da lett kunne mistenke de alternative behandlingsformene for å ville unndra seg de strenge kravene til dokumentasjon som medisinen opererer med. Artikkelen om modellen peker på tre særtrekk som skal begrunne behovet for en egen modell, nemlig at de alternative behandlingsformene allerede er i utstrakt bruk, at det ikke finnes noen portvoktere i form av regulatoriske tiltak (godkjenningsordninger, forbud eller liknende) som begrenser bruken, og at behandlingene er komplekse og individualiserte.

Kontrasten til NAFKAMs modell sies å være modellen for nye legemidler der kandidater må gå gjennom prekliniske studier for å bestemme virkningsmekanismen før de gjennomgår tre faser kliniske studier for å bestemme sikkerhet, dosering og effekt. Dette er imidlertid ikke den eneste mulige kontrasten, for også i medisinen har man områder der det ikke finnes noen regulatoriske skranker utover forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Det gjelder for eksempel kirurgiske behandlingsmåter, psykologiske behandlingsmåter, fysioterapeutiske behandlingsmåter, mange diagnostiske prosedyrer og screeningprogrammer. (Vi merker oss at NAFKAM selv i artikkelen mener at deres modell kan egne seg for slike områder.)

I Norge er det i år innført et nytt nasjonalt system for innføring av nye metoder<sup>43</sup>. Sentralt i systemet er å etablere metodevurdering som praksis før innføring

av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette skal gi pasienter og helsepersonell trygghet for at metodene som brukes er dokumentert virkningsfulle og sikre. En metodevurdering er en kunnskapsoppsummering basert på en systematisk oppsummering av forskning om effekt og sikkerhet (en systematisk oversikt), samt vurdering av konsekvenser, som oftest helseøkonomiske. En fullstendig metodevurdering kalles internasjonalt for en *health technology assessment*.

NAFKAM bør vurdere om ikke også alternative behandlingsformer kan gjennomgå slike metodevurderinger. Dette kunne faktisk være en forskningsoppgave for NAFKAM. Resultatene av slike vurderinger vil nok ikke bli oppfattet som bindende av bransjen, men resultatene kan veilede publikum.

Også rekkefølgen av fase 3 og 4 i modellen kan problematiseres. Det virker fornuftig først å studere effekten av den antatt aktive komponenten, altså selve kjernen i behandlingen, under ideelle betingelser i en eksplanatorisk randomisert studie. Siden den biologiske mekanismen for mange av de aktuelle behandlingsformene er ukjent, ja kanskje til og med antatt naturlovstridig, er det desto viktigere å få slått fast om det i det hele tatt finnes noen effekt. For er det ikke noen spesifikk effekt, vil en eventuell senere studie av hele behandlingspakken bare vise de uspesifikke effektene, antakelig i hovedsak placeboeffekten, og disse vet man jo allerede at finnes til en viss grad.

Dersom det påvises en spesifikk effekt, kan man gå videre i en neste fase måle hvor god virkning man kan regne at behandlingsformen får på vanlige pasienter i den kliniske hverdagen, presentert som en samlet behandlingspakke.

Et eksempel på kommunikasjonsutfordringen i rekkefølgen mellom fase 3 og 4 finner vi i NAFKAMs ACUFLASH-studie av akupunktur mot hetetokter. Dette var en studie i NAFKAMs fase 3 der man studerte hele behandlingspakken, ikke bare nålestikkingen. Man forsøkte ikke å skille virkningene av akupunkturbehandlingen som kan skyldes pasientforventninger og forholdet mellom behandler og pasient, fra virkningen av nålestikkene.

Skeptikerne vil da peke på at studiens positive resultat skyldtes de uspesifikke effektene (placebo med flere). Akupunktører vil ta studien til inntekt for at akupunktur har en spesifikk effekt mot hetetokter. Forfatterne på sin side er tydelige på at de ikke kan

<sup>42</sup> Fønnebo V, et al. Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol* 2007; 7: 7.

<sup>43</sup> Helsedirektoratet. Systembeskrivelse. Nasjonalt system for innføring av nye metoder spesialisthelsetjenesten – for bedre og tryggere pasientbehandling. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.

trekke noen sikker slutning om virkningene av akupunktur som sådan fra denne studien.

Modellens vekt på pragmatiske randomiserte studier er ellers grei. Disse egner seg godt for å studere alternative behandlinger med individualiserte komponenter, som akupunktur med individuelle valg av punktene for nålestikk eller homøopati med individuelle valg av homøopatisk middel. Faren er at pragmatismen går på bekostning av intern validitet, særlig om blindingen av pasienten oppgis. Det behøver ikke skje. Man kan godt se for seg en pragmatisk studie av for eksempel homøopati der blindingen av pasienten og behandleren opprettholdes. Homøopaten kunne skreddersy behandling for pasientene i både intervensjons- og kontrollgruppa og følge dem opp slik behandleren ville gjort det i en vanlig klinisk situasjon. Den eneste forskjellen ville være at kontrollgruppepasientene på apoteket fikk utlevert placebotabletter i stedet for de homøopatiske midler homøopaten hadde valgt ut for dem. Poenget er at også utprøving av et behandlingssystem med individualiserte komponenter må skje uten skjevheter.

### 5.4.3 NAFKAMs forskningsstrategi

Det er positivt at NAFKAM etter å ha rundet de første ti år utformet en femårig forskningsstrategi som del av senterets øvrige strategi. Strategien er ambisiøs for et senter med ti forskerårsverk. Det kan synes nødvendig med en større konsentrering av forskningen, og da er det nødvendig å gå kritisk gjennom mer perifere oppgaver.

For det første tenker man å fortsette å engasjere seg sterkt i de internasjonale diskusjonene om regulering av alternativ behandling. Tidligere har man også, som publikasjonslista vitner om, vært engasjert i de internasjonale forskningsstrategiske diskusjonene i fagområdet. Dette er vel og bra, men ulempen er at det blir mindre ressurser til kjerneforskningen.

For det andre ønsker man å fortsette driften av Registeret for eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF). Her samles historiene til pasienter som selv setter sitt uvanlige sykdomsforløp i sammenheng med alternativ behandling, og som får høre om RESF og ønsker å melde seg. Registeret beskriver ting som skjer der ute i den virkelige verden. RESF har støtte fra alternativbehandlerne, som nok ser at det kan gi en mer legitimerende og «vitenskapelig» gjengivelse av alle de erfaringene med gode helbredelser som de selv opplever hos sine pasienter. Men registerets funn kan aldri gi noen utsagnskraft i spørsmålet om effekt

av behandling; det forblir en samling av enkelthistorier. Selv om registeret kan gi data for noen publikasjoner, blir den vitenskapelige verdien begrenset. Verken den populære eller den vitenskapelige litteraturen om alternativ behandling mangler kasusrapporter og kassuserier.

For det tredje planlegger senteret å etablere et klinisk kvalitetsregister for pasienter hos alternativbehandlerne. Her bør senteret gjøre en skikkelig utredning av forventet nytte før man går inn på et såpass ressurskrevende prosjekt.

For det fjerde har studier av befolkningens forbruk av alternativ behandling tatt mye ressurser ved NAFKAM. Det er positivt at strategien legger opp til at slike nasjonale forbruksstudier bare skal gjøres hvert femte år.

På den annen side ser det ut til at systematiske oversikter over effektstudier av alternativ behandling, som har hatt stor plass, nå skal få mindre plass ved NAFKAM. De er ikke nevnt i strategien framover. Det synes rart, i og med at slike studier både kan veilede publikum og kan avsløre eventuelle hull i kunnskapsstatus om en behandlingsform, jf. omtalen over av metodevurderinger. Oversiktene kan dermed styre hvor NAFKAM kan prioritere å gjøre egne randomiserte studier.

Et hovedproblem med å videreføre Registeret for eksepsjonelle sykdomsforløp samt å starte et klinisk kvalitetsregister er at dette er permanente systemer som vil binde opp ressurser i lang tid. Registerdrift er faglig, økonomisk, teknisk og juridisk krevende.

### 5.4.4 Samarbeid, rekruttering og forskerutdanning

Hittil har NAFKAM særlig samarbeidet med sine utenlandske søsterinstitutter. For å bli bedre kjent i, og mer relevant for norske kliniske miljøer bør NAFKAM søke mer samarbeid med norske sykehus og kommunehelsetjeneste. I forlengelsen av dette er det også strategisk viktig for senteret å rekruttere en etablert norsk lege med vitenskapelig bakgrunn til å styrke kontakten med kliniske miljøer.

På metodesiden bør man søke mer samarbeid med Kunnskapssenteret for helsetjenesten, særlig hvis systematiske oversikter blir en større del av forskningen.

Flere PhD-kandidater vil kunne vitalisere forskningsmiljøet ytterligere og øke produksjonen. De



etablerte seniorforskerne bør ha kapasitet til å veilede minst et par kandidater hver.

## 5.5 Funn - forskningens metodiske kvalitet

### 5.5.1 Bibliometri

Fra og med 2008 til og med 2012 ble det totalt publisert 64 artikler der én eller flere av forfatterne har ført opp NAFKAM som institusjonstilhørighet<sup>44</sup>. Fordelingen på nivå og publikasjonsår fremgår av tabellen under.

**Tabell 3 Antall publiserte artikler der én eller flere forfattere var NAFKAM-ansatte, 2008-2012**

Nivå	Antall publikasjoner per år					
	2008	2009	2010	2011	2012	Totalsum
1	3	11	8	19	19	60
2		1	1	1	1	4
Totalsum	3	12	9	20	20	64

Kilde: Oxford Research basert på oversikt fra NAFKAM

Det har vært en betydelig økning i publiseringsomfanget fra 2008 til 2012. Antallet steg nokså umiddelbart fra 2008 til 2008, mens det i 2010 var en svak nedgang, før det i 2011 og 2012 ble utgitt 20 artikler hvert år.

Publikasjonene ved NAFKAM er i stor grad rettet mot tidsskrifter innenfor fagområdet komplementær og alternativ medisin. Som tabellen under viser, er det noen tidsskrifter som skiller seg ut som spesielt populære blant de NAFKAM-ansatte.

«Forschende Komplementärmedizin» er det tidsskriftet det hyppigst blir publisert i, med 11 artikler på de fem undersøkte årene. På andre- og tredjeplass følger «Journal of Alternative and Complementary Medicine» og «BMC Complementary and Alternative Medicine». Alle tidsskriftene på «topp 5» er KAM-tidsskrifter og over halvparten av publikasjonene disse årene hører til blant disse tidsskriftene.

<sup>44</sup> Vi operer her med en strengere definisjon av institusjonstilhørighet enn hva NAFKAM selv gjør. Vi har her ikke tatt med artikler skrevet av ansatte ved NAFKAM med mindre NAFKAM spesifikt har vært nevnt som (én av flere) institusjonstilhørighet(er). Dette gjør at spesielt antallet artikler skrevet av personer med bi-stilling ved NAFKAM er redusert. Dette er praktisert likt for sammenligningscentrene også. I tillegg har vi fjernet artikler som ikke det er mulig å gjenfinne fra listen.

**Tabell 4 Tidsskriftene der NAFKAMs rapporter er publisert, 2008-2012**

Tidsskrift	Antall
Forschende Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine	11
Journal of Alternative and Complementary Medicine	9
BMC Complementary and Alternative Medicine	7
Acupuncture in Medicine	5
Evidence-based Complementary and Alternative Medicine	4
European Journal of Integrative Medicine	3
Journal of Alternative and Complementary Medicine	3
Menopause	3
Chinese Medicine	2
Cochrane Database of Systematic Review	2
Australian Journal of Acupuncture & Chinese Medicine	1
Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical	1
European Journal of Nutrition	1
Explore: The Journal of Science and Healing	1
International Journal of Integrated Care	1
International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	1
J Med Food	1
Journal of Ethnopharmacology	1
Maturitas	1
Osteoporosis International	1
PLoS ONE	1
Qual Health Res	1
Scandinavian Journal of Psychology	1
Schmerz	1
Sykepleien Forskning	1
The Cochrane library	1

Kilde: Oxford Research basert på oversikt fra NAFKAM

Et mønster der noen få tidsskrifter står for størstedelen av publikasjonene ved et senter eller forskningsinstitusjonen, er et velkjent mønster. Det finnes likevel en del eksempler på at NAFKAM når ut til et bredere publikum. Blant de ti tidsskriftene NAFKAM-forskere publiserer mest i, er også «Menopause» og «Cochrane Database of Systematic reviews». Spesielt sistnevnt tidsskrift, er generalist-tidsskrift som dekker samtlige medisinske fagfelt, og som er en del av «the Cochrane Library».

Et interessant moment er at de ulike forskerne ser ut til å publisere i ulike tidsskrifter, også de mer generelle KAM-tidsskriftene. Ved nyansettelser har dermed publiseringsmønstrene ved senteret endret seg betraktelig, ettersom eksempelvis en forsker publiserer mange artikler i «Forschende Komplementärmedizin» vokser denne tidsskriftens andel av



publikasjonene. En annen ansatt publiserer eksempelvis mer i Cochrane Database og Systematic Reviews.

Til tross for at det store flertallet av publikasjonene er innenfor KAM-området, viser dette likevel at senteret i noen grad retter seg mot et bredere publikum og bedriver forskning som kan henvende seg mot et bredere fagfelt. Cochrane-databasen er for eksempel vidt tilgjengelig og mye benyttet innen alle fagområder av medisinen. NAFKAM-bidragene er naturlig nok innenfor alternativ behandlingsfeltet. At en stor del av publikasjonene er på dette feltet, indikerer at det i stor grad er i debattene knyttet til dette feltet at NAFKAMs forskning er posisjonert og at de i mindre grad retter seg mot generelle medisinske tidsskrifter.

### En indikasjon på kvalitet

Det er svært vanskelig å måle kvalitet på forskning. Én tilnærming til dette området er gjennom indirekte mål, undersøke kvaliteten eller gjennomslagskraften på de kanalene forskningen publiserer i. Denne tilnærmingen bygger slik på et premiss om at forskningen blir publisert og dermed tilgjengelig for andre forskere og en større offentlighet. Det finnes også en rekke ulike tilnærminger til det å måle kvalitet på publikasjoner. I NSDs Database for statistikk om høgre utdanning (DBH) er norske publikasjoner delt inn i to nivåer. På bakgrunn av dette tildeles artiklene publikasjonspoeng som også benyttes i finansieringen av universiteter og høyskoler. Nivåinndelingen i dette systemet gir ingen perfekt måling av kvalitet, men er tenkt til å skulle skille mellom de mest prestisjetunge tidsskriftene og de øvrige tidsskriftene. 20 % av publikasjonene innenfor et gitt fagfelt skal ligge på nivå 2, som regnes som det mest prestisjefulle nivået, mens de resterende skal være på nivå 1.

Dette gir en indirekte indikasjon på kvalitet, ettersom det faktum at 20 % av forskningen skal fungere som et benchmark i denne sammenheng.

Tabellen under viser hvordan publikasjonene fra NAFKAM-forfatterne fordeler seg på nivåer, samt hvor mange publikasjonspoeng<sup>45</sup> dette gir NAFKAM når det er tatt hensyn til forfatterandeler<sup>46</sup>.

<sup>45</sup> En artikkel i en journal på nivå 1 gir i denne sammenheng 1 publikasjonspoeng, mens en artikkel på nivå 2 gir 3 publikasjonspoeng. For antologibidrag er det tilsvarende 0,7 poeng for bidrag i bøker på nivå 1-forlag og 1 poeng for bidrag til bøker som er utkommet på nivå 2-forlag.

<sup>46</sup> Forfatterandelene er beregnet ut i fra hvor mange av artiklenes forfattere som har nevnt NAFKAM som sin institusjon i artiklene. Dersom en artikkel har 5 forfattere og en av dem er affilert med NAFKAM, vil NAFKAM tilskrives 1/5 av publikasjonspo-

eng. Dersom den ansatte ved NAFKAM har oppgitt flere institusjoner, vil denne forfatterandelen igjen deles på antallet. Så dersom forfatteren i eksempelet over har to institusjonstilhørigheter, vil kun 1/10 av poengene tilskrives NAFKAM.

Ettersom «BMC Complementary and Alternative Medicine» er vedtatt flyttet til nivå 2, vil dette bildet bedre seg fremover, ettersom dette er en hyppig brukt publikasjonskanal. Tabellen viser likevel at det her er et klart rom for forbedring.

**Tabell 5: Oversikt over antall publikasjoner fra NAFKAM på nivå 1 og 2**

Nivå	Antall artikler	Publikasjonspoeng, korrigert for forfatterandeler
1	60	20,7
2	4	4,96
<b>Totalsum</b>	<b>64</b>	<b>25,6</b>

Kilde: Oxford Research basert på oversikt fra NAFKAM

Til tross for at NAFKAM-forskere har bidratt på et relativt stort antall artikler i den undersøkte perioden, har senteret kun mottatt 25,6 publikasjonspoeng, basert på våre data. Dette skyldes i hovedsak to forhold. For det første gjør det relativt lave antallet artikler på nivå 2 gjør at senteret samler få «3-poengere». Videre er det slik at NAFKAM-forfattere skriver artikler sammen med svært mange forfattere, noe som gjør at NAFKAM selv sitter igjen med få poeng. Det gjennomsnittlige antallet forfattere per artikkel i dette data-materialet er på i underkant av 5,5. I tillegg kommer det faktum at enkelte NAFKAM-ansatte er professor II ved senteret og følgelig i stor grad deler poengene med andre institusjoner.

### I hvor stor grad fungerer NAFKAM-forskerne som faggruppe?

I tillegg til å vurdere omfanget og hvor NAFKAM-forskere publiserer, har vi også undersøkt i hvilken grad de ansatte ved NAFKAM publiserer sammen med andre NAFKAM-forskere.

Vi har gjort dette ved å skille mellom artikler som har én NAFKAM-forfatter (men artikkelen kan ha flere andre forfattere) og de som har flere NAFKAM-

engene. Dersom den ansatte ved NAFKAM har oppgitt flere institusjoner, vil denne forfatterandelen igjen deles på antallet. Så dersom forfatteren i eksempelet over har to institusjonstilhørigheter, vil kun 1/10 av poengene tilskrives NAFKAM.

<sup>47</sup> Tallene er hentet fra DBHs nettsider: <http://dbh.nsd.uib.no/pub/>

forfattere (både med og uten andre medforfattere fra andre institusjoner).

Tabellen under viser at av de 65 registrerte artiklene for årene 2008-2012, er 22 av disse forfattet av to eller flere NAFKAM-forskere. Det gir en andel på 34 prosent for interne sampubliseringer. Fra 2010 har denne andelen sunket, fra 56 % i 2010 til 25 % i 2012. Dette henger sammen med at den totale produksjonen ved senteret har steget i den samme perioden, men antallet artikler steg noe i 2011 og er i 2012 det samme som i 2010.

**Tabell 6: Sampubliseringer for NAFKAMs 65 registrerte artikler fra 2008 til 2012**

	Tot ant publiseringer	Med sampublisering	Andel sampub
2008	3	1	33 %
2009	12	4	33 %
2010	9	5	56 %
2011	20	7	35 %
2012	20	5	25 %
Total	64	22	34 %

Kilde: Oxford Research basert på oversikt fra NAFKAM

Gjennomgangen av publikasjonene viser at det er noe ulike publikasjonsmønstre hos de ansatte ved NAFKAM. Enkelte publiserer som hovedregel med forskergrupper ved andre institusjoner, gjerne samme forskergruppe, og unntaksvis sammen med andre NAFKAM-forskere. En kjerne av ansatte ved NAFKAM ser likevel ut til å i stor grad publisere sammen med hverandre, men også sammen med andre forskere fra andre institusjoner. De som i liten grad publiserer med andre NAFKAM-ansatte er enten relativt nyansatte ved NAFKAM, eller har en mindre stilling ved senteret. Det kan derfor være grunn til å forvente at det vil komme en endring i dette mønsteret.

Dette er heller ikke nødvendigvis et problem for NAFKAM, men viser at forskerne ved senteret i stor grad er rettet mot internasjonale miljøer og forskergrupper. En potensiell negativ effekt av dette kan være at NAFKAM ikke fungerer som én faggruppe, men at det er lite samarbeid, noe som kan gjøre senterets kompetanse svært sårbart for utskiftninger i personell med mindre det er andre mekanismer som sikrer kompetansespredning også internt i senteret.

Av de 65 artiklene som er publisert i den undersøkte perioden, er det imidlertid seks artikler som uteluk-

kende er publisert av NAFKAM-ansatte. Dette viser også at det foregår noe samarbeid internt i miljøet.

### 5.5.2 Bibliometrisk sammenlikning av NAFKAM med NSSF og Nklm

For å undersøke omfanget av nivået på publikasjonene i fra NAFKAM har vi sammenlignet dette med to andre kompetansesentre på helsefeltet. Disse to er Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin og Nasjonalt senter for selvmordsforskning.

#### Forskningsomfanget ved de to sentrene

Forskningen ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin resulterte i 2011 og 2012 i 21 publikasjoner. Av dette var 4 artikler som ble publisert i nivå 2-tidsskrifter. Til sammen ga dette 11,785 publikasjonspoeng.

**Tabell 7: Forskningen ved Nasjonalt forskingssenter for legevaksmedisin for årene 2011 og 2012**

	Antall av år	Summer av Poeng korrigert for andeler
1	17	7,285
2	4	4,5
Totalsum	21	11,785

Kilde: Oxford Research basert på oversikt fra NKLM

Tidsskrift for den norske legeforening er den hyppigst brukte publiseringskanalen for forskerne ved dette senteret, med 5 publikasjoner i de to årene. Publiseringskanalene som bruker er ellers spredt på ulike fagområder.

**Tabell 8 Tidsskrifter der Nasjonalt forskningscenter for legevaksmedisins rapporter er publisert, 2011 og 2012**

Tidsskrift	Antall
Tidsskr Nor Legeforen	5
BMC Health Services Research	2
Nordic Journal of Psychiatry	2
Scandinavian Journal of Primary Health Care	2
Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica	1
BMC Emergency Medicine	1
BMC Family Practice	1
BMC Public Health	1
BMJ Open	1
BMJ Quality and safety	1
International Journal of Mental Health Systems	1
Journal of Advanced Nursing	1
Journal of International Neuropsychological Society	1
Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine	1

Kilde: Oxford Research basert på oversikt fra NKLM

## NSSF

Forskningen ved NSSF resulterte i 2011 og 2012 i 19 publikasjoner. Av dette var 3 artikler som ble publisert i nivå 2-tidsskrifter. Til sammen ga dette 9,66 publikasjonspoeng.

**Tabell 9: Forsknings ved NSF årene 2011 og 2012**

Nivå	Forfatterandeler, poeng	Antall
1	7	16
2	2,66	3
<b>Totalsum</b>	<b>9,66</b>	<b>19</b>

Kilde: Oxford Research basert på oversikt fra NSSF

For NSSF er det et forlag, Nova Science Publishers, som er den hyppigste kanalen for publiseringer. Dette henger naturlig nok sammen med at flere av forskerne ved senteret har publisert sin forskning som kapitler i antologier. Foruten dette forlaget, er det også to andre forlag som er representert med en utgivelse hver. Det er to av artiklene som er utkommet i et tidsskrift som er spesifikt rettet mot selvmordsforskning, ellers er det i hovedsak tidsskrifter på psykiatri/mental helse-feltet som er representert, med enkelte unntak.

**Tabell 10: Tidsskriftene der NSSFs rapporter er publisert, 2011 og 2012**

Kanal	Antall
Nova Science Publishers	5
Archives of suicide reserach	2
Journal of Clinical Psychiatry	2
BMC Research Notes	1
Comprehensive Psychiatry	1
Evidence-based Mental Health	1
Gyldendal Akademisk	1
Journal of Interpersonal Violence	1
Journal of Psychosomatic Research	1
Sage, India	1
The Journal of nervous and mental disease	1
Violence against women	1
Wiley-Blackwell	1

Kilde: Oxford Research basert på oversikt fra NSSF

## Sammenligning

Formålet med gjennomgangen av forskningen ved de øvrige sentrene er å undersøke hvordan omfanget av forskningen ved NAFKAM er, sammenlignet med omfanget av forskningen ved de andre forskningssentrene.

Vi har brukt tall på årsverk fra årsrapportene i 2012 for de øvrige sentrene og antall årsverk for NAFKAM er 10, som er det antallet vitenskapelige årsverk ved NAFKAM per høsten 2013.

Vi har her sammenlignet tall for hele perioden, vi har altså ikke brutt ned publikasjoner per år for 2011 og 2012. Vi har ellers kun inkludert bidrag som er utkommet i 2011 og 2012 på papir, artikler som utkom i 2012 elektronisk, men som først utkom i papirformat i 2013 er dermed ikke inkludert, med mindre bidraget utelukkende kommer i elektronisk form. Dette gjør at NSSF får noen færre artikler enn de ville hatt dersom vi også hadde inkludert elektronisk publisering, for de to andre sentrene har dette liten betydning.

**Tabell 11: Sammenligning av forskning for årene 2011 og 2012 for NAFKAM, NSSF og NKLM.**

	Årsverk	Budsjett 2012, i mill	Publisering per år-sverk	Poeng per årsverk	Poeng	Antall publikasjoner	Antall nivå 2	Andel nivå 2
NSSF	12,5		1,52	0,77	9,66	19	3	15,8 %
NKLM	9,3	9	2,26	2,33	11,79	21	4	19,0 %
NAFKAM	10		4	1,30	13,00	40	2	5,0 %

Kilde: Oxford Research AS

Som det fremgår av tabellen over, er det betydelig variasjon i omfanget av artikler og publikasjoner ved de tre sentrene. Det er NAFKAM-forskere som har utgitt klart flest artikler i perioden, samtidig som de ikke har flest vitenskapelige årsverk. Dette gir klart flest publikasjoner per årsverk for NAFKAM, med 4 mot 2,26 og 1,52 ved henholdsvis NSLM og NSSF.

Når det gjelder publiseringspoeng er bildet noe mer nyansert. NAFKAM har fremdeles flest poeng, men det er mye tettere mellom de tre sentrene ellers. Når det tas hensyn til antall vitenskapelige årsverk ved sentrene, endrer dette seg og det er NKLM som får flest poeng (korrigert for forfatterandeler) per årsverk. NAFKAM ligger dermed i midten av de tre sentrene på denne indikatoren.

Det er på nivå-inndelingen at NAFKAM kommer dårligst ut. I perioden har NAFKAM-forskerne kun to artikler på nivå 2. Dette er minst i absolutte tall, selv om forskjellene da er små, men når dette tallet sees som andel av den totale publiseringen, blir det tydelig at NAFKAM er det senteret som i minst grad lykkes med å publisere på dette nivået, med kun 5 pro-

sent nivå 2-publikasjoner mot 19 prosent ved NKLM og 15,8 prosent ved NSSF.

### 5.5.3 Uttelling på forskningssøknader

Vi fikk data om forskningssøknader og resultatet av behandlingen av dem fra NAFKAM for perioden 2004-2012, for Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) for 2004-2012 og for Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin for 2008-2012. NAFKAM opplyser at for noen prosjekter er det søkt finansiering fra flere kilder, men da er bare en av dem tatt med i materialet. Summer i utenlandsk valuta er omgjort til norske kroner. For flerårige prosjekter, er hele summen lagt på første år.

**Tabell 12: Antall forskningssøknader innsendt og antall innvilgede søknader fra NAFKAM 2004-2012, NSSF 2004-2012 og Nklm 2008-12.**

År	NAFKAM		Nklm		NSSF	
	Totalt	Innvilget	Total	Innvilget	Total	Innvilget
2004	4	2			1	1
2005	3	2			6	6
2006	3	2			1	1
2007	5	4			5	5
2008	4	0	1	1	0	0
2009	3	3	0	0	1	1
2010	3	2	4	4	0	0
2011	7	1	3	1	1	1
2012	13	2	3	3	3	3
Sum	45	18	11	9	18	18

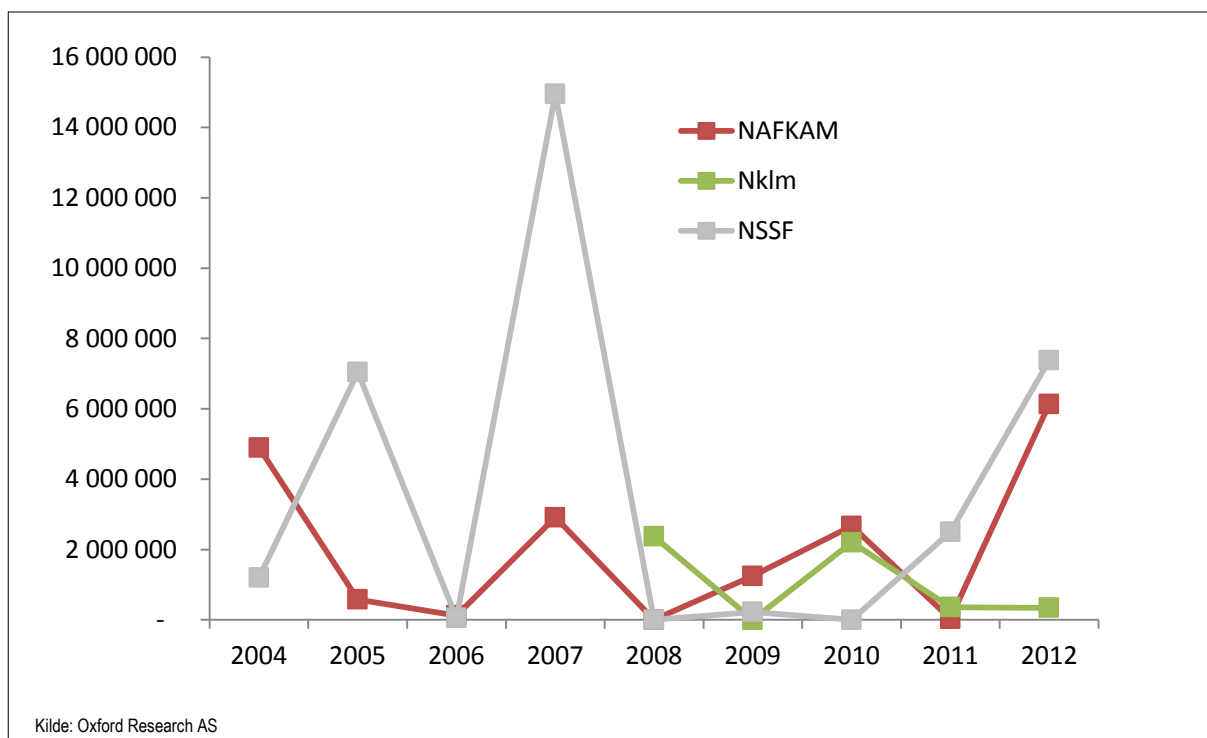
Kilde: Oxford Research AS

Vi ser at NAFKAM har hatt 40 % uttelling på sine 45 søknader i perioden 2004-2012. Til sammenlikning hadde NSSF 100 % uttelling på sine 18 søknader i perioden 2004-2012 mens Nklm hadde 82 % uttelling på sine 11 søknader i perioden 2008-2012.

Det er viss forskjell på hvilke kilder de tre sentrene søker forskningsmidler fra. NAFKAM har i motsetning til de andre i stor grad søkt midler fra sterkt kompetitive kilder, som Norges Forskningsråd, EUs rammeprogram, National Institutes of Health, Kreft-

foreningen og de såkalte EØS-midlene. Dette kan være en forklaring på at bare 3 av 20 søknader (15 %) ble innvilget i 2011 og 2012. NSSF har nesten utelukkende søkt midler fra Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene mens Nklm i stor grad har søkt fra Legeforeningen.

**Figur 3: Summer bevilget til NAFKAM 2004-2012, NSSF 2004-2012 og Nklm 2008-12 etter forskningssøknader.**



NAFKAM fikk bevilget samlet 18,5 millioner kroner på sine 45 søknader i perioden 2004-2012. Til sammenlikning fikk NSSF 33,3 millioner kroner på sine 18 søknader i perioden 2004-2012 mens Nklm fikk 5,3 millioner kroner på sine 11 søknader i perioden 2008-2012.

For årene 2008-2012 der alle sentrene har levert data, fikk NAFKAM og NSSF begge innvilget søknader for 10,1 millioner kroner mens Nklm fikk 5,3 millioner kroner. NAFKAMs største bevilgning, på 6 000 000, kom fra Forskningsrådet i 2011. Uten denne hadde senteret fått innvilget under 200 000 for 2011-2012.

NAFKAM har en nokså vid spredning i innvilgede beløp, fra 25 000 kroner til 6 000 000 kroner med fem prosjekter siden 2004 på 1 000 000 kroner eller mer. Tilsvarende spredning har Nklm mens NSSF i hovedsak har prosjekter på 1 000 000 eller mer (12 av 18).

#### 5.5.4 Sammenheng mellom forskningstema og design

Det gjensto 137 vitenskapelige artikler på NAFKAMs publikasjonsliste 2000-2012 etter at vi hadde luket ut enkelte dubletter og ni artikler der NAFKAM-ansatte publiserte om andre fagområder i kraft av sine bistillinger andre steder. Vi beholdt enkelte

artikler der forskerens bistilling ved NAFKAM ikke framkom i artikkelens forfatterliste.

I over halvparten av artiklene var effekt av behandlingen forskningsspørsmålet i studien som ble rapportert. Tjueto av disse artiklene rapporterte eksperimentelle studier mens 43 var litteraturoversikter om i hovedsak eksperimentelle studier. Tolv artikler hadde andre design, som regnes som mindre egnede for å studere effekt av behandling. Det var en trend mot flere eksperimentelle studier de siste årene, med 13 av de 22 fra de siste tre årene.

Tjueto av artiklene gjaldt utbredelse av bruk av alternativ behandling. Dette var i hovedsak tverrsnittstudier, men også enkelte litteraturoversikter og kvalitative studier.

Åtte studier gjaldt pasienterfaringer og –opplevelser. Disse var seks kvalitative studier og to kasusrapporter.

Ellers var det få artikler om utbredelse av sykdom, årsak til sykdom og diagnostikk og sykdom.

**Tabell 13: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og viktigste forskningsspørsmål i studiene som rapporteres.**

Spm	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Sum
Utbredelse												1		1
Årsak						1								1
Diagnostikk										2	1		1	4
Effekt		1			2	5	7	5	7	8	6	26	10	77
Erfaring						1				1	1		5	8
Bruk	1		1	2	1	4	1		1	3	2	1	5	22
Annet				2	1	2	2	7	1	4		3	2	24
Sum	1	1	1	4	4	13	10	12	9	18	10	31	23	137

Kilde: Oxford Research AS

### 5.5.5 Vurdering av enkeltartikler

Nedenfor presenteres vår vurdering av de 19 utvalgte vitenskapelige artiklene. Vi finner at artiklene har gjennomgående god kvalitet; De fleste skårer 3 eller 4 på vår fempunktsskala der 5 er best. Innvendinger som går igjen mot flere av studiene er utilstrekkelig oppmerksomhet om (muligheten for) skjevheter i gjennomføringen, manglende utnytting av datamaterialet og litt for vidtgående tolkninger av funnene.

#### Eksperimentelle studier

(De fire første artiklene handler om samme studie og er vurdert samlet.)

*Borud EK, Alraek T, White A, Fønnebø V, Grimsgaard S. The effect of TCM acupuncture on hot flushes among menopausal women (ACUFLASH) Study: A study protocol of an ongoing multi-centre randomised controlled clinical trial. BMC Complement Altern Med 2007; 7: 6.*

*Borud EK, Alraek T, White A, Fønnebø V, Eggen AE, Hammar M, Astrand LL, Theodorsson E, Grimsgaard S. The Acupuncture on Hot Flushes Among Menopausal Women (ACUFLASH) study, a randomized controlled trial. Menopause 2009; 16: 484-93.*

*Borud EK, Alraek T, White A, Grimsgaard S. The acupuncture treatment for postmenopausal hot flushes (ACUFLASH) study: Traditional Chinese medicine diagnoses and acupuncture points used, and their relation to the treatment response. Acupunct Med 2009; 27: 101-8.*

*Borud EK, Alraek T, White A, Grimsgaard S. The Acupuncture on hot flushes Among Menopausal Women study: observational follow-up results at 6 and 12 months. Menopause 2010; 17: 262-8.*

#### Karakter: 4,5

Kvalitet: ACUFLASH-framstår som et meget grundig planlagt og vel gjennomført forsøk. Det aller mest er gjort helt «etter boka», og det er lite å plukke på. I tråd med «filosofien» ved NAFKAM er dette en «pragmatisk» randomisert, kontrollert undersøkelse der en ikke har forsøkt å skille virkningene av akupunkturbehandlingen som kan skyldes pasientforventninger og forholdet mellom behandler og pasient, fra selve nålestikkinga. Forfatterne er helt tydelige på at de dermed heller ikke kan trekke noen sikker slutning om virkningene av akupunktur som sådan.



Relevans: Resultatene gir god grunn til å gå videre med flere studier for å undersøke virkningene av akupunktur, fortrinnsvis i form av «explanatory trials» - slik forskerne selv foreslår – der en kan skille ut den spesifikke delen av effekten som skyldes akupunkturstikkene.

*Musial F, Choi KE, Gabriel T, Lüdtke R, Rampp T, Michalsen A, Dobos G. The effect of electroacupuncture and tramadol on experimental tourniquet pain. Acupunct Med 2012; 30: 21-6.*

#### Karakter: 3,5

Kvalitet: Dette er et randomisert forsøk som ble gjennomført under eksperimentelle betingelser, med friske frivillige. Formålet var å «establish the standard procedure of experimental placebo research as an experimental pain model for acupuncture». Det er vanskelig fullt å forstå sammenhengen mellom dette formålet og hvordan studien var planlagt og gjennomført – muligens pga. av vår manglende kjennskap til tidligere tilsvarende studier med bruk av «SETT» (dette blir i svært liten grad forklart i artikkelen). Hva som er egentlig er forskningsspørsmålet henger litt i løse lufta.

Rapporteringen i artikkelen er stort sett god når det gjelder planlegging og gjennomføring.

Akkurat hvordan randomiseringen foregikk kommer ikke fram i artikkelen.

Relevans: Dette er en studie som i første rekke, og kanskje bare, er av interesse for forskere. I hvilken grad den er relevant for forskere på dette feltet er vanskelig for å vurdere.

*Liudden I, Howley M, Grimsgaard S, Fønnebø V, Borud EK, Alræk T, Norheim AJ. Perioperative acupuncture and postoperative acupressure can prevent postoperative vomiting following paediatric tonsillectomy or adenoidectomy: a pragmatic randomised controlled trial. Acupunct Med 2011; 29: 9-15.*

#### Karakter: 4

Kvalitet: Dette forsøket er solid planlagt og gjennomført, helt i tråd med gjeldende standarder for randomiserte kontrollerte forsøk. Pasientene i intervensjonsgruppa mottok to spesifikke tiltak: akupunktur under operasjonen (tonsillektomi), og akupressur-armbånd post-operativt. Det er dermed vanskelig å skille effekten av disse to fra hverandre. Mangel på mulighet for å blinde pasientene er også en utford-

ring en ikke kan komme utenom på dette forskningsfeltet.

Forskerne har tatt høyde for praktisk talt alle problemstillinger som de kunne ta høyde for, og arbeidet framstår som svært solid. Av svakheter kan det nevnes at det ikke vises til noen forskningsprotokoll, så det er f.eks. ikke klart om alle utfallsmål var forhåndsspesifiserte. Forfatterne er også noe i overkant entusiastiske i rapporteringen av subgruppenanalyser, men påpeker riktignok selv at disse resultatene bør tolkes nøkternt.

Relevans: Problemstillingen er høyst relevant, og resultatene er svært interessante i lys av den solide metodikken som ligger til grunn.

#### **Kvalitative studier**

*Salamonsen A, Kruse T, Eriksen SH. Modes of embodiment in breast cancer patients using complementary and alternative medicine. Qual Health Res 2012; 22: 1497-1512.*

#### Karakter: 3

Kvalitet: Artikkelens hovedformål er å undersøke kroppslige erfaringers betydning og mening for kvinner med brystkreft, relatert til deres bestemmelse om å bruke komplementære eller alternative behandlinger. Forskningsspørsmålet diskuteres på grunnlag av materiale frambrakt ved kvalitative intervjuer av et utvalg av kvinner registrert i Register for eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF) ved NAF-KAM. Artikkelen holder nokså god kvalitet. Artikkelen er akseptert for publisering i tidsskriftet i Qualitative Health Research, som er klassifisert som vitenskapelig artikkel nivå 2 (NSDs publiseringskanaler). Forfatterne fortjener anerkjennelse for at de bringer spørsmål om alternativ behandling inn i et velrenomert tidsskrift som retter seg mot et langt bredere publikum enn de mer spesialiserte tidsskriftene som kun omhandler alternativ behandling.

Studien synes allikevel å ha flere svakheter. En svakhet er relatert til bredden og dybden på intervjumateriale. Nitten pasienter med brystkreft var registrert i RESF, og 13 av disse ble intervjuet, alle én gang. Forfatterne viser til 'redundancy' som begrunnelse for å stoppe rekruttering. Rikheten i materialet demonstreres imidlertid ikke i artikkelen. Gitt fokuset 'kroppslige erfaringer' og det faktum at studien i prinsippet omhandler alle former for alternativ behandling i alle faser av sykdomsforløpet, er det å forvente at en omfattende intervjuing vil være nødvendig før fenomenet er godt belyst. Et annet svak-

het vises i beskrivelsen av funn fra intervjuene, der det savnes en mer spesifisert redegjørelse for hvilken form for alternativ behandling som ble valgt av pasientene, og på hvilket grunnlag. Videre er betydningsfull svakhet relatert til bruk av teori. 'Embodiment' lest i lys av Csordas (1990, 1999 a,b), introduseres som et viktig analytisk begrep. Det er imidlertid flere steder hvor det er tvilsomt om artikkelens bruk av 'embodiment'-begrepet er i tråd med Csordas' utlegninger. Et viktig aspekt ved begrepet er den eksistensielle dimensjon, mens de tre 'modes of embodiment' som artikkelen beskriver, ikke synes å omhandle dette. Det savnes også en oppsummering av hvordan 'kroppslige erfaringer' er behandlet i andre studier som omhandler ikke-alternative behandlinger, og videre en diskusjon som drar nytte av denne litteraturen.

Relevans: Kroppslige erfaringers betydning i beslutningsprosesser knyttet til valg av behandlinger og andre former for sykdom- og helseadferd er et område som er lite studert og som synes å fortjene mer forskningsmessig oppmerksomhet.

*Stub T, Salamonsen A, Alræk T. Is it possible to distinguish homeopathic aggravation from adverse effects? A qualitative study. Forsch komplementmed 2012; 19: 13-19*

Karakter: 3

Kvalitet: Artikkelens hovedformål er å utforske, samt etablere kriterier for, differensiering mellom homeopatisk forverring ('aggravation') og uønskede og/eller skadelige reaksjoner av behandlingen ('adverse effects'). 'Homeopathic aggravation' er en betegnelse på en midlertidig forverring av eksisterende symptomer som, i følge homeopater, er en vanlig - og ønsket - reaksjon, og som følger av en korrekt administrering av homeopatisk medisin. I artikkelen diskuteres forskningsspørsmålet på grunnlag at materiale generert ved to fokusgruppeintervjuer med henholdsvis fem og seks norske erfarne homeopater som deltagere.

Artikkelen er på mange måter ganske god, særlig vurdert som bidrag til en spesialisert (og dermed mindre allmennrettet) diskusjon om homeopatisk praksis og forskning. Studien bidrar til ny kunnskap om forskjellige erfarne homeopaters ulike oppfatninger om 'forverring' og 'uønskede reaksjoner'. Studien er et fint eksempel på en studie som tar på alvor, og utforsker, fenomen som er særegne for en alternativmedisinsk praksis.

Det er en svakhet ved artikkelen at den ikke diskuterer om andre metoder kunne ha vært tatt i bruk (som f eks intervjuer med individuelle homeopater, eventuelt kombinert med fokusgruppeintervjuer). Gitt studiens to forskjellige mål (hvordan en differensiering forstås og utøves i praksis, samt utarbeide kriterier for differensiering), synes det å være grunn til å stille spørsmål om datainnsamlingen i undersøkelsen kunne ha vært mer omfattende evt. annerledes anlagt. En annen svakhet er at slik materiale fra intervjuene presenteres i artikkelen, kommer det ikke klart fram hvordan homeopatens ulike syn i forhold til 'forverring' og 'skadelige reaksjoner' etterfølges av enighet om åtte kriterier for differensiering.

Relevans: Denne studien har særlig verdi i forhold til arbeid med å forbedre homeopatisk praksis og homeopatiforskning. Studien har også en bredere relevans fordi homeopati brukes av mange i befolkningen, og det er viktig med studier som undersøker fenomen som kan ha betydning for trygghet/sikkerhet.

*Salamonsen A, Launsø L, Kruse T, Eriksen S. Understanding unexpected courses of multiple sclerosis among patients using complementary and alternative medicine: A travel from recipient to explorer. Int J Qualitative Stud Health Well-being 2010; 5: 2.*

Karakter: 3,5

Kvalitet: Forskningsspørsmålet som søkes besvart i denne artikkelen er "Hva karakteriserer MS-forløp hvor pasienter som bruker alternativ behandling, opplever uventede bedringer av MS symptomer?". Artikkelen presenterer en analyse basert på materiale generert fra kvalitative intervjuer med 12 pasienter med MS som er registrert i NAFKAMs Register for eksepsjonelle sykdoms forløp (av 58 MS-pasienter i registeret). Dette er en på mange måter god artikkel som bidrar til bedre innsikt i pasienters erfaringer med bruk av alternativ behandling. Gjennom presentasjon av to kasu gis et sammenhengende og levende bilde av viktige faser i MS-sykeforløp sett i relasjon til bruk av alternativ behandling. Det hadde imidlertid styrket artikkelen dersom det var blitt utforsket mer inngående hva mer konkret som lå bak valg av de spesifikke utvalgte alternative behandlingsformene, hva behandlingene innebar mer konkret, hvilke teknikker som ble brukt og hvilken filosofi som ble presentert – og hvordan dette møtet ble opplevd av pasientene.

Relevans: Studien tar opp en tematikk som har høy relevans, ettersom pasienter med kroniske plager bruker alternativ behandling i større grad enn befolkningen ellers. Studiens fokus er pasienter med MS. Disse pasientene bruker i stor grad alternativ behandling. Det er behov for studier som bidrar til bedre forståelse av pasienter opplever som verdifullt ved bruk av alternativ behandling.

*Alræk T, Malterud K. Acupuncture for hot flushes - a qualitative study. J Complement Altern Med 2009; 15: 153-8.*

#### Karakter: 4

Kvalitet: Artikkelen diskuterer materiale fra en kvalitativ undersøkelse med formål å beskrive selvopplevde forandringer i helsetilstand erfart i forbindelse med akupunktur mot hetetokter i overgangsalder. Artikkelen og studien den diskuterer, holder gjennomgående meget god kvalitet i alle ledd, særlig vurdert som bidrag til en spesialisert, og dermed begrenset, diskusjon om akupunktur og akupunkturforskning. Deltakere i studien ble rekruttert fra et utvalg som hadde fått akupunktur som ledd i deltaelse i en randomisert kontrollert studie om akupunktur mot hetetokter i overgangsalder. Materiale til undersøkelsen er generert ved at 112 kvinner (88 % av de forespurte) ble bedt om å skrive ned med egne ord endringer av alle slag som kvinnene relaterte til akupunktoren. Studien fant at kvinnene rapporterte enn rekke forskjellige endringer, de fleste positive (88 av 112 beskrev positive endringer). Av særlig interesse er det at mange av disse effektene som kvinnene beskriver er av en annen art enn de effektmålene som ble registrert i den randomiserte studien de deltok i.

Relevans: Mange kvinner er plaget av hetetokter i overgangsalder og ønsker tilbud om behandlinger som er trygge, effektive og økonomisk tilgjengelige. Forskning på akupunktur og hetetokter er derfor relevant. Det er publisert flere studier som rapporterer fra randomiserte studier om akupunktur mot hetetokter, men den forskningsbaserte kunnskapen om erfaringer som kvinnene selv opplever er mangelfull. Forskning på pasienters erfaringer har mange legitime begrunnelser og er viktig i seg selv. Denne studien viser (blant annet) at pasientene opplever langt flere typer effekter enn de som vanligvis registreres som effektmål i kvantitative akupunkturstudier og har derfor relevans for videre utarbeidelse av effektmål som er relevante for akupunktur.

#### **Litteraturstudier:**

*Alræk T, Lee MS, Choi T-Y, Cao H, Liu J. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: A systematic review. BMC Complement Altern Med 2011; 11: 87.*

#### Karakter: 3

Kvalitet: Artikkelen rapporterer en systematisk oversikt over randomiserte, kontrollerte studier av alternativ behandling av kronisk trøtthetssyndrom. Studien holder god kvalitet. En viktig svakhet er at man i én og samme studie undersøker effekten av en rekke vidt forskjellige alternative behandlingsformer (der "alternativ" er det eneste fellestrekket). En annen svakhet er at man ikke kvantifiserer de effektene som ble påvist; det oppgis bare p-verdier. Dermed er det ikke mulig for leserne å vurdere den kliniske relevansen av funnene. De fleste inkluderte studiene hadde høy risiko for skjevheter. Forfatterne burde ha vurdert om disse studiene i større grad viste positive effekter.

Relevans: Studiens tema er høyst relevant ettersom sykdommen er utbredt og kronisk og uten god behandling samtidig som en del av pasientene nok benytter alternativ behandling. Imidlertid gir artikkelen for få data til at leseren kan vurdere om disse behandlingsformene er relevante å benytte ved kronisk trøtthetssyndrom.

*Stub T, Alræk T, Liu J. Acupuncture treatment for depression - A systematic review and meta-analysis. Eur J Integr Med 2011; 3: e259-e270.*

#### Karakter: 4

Kvalitet: Artikkelen rapporterer en systematisk oversikt over systematiske oversikter og randomiserte, kontrollerte studier av akupunktur mot depresjon. Studien oppdaterer tidligere oversikter. Studien holder meget god kvalitet. Det er en svakhet at heterogeniteten mellom studien ikke er diskutert før man gjorde en metaanalyse. Videre er det uvanlig å slå sammen studier i en metaanalyse der tilbudet til kontrollgruppen er så forskjellig. Forfatterne peker på en rekke muligheter for skjevheter i de inkluderte studiene, men ser ut til å ignorere disse svakhetene når de selv konkluderer om hva forskningen viser.

Relevans: Studiens tema er høyst relevant ettersom depresjon er svært utbredt. Artikkelen gir rimelig god veiledning til behandlere og pasienter om bruk av akupunktur ved depresjon.

Musial F, Büssing A, Heusser P, Choi K-E, Osterman T. *Mindfulness-based stress reduction for integrative cancer care – a summary of evidence. Forsch Komplementmed 2011; 18: 192-202.*

Karakter: 5

Kvalitet: Artikkelen rapporterer en systematisk oversikt over systematiske oversikter, randomiserte, kontrollerte studier og observasjonsstudier av mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR) mot psykiske og fysiske plager hos kreftpasienter. MBSR er et strukturert psykologisk opplæringsprogram som kombinerer yoga, livsstilsopplæring og mindfulness-øvelser i grupper. Forfatterne burde ha drøftet mer den kliniske relevansen av de målte endringene i skalaene for livskvalitet, humør og bekymring.

Relevans: Slike opplæringsprogrammer er populære blant kreftpasienter, og det er relevant å finne ut hvor nyttige programmene kan være. Forfatterne etterlyser enda bedre randomiserte studier.

Borud EK, Grimsgaard S, White A. *Menopausal problems and acupuncture. Auton Neurosci Basic Clin 2010; 157: 57-62.*

Karakter: 3

Kvalitet: Dette er en oversiktsartikkel som i stor grad baserer seg på to eksisterende systematiske oversikter. Metodikken er enkel, og forfatterne gjør kun overflatiske vurderinger av kvaliteten på de inkluderte studiene. Dermed er det i praksis ikke mulig å trekke sikre slutninger om hvor holdbare funnene fra denne oversiktsartikkelen er. Forfatterne har kun enkle, summariske oppsummeringer av resultatene.

Relevans: Pga. svakheter ved metodikken er det uklart hvor praktisk relevant denne oversikten er.

Liu J, Xing JM, Fei YT. *Green tea (Camellia sinensis) and cancer prevention: a systematic review of randomized trials and epidemiological studies. Chin Med 2008; 3: 12.*

Karakter: 2,5

Kvalitet: Dette er en systematisk oversikt i den forstand at forfatterne har foretatt et systematisk søk, har vurdert aktuelle studier, og forsøkt å oppsummere resultatene. Det er i seg selv en god ting at en systematisk tilnærming har vært forsøkt. Det er en betydelig svakhet at forfatterne (tilsynelatende) kun har gjort en summarisk og overflatisk vurdering av kvaliteten på de inkluderte studiene (i.e. vurdering

av risikoen for av resultatene kan være misvisende, «risk of bias») og at det ikke er gjort noe forsøk på kvantitativ oppsummering (metaanalyse). Det siste kan diskuteres, og forfatterne argumenterer for at de ikke har valgt å gjøre metaanalyse, men overbeviser ikke. En skulle tro at de prospektive kohortstudiene, som det er mange av her, burde kunne metaanalyseres i en del tilfeller. Og selv om det ikke regnes ut noe samleestimat, ville det vært nyttig å få en bedre samlet framstilling av resultatene. Artikkelen inneholder en svært lang rekke av resultater, som det er vanskelig å holde oversikt og orden på for leseren. Å trekke ut noen essens er svært vanskelig.

Den aller mest vesentlige problemsstillingen om denne forskningen, er om de mange epidemiologiske studiene som er inkludert framviser resultater som er til å stole på – eller om det er reell fare for at alle «effekter» kun er et resultat av konfunderingsfaktorer og andre skeivheter. Forfatterne verken vurderer eller drøfter denne problemstillingen i særlig grad, og dermed blir resultatene umulige å tolke. For eksempel, er det vesentlig om det er foretatt statistiske justeringer, eller ei (eller både og) i de inkluderte studiene. Jeg savner mer informasjon og utdypende vurderinger.

Relevans: Problemstillingen er relevant, ettersom mange (i verden) lurer på hvorvidt det å drikke grønne te gir helsegevinst, men resultatene har liten relevans for praksis fordi de i så stor grad er befengt med usikkerhet.

**Studier av utbredelse av bruk:**

Kristoffersen AE, Norheim AJ, Fønnebø V. *Any difference? Use of a CAM provider among cancer patients, coronary heart disease (CHD) patients and individuals with no cancer/CHD. BMC Complement Altern Med 2012; 12: 1.*

Karakter: 2

Kvalitet: Artikkelen rapporterer opplysninger om besøk hos alternativ behandler blant deltakere i Tromsøundersøkelsen med nåværende eller tidligere kreftsykdom eller koronar hjertesykdom. Det er en del svakheter med studien. Forfatterne snakker om “endpoints” som virker som et fremmed begrep i en tverrsnittsstudie. De har ikke drøftet om ikke-respondentene kan være ulike fra respondentene på en måte som gjør resultatene skjeve. Spørsmålene om besøk hos alternativbehandler er ikke validert eller pilottestet. Konfidensintervaller av andelene burde vært oppgitt heller enn p-verdier for parvise sammenlikninger, og prevalensratioer kunne vært

regnet ut med multivariate teknikker for å kontrollere for blant annet alder. Den viktigste svakheten er likevel at studien ikke svarer på spørsmålet man tror den skal svare på, nemlig om bruk av alternativ behandling hos pasienter med aktuell kreftsykdom eller koronar hjertesykdom. I stedet er de to sykdomsgruppene definert som personer som en eller annen gang har hatt disse sykdommene. Da er det interessant at den friske sammenligningsgruppa er ti år yngre i gjennomsnitt og derfor har hatt ti færre år på seg til å besøke en alternativbehandler.

Relevans: Det er relevant å kjenne til hvor vanlig alternativ behandling er blant pasienter med vanlige og alvorlige sykdommer som kreft og koronar hjertesykdom. I denne studien er imidlertid sykdomsdefinisjonene for upresise og definisjonen av bruk av alternativ behandling for upresis. Dermed gir studien lite relevante resultater.

*Salomonsen LJ, Skovgaard L, La Cour S, Nyborg L, Launsø L, Fønnebø V. Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals. BMC Complement Altern Med 2011; 11: 4.*

#### Karakter: 3

Kvalitet: Artikkelen rapporterer en tverrsnittsundersøkelse i Danmark og Norge av alle sykehusene om bruk av fem nevnte, andre eller ingen alternative behandlingsformer ved sykehuset. Det er en svakhet ved undersøkelsen at datainnsamlingen ikke var standardisert; noen svarte per skjema og noen i telefonintervju. Det største problemet er at det man måler, tilbud om alternativ behandling til minst en gruppe pasienter på minst ett sted på sykehuset, kanskje ikke reflekterer det man ønsker å måle, nemlig utbredelsen av alternativ behandling i norske og danske sykehus. Man kunne med fordel ha forsøkt å kvantifisere bruken; altså hvilke pasientgrupper, hvilke avdelinger og hvor mange brukere? På denne bakgrunnen synes en del av tolkningene som gjøres i diskusjonskapitlet å gå litt langt.

Relevans: En studie av mengden alternative behandlinger benyttet i norske sykehus hadde vært relevant. Denne studien er mindre relevant på grunn av de påpekte manglene.

*Fønnebø V, Launsø L. High use of complementary and alternative medicine inside and outside of the government-funded health care system in Norway. J Altern Complement Med 2009; 15: 1061-6.*

#### Karakter: 3

Kvalitet: Artikkelen rapporterer en landsomfattende telefonisk tverrsnittsundersøkelse om 12-månedersprevalens av bruk av åtte spesifiserte alternative behandlingsformer i eller utenfor helsetjenesten. Studien har rimelig god kvalitet. Responsandelen var bare 11 %, men forfatterne oppgir ikke om de rundt 8000 utvalgte som ikke deltok, nektet å delta eller simpelthen ikke ble nådd. Respondentene skiller seg en del fra befolkningen totalt for demografiske bakgrunnsvariabler. Det er ingen opplysninger om validering eller pilottesting av spørreskjemaet. Massasje var den behandlingsform som flest hadde benyttet. Det er imidlertid ikke definert om massasje ble benyttet som et rent velværetiltak eller som behandling mot sykdom. Dataene synes utilstrekkelig utnyttet. Ved hjelp av spørsmålet om hyppighet av bruk, kunne man ha kalkulert bruksindenser. Det hadde også vært interessant å lære mer om sammenhenger mellom demografiske forhold og bruksmønstre.

Relevans: Det er relevant å kjenne til hvor vanlig alternativ behandling er blant folk flest. Usikkerheten med denne studien er den lave responsandelen. Relevansen kunne også blitt større med en mer utvidet analyse av materialet.

*Kristoffersen AE, Fønnebø V, Norheim AJ. Do cancer patients with a poor prognosis use Complementary and Alternative Medicine more often than others? J Altern Complement Med 2009; 15: 35-40.*

#### Karakter: 4

Kvalitet: Artikkelen rapporterer en landsomfattende skriftlig tverrsnittsundersøkelse blant pasienter med kreft rekruttert via Kreftregisteret og behandlende avdeling. Kvaliteten er meget god. Forfatterne har laget et innovativt design for en vanskelig problemsstilling. En viktig svakhet er en responsandel på bare 54 %. Forfatterne drøfter ikke her muligheten for overlevelsesskjevhet, altså at de pasientene som fortsatt er i live skiller seg fra andre kreftpasienter i sin bruk av alternativ behandling. Forfatterne kunne også ha vært tydeligere på å skille mellom bruk før kreftdiagnose (for andre plager) og etter diagnosen. Med et spørreskjema med 44 spørsmål ville man tro at det var mulig å gi mer dyptpløyende analyser enn dem som rapporteres her.

Relevans: Studien er relevant ved at den gir opplysninger om bruk av alternativ behandling blant kreftpasienter. Relevansen kunne blitt enda større med en mer utvidet analyse av materialet.



## 5.6 Vurdering - Forskningens kvalitet

Vi vurderte forskningskvaliteten på flere måter for å gi et så dekkende inntrykk som mulig.

Vår bibliometriske analyse viste at det er betydelig publiseringsaktivitet blant de ansatte ved NAFKAM, og antallet publikasjoner som kommer fra NAFKAM er stort. Det er imidlertid noen momenter ved publiseringsaktivitetene som er mindre gode og som gjør at NAFKAM har et forbedringspotensial.

For det første utkommer en stor andel av publikasjonene i tidsskrifter for alternativ behandling. På plussiden viser dette at NAFKAM publiserer i tidsskrifter som er relevante for deres forskning. Dette indikerer at NAFKAM deltar i debattene på eget fagfelt. Nedsiden er at dette kan være til hinder for å nå ut til potensielle brukere av forskningen som ikke selv er innen feltet. Det kan slik være til hinder for å gjøre forskningen relevant for NAFKAMs brukergrupper.

Sammenligningen her viste at spesielt Nklm i noe større grad så ut til å nå utover sitt eget forskningsfelt. For et senter som NAFKAM, der det publiserer et stort antall artikler, bør det være mulig å også få uttelling i generalisttidsskrifter. I noen sammenhenger ser vi også at senteret lykkes med nettopp dette. Dette henger igjen sammen med i hvilken grad NAFKAM lykkes med å være relevante for sine brukere.

For det andre er det ikke slik at den høye kvantiteten i forskningspubliseringer ved NAFKAM gir en tilsvarende økning i publikasjoner i de tidsskriftene som i DBH-systemet er definert som de mest prestisjetunge tidsskriftene. Det er med andre ord få artikler som utkommer i tidsskrifter eller på forlag som er definert inn på nivå 2. Andelen nivå 2-publikasjoner er svært lav ved NAFKAM sammenlignet med UiT for øvrig og NSSF og NKLM.

Sammenligningen av publikasjonene ved NAFKAM med NSSF og NKLM viste at aktiviteten ved NAFKAM, i form av antall artikler var høyere enn ved de to andre, men at de når det ble tatt hensyn til antall vitenskapelige årsverk, fikk færre publikasjonspoeng enn NKLM.

For det tredje er de ansatte ved NAFKAM aktive i internasjonale forskergrupper. Dette gir stor uttelling i form av mange artikler. Samtidig har det vært en nedgang i antallet artikler som er forfattet av flere NAFKAM-ansatte i sammen.

Det er positivt for NAFKAM at de har mange forskere som er aktive internasjonalt, selv om dette gir lite uttelling i form av publiseringspoeng. Det negative ved en slik strategi er at det kan få store negative uttelling i antallet publikasjoner når en forsker slutter. Det er dermed viktig at NAFKAM sørger for at kompetansen spres mellom de ansatte, slik at ikke deres kompetanse forsvinner når ansatte slutter. Gitt at enkelte av de ansatte i liten grad publiserer med andre ansatte, er det viktig å sørge for andre arenaer for kunnskapsutveksling internt.

Den internasjonale profilen er ellers tydelig for hele NAFKAM og forskningen utkommer utelukkende i internasjonale tidsskrifter og enkeltforskere deltar også i arbeidet rundt the Cochrane Library.

De 19 artiklene vi vurderte nøyere hadde gjennomgående god kvalitet (de fleste rundt 3-4 på en skala fra 1 til 5), selv om enkelte svakheter gikk igjen og noen få artikler var for svake. Funnet gjenspeiler at senteret har dyktige forskere som samarbeider med andre dyktige forskere i andre land.

NAFKAM har fått bevilget 18,5 millioner etter uttelling på 40 prosent av 45 forskningssøknader i perioden 2004-2012. Uttellingen har vært betydelig lavere enn to sammenliknbare forskningssentre, men innvilget beløp har vært like høye. Det betyr at NAFKAM søker flere kilder og mer kompetitive kilder for å oppnå samme beløp. Uten suksess på en meget stor søknad til Forskningsrådet i 2011, hadde det sett betydelig mørkere ut for NAFKAM. Sammenlikningsgrunnlaget er med andre ord ikke helt sammenliknbart, og NAFKAM skal ha anerkjennelse for at de søker vanskeligere kilder for ekstern finansiering, slik som Norges Forskningsråd og EU.

Situasjonen vil ganske sikkert fortsatt være utfordrende siden NAFKAMs forskningsområde ofte vil falle utenfor forskningsprogrammer. Det vil fortsatt kreve fantasi og dyktighet hos senterets forskere å finne aktuelle forskningsmidler og lage gode søknader. Det er antakelig ingen snarveier. Senteret bør fortsatt søke samarbeid med utenlandske forskningsmiljøer for å konkurrere om forskningsmidler fra EUs rammeprogram, fra National Institutes of Health og fra andre store kilder.

Det er god sammenheng i NAFKAMs artikler mellom type forskningsspørsmål og design av studiene. Dette er særlig aktuelt i studier av effekt av behandling, der det randomiserte eksperimentet er det riktige design.



Tilsvarende god sammenheng mellom forsknings-spørsmål og design fant vi også ved NSSF og Nklm.

Samlet finner vi at forskningen ved NAFKAM har god kvalitet, men at det er rom for forbedringer. Evaluator tror det er svært viktig at et forskningssenter innen alternativ behandling holder meget høy metodisk kvalitet. Dette fordi senteret studerer effekter av behandlingsformer som i mange tilfeller savner en biologisk forklaringsmodell, som sågar i enkelte tilfeller har forklaringsmodeller som bryter med grunnleggende biologiske eller fysiske prinsipper. Da er det naturlig at utenforstående vil kreve metodisk ekstra sterke bevis for å akseptere effekter påvist i forskning. Hver studie vil bli gransket som en potensiell *proof of concept*-studie. I tillegg er NAFKAM vel kjent med at feltet alternativ behandling har mange kritikere som gransker forskningen med et høyst kritisk blikk.

## 5.7 Funn - forskningens relevans

### 5.7.1 Målgruppens oppfatning

Det er delte meninger blant målgruppene om relevansen av NAFKAMs forskning. Et gjennomgående trekk er imidlertid at det er lite kunnskap om NAFKAMs forskning og dermed dårlig grunnlag for å bedømme relevansen.

Representanter for alternativbehandlerne foreninger oppfatter i stor grad NAFKAMs forskning som lite relevant for deres yrkesgrupper. De hadde ønsket seg flere studier som undersøkte deres behandlingsformer på behandlingsformens egne premisser. De mener det er lite hensiktsmessig å benytte medisins vanlige metoder på alternative behandlingsformer.

Fagdirektører i de regionale helseforetakene, klinikere i sykehus og representanter for helsepersonellforeninger opplyser at de har lite kjennskap til NAFKAMs forskning. I den grad de kjenner til forskningen, oppfatter de den som lite relevant for deres virksomhet.

Pasientforeninger, med unntak av Kreftforeningen, mener NAFKAMs forskning er lite relevant for dem.

### 5.7.2 NAFKAMs egne eksempler

I sin selvevaluering peker NAFKAM på følgende eksempler på at senterets forskning har vært relevant

ved at den har understøttet beslutninger om praksis i helsetjenesten eller på andre måter:

- Lovisenberg sykehus har innført akupunktur som standard postoperativ behandling etter NAFKAMs studie ved sykehuset av denne behandlingen mot kvalme etter operasjoner.
- NAFKAM viste i en studie at kosttilskuddet Natto (et fermentert soyaprodukt med høyt innhold av vitamin K2) ikke påvirket beintetthet. NAFKAM mener at denne sammen med andre studier har ført til at Natto i liten grad anbefales av norske leger.
- NAFKAMs studier av akupunktur mot hetetokter hos kvinner i overgangsalderen er et viktig bidrag til dagens kunnskapsstatus. Den store norske læreboken Allmenntidisin nevner akupunktur som et egnet behandlingsalternativ ved hetetokter, og dette kan nok tilskrives forskningen ved NAFKAM.
- NAFKAMs studie av akupunktur mot svangerskapskvalme har ført til at slik behandling er tatt med som et behandlingsvalg i Helsedirektoratets retningslinjer.
- NAFKAM studie av holdninger til og erfaring med amalgamfyllinger og plager assosiert med slike bidro til at Tannlegeforeningen oppfordret tannlegene om å bli mer bevisst sin kommunikasjon med pasienter med påståtte amalgambivirkninger. Denne studien ble publisert som en rapport.

Ellers antar NAFKAM at leveranse av kunnskapsbaserte fakta om alternativ behandling kan ha bidratt til at over halvparten av landets sykehus nå tilbyr alternativ behandling i en eller annen form.

NAFKAM beskriver også at senteret har bidratt til den forskningsmetodiske utviklingen innen forskningen om alternativ og komplementær behandling slik at senteret nå er «toneangivende for både nasjonale og internasjonale veivalg innen forskningsfeltet».

### 5.7.3 Vurdering av enkeltartikler

For enkelthets skyld er relevansen av enkeltartiklene omtalt over, under forskningens metodiske kvalitet. Samlet sett er artiklene ganske relevante. Enkelte studier har så lav kvalitet at de vanskelig kan informere praksis, og da blir følgelig også relevansen lav. Enkelte andre studier er dårlig utnyttet i den forstand at dataene kunne vært analysert og rapportert grundigere for å gi mer relevant innsikt.

## 5.8 Vurdering - Forskningens relevans

Vi har vurdert forskningsrelevansen på flere måter for å gi et så dekkende inntrykk som mulig. Funnen viser at målgruppene i den grad de faktisk kjenner til NAFKAMs forskning, ikke finner den så relevant for sin virksomhet. Verken alternativbehandlere selv eller medisinske miljøer fant stor relevans i NAFKAMs forskning.

NAFKAM har selv heller ikke mange eksempler på hvordan deres forskning virkelig har hatt en impact i den kliniske hverdagen hos norske alternativbehandlere eller leger.

I vurderingen av enkeltartikler fant vi at de fleste var relevante i den forstand at sykdommen som ble studert, var vanlig og behandlingsformen var populær blant pasientene.

Vi tror relevansen kan styrkes gjennom nærmere samarbeid med sykehusene og kommunehelsetjenesten.

Enda viktigere er det å oppsummere andres forskning på en systematisk måte. NAFKAM har publisert en rekke systematiske oversikter, hvorav en del i Cochrane-biblioteket, den fremste databasen for oppsummert forskning. De fleste av disse oversikte-

ne hadde som eneste NAFKAM-forsker en kinesisk forsker i tidligere bistilling ved NAFKAM. Det er viktig at senteret bevarer kompetanse på systematiske oversikter, for vi tror dette er blant de mest relevante studier senteret kan gjøre. Muligens kan et nærmere samarbeid med Kunnskapscenteret for helse-tjenesten på dette området være fruktbart. For mange sykdom-behandlingsform-par er det jo allerede gjort mange randomiserte studier slik at man har et godt grunnlag for en systematisk oversikt som kanskje vil vise at det ikke trengs flere randomiserte studier.

## 5.9 Funn - forskningens bredde og mengde

Som tidligere beskrevet har vi tatt utgangspunkt i 137 vitenskapelige artikler på NAFKAMs publisjonsliste fra 2000-2012. Antallet publiserte artikler var bare én per år de første årene, men lå i 2008-2012 på et gjennomsnitt på 18 per år. For om lag en firedel av artiklene var NAFKAM-ansatte verken første- eller sisteforfatter.

Tabell 14: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og NAFKAM-ansattes plassering på forfatterlista.

Forfatterskap	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Sum
Første og siste	1		1	2	1	2	5	4	4	4	1	8	6	39
Første		1			1	4	2	6	3	2	5	3	4	31
Siste				1		2	2	1	1	5	3	15	5	35
Verken f. eller s.				1	2	5	1	1	1	7	1	5	8	32
Sum	1	1	1	4	4	13	10	12	9	18	10	31	23	137

Kilde: Oxford Research AS

Vi merker oss ellers at av de 137 artiklene, var den eneste NAFKAM-ansatte på 38 av dem en kinesisk forsker med en 20 % bistilling ved NAFKAM.

Samlet for hele perioden var 77 av 137 (56 %) av artiklene publisert i alternativmedisinske tidsskrifter, hovedsakelig Forschende komplementärmedizin, Evidence Based Complementary and Alternative Medicine, BMC Complementary and Alternative

Medicine, Acupuncture in Medicine, European Journal of Integrative Medicine og Journal of Complementary and Alternative Medicine. En stor andel av de andre artiklene gjelder oversiktsartikler i Cochrane Library. Store tidsskrifter fra andre fagområder er lite representert; Menopause er nesten det eneste unntaket.

**Tabell 15: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og type tidsskrift.**

Tidsskrift	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Sum
Alternativt	1		1	4	3	6	5	6	2	11	5	17	16	77
Allment		1			1	7	5	6	7	7	5	14	7	60
<b>Sum</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>137</b>

Kilde: Oxford Research AS

### 5.9.1 Behandlingsformer

NAFKAMs vitenskapelige artikler har i hovedsak dreiet seg om akupunktur/akupressur, homeopati og tradisjonell kinesisk medisin/ urtebehandling. Disse tre behandlingsområdene utgjør 57 % av alle artiklene og 80 % av artiklene som omhandler en behand-

lingsform og ikke alternativ behandling generelt. Tjuefem av de 31 artiklene om tradisjonell kinesisk medisin/urtebehandling har den nevnte kinesiske forskeren som eneste NAFKAM-ansatte på forfatterlista

**Tabell 16: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og behandlingsform som studeres.**

Behandling	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Sum
Akupressur		1												1
Akupunktur	1		1			1	1	1	3	6	6	9	3	32
Homeopati				1	2	6	1	2					2	14
Kopping												2	2	4
Lightning Process													1	1
TKM/urter				1	2	1	4	2	3	3	1	12	2	31
Yoga													1	1
Annet				1		2	2	3	1	1	1	1	1	13
Flere				1		3	2	4	2	8	2	7	11	40
<b>Sum</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>137</b>

Kilde: Oxford Research AS

### 5.9.2 Sykdomsgrupper

NAFKAMs forskning har dreiet seg om en rekke sykdomsområder (etter hovedkapitlene i ICD-10), med plager i overgangsalderen som den hyppigste (kapittel XIV) fulgt av muskel-skjelettplager, kreft, luftveisplager (astma og allergi inkludert), infeksjoner og

nevrologiske sykdommer. Førtitre (31 %) av artiklene handlet ikke om noen spesiell sykdom.

**Tabell 17: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og sykdomsområde som studeres.**

ICD-10-kapittel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Sum
I Infeksjoner					1	2		1	1			6		11
II Kreft				1		1		1	2	2		1	4	12
IV Endokrine mv					1	1	1					3		6
V Psykiske										1		1	1	3
VI Nevrologiske								1	1		2	3	3	10
VII Øyet												1		1
IX Hjerte/kar							1							1
X Luftveier						5	1	2		1	1	1		11
XI Fordøyelse							2					2		4
XII Hud							1	1	1			1		4
XIII Musk/skjelett									1		1	4	6	12
XIV Kjønn-sorg.								1	3	3	4	4		15
XV Svangerskap		1								1				2
XVIII Annet											1			1
XXI Risikofaktor												1		1
Ingen spesi-fikk	1		1	3	2	4	4	5		10	1	3	9	43
<b>Sum</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>137</b>

Kilde: Oxford Research AS

### 5.9.3 NAFKAM-fase

I 58 av artiklene er effekt av behandlingskomponenter (fase 4) hovedtemaet, men 36 av disse er litteraturstudier, altså oversiktsartikler (hvorav 30 har nevnte kinesiske forsker som eneste NAFKAM-medarbeider på forfatterlista). Trettiåtte artikler dreier seg om kontekst. Dette er i stor grad artikler om utbredelse av bruken av alternativ behandling.

Det er bare fire artikler om sikkerhetsaspekter ved alternativ behandling og bare tre om biologiske mekanismer, altså den siste fasen.

**Tabell 18: NAFKAMs publiserte artikler fordelt på år og fase i NAFKAMs forskningsmodell.**

Fase	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Sum
1 Context	1		1	2	1	7	3	5	1	5	2	1	9	38
2 Safety													4	4
3 Effectiveness							1	1	1	1	3	6	2	15
4 Efficacy		1			2	5	5	4	5	6	4	20	6	58
5 Mechanism									1	2				3
Annet				2	1	1	1	2	1	4	1	4	2	19
<b>Sum</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>137</b>

Kilde: Oxford Research AS

## 5.10 Vurdering - Forskningens bredde og mengde

NAFKAMs forskning har vært nokså smal. Tre av et hundretalls behandlingsformer har fått nesten all oppmerksom, nemlig akupunktur/akupressur, homeopati og tradisjonell kinesisk medisin/urtebehandling. Bredden har vært noe større på sykdomsområdene med studier av et vidt spekter av lidelser.

Valget av behandlingsformer kan være begrunnet i historiske forhold, i praktiske forhold som at medarbeiderne har hatt kompetanse på disse behandlingene og i det faktum at disse behandlingsformene er blant de mest benyttede. Likevel er det påfallende at mye brukte behandlingsformer som healing, massasje, osteopati og soneterapi er lite studert.

Ellers merker vi oss at NAFKAM driver lite forskning om forebyggende effekter av alternative behandling.

Evaluator er av den mening at man ikke skal ha for store forventninger til hvor bred NAFKAMs forskning kan bli. Med et hundretalls behandlingsformer og et tusentalls sykdommer finnes det hundretusener av potensielle studier av sykdom-behandlingsform-par. Det er helt urealistisk at NAFKAM skal rekke å studere noe annet enn noen titalls av disse. Derfor bør det ikke overraske at NAFKAM har gjort randomiserte studier på bare en håndfull sykdom-behandlingsform-par.

Derfor må NAFKAM prioritere, og det har man gjort i den strategiske planen fram mot 2016 der kroniske lidelser og særlig kreft og smertelidelser er prioritert.

I andre sammenhenger har lettere psykiske lidelser vært nevnt som prioritert område. Strategien gir ikke detaljer om hvilke behandlingsformer man særlig vil studere i randomiserte studier.

En del av NAFKAMs artikler dreier seg om forskningspolitiske eller forskningsstrategiske spørsmål innen alternativ medisin. Det kan være nyttig å holde denne debatten ved like, og NAFKAM ønsker å være sentral i den internasjonale diskusjonen. Det spørres likevel om ressursene nå må brukes mer på å forske enn på å diskutere hvordan man skal forske.

Fordelingen av NAFKAMs artikler på de fem fasene i forskningsmodellen er ganske skjev. Særlig mange artikler er det om kontekst (fase 1), og da særlig om utbredelse av bruk av alternativ behandling. Antallet artikler om dette temaet er ikke nedadgående. Det virker fornuftig at strategien fram mot 2016 er å gjøre en nasjonal måling av folks bruk av alternativ behandling bare hvert femte år; noe hyppigere er ikke nødvendig ettersom endringene trolig ikke skjer raskt. Videre er det fornuftig å tenke gjennom kritikken som har vært reist mot NAFKAM for å gi et foretregnet bilde av utbredelsen. For eksempel inkluderes massasje alltid som en alternativ behandlingsform selv om mange nok bruker det bare for å øke sitt velvære, ikke for å behandle noen sykdom. Eller eksempelet med at NAFKAM bruker en så generell betegnelse som at et «sykehus tilbyr alternativ behandling» selv om det skulle være bare én medarbeider ved én avdeling som av og til tilbyr en alternativbehandling, som at en fysioterapeut får med seg kreftpasienter på yogaøvelser.

Få studier har undersøkt sikkerheten ved alternative behandlingsmåter, og det er lite konkret i strategien fram mot 2016 om hvordan NAFKAM skal studere dette temaet framover. Det nevnes at man vil studere sikkerhetsstatus ved enkelte terapiformer, men ikke hvordan. Trolig kan en del av spørsmålene besvares gjennom litteraturoversikter. I tillegg bør bivirkninger og sikkerhet være en del av de randomiserte studiene som planlegges.

NAFKAM har i svært få tilfeller studert biologiske mekanismer for effekt av behandling. Etter den strategien vil man gjøre mer av det nå gjennom etableringen av et neurofysiologisk laboratorium for undersøkelse av smertebaner ved akupunktur og manuell terapi for kroniske muskelsmerter. Dette åpner et helt nytt felt for NAFKAM, og vi antar at det er veloverveid. Det er avgjørende at man faktisk er sikker på at det finnes en behandlingseffekt som man kan lete etter en mekanisme for.

Det ville selvsagt vært interessant om man hadde en neurofysiologisk testmodell for å avgjøre om for eksempel akupunktur påvirket kroppen på en måte som kunne føre til heling av sykdom. Utfordringen ved utviklingen av en sån modell er at man ved fravær av målbare, fysiologiske reaksjoner ikke kan være sikker på om det er fordi man måler feil (modellen er ikke god nok) eller fordi det ikke finnes noen reaksjoner å måle.

NAFKAM har i gjennomsnitt hvert år publisert rundt halvannen artikler per forskerårsverk. Dette må betegnes som moderat. Antallet kan trolig økes med en sterkere tematisk konsentrering sammen med nedtrapping av andre aktiviteter enn forskning.

## 5.11 Konklusjon og anbefalinger

### 5.11.1 Konklusjoner

Basert på funn og vurdering av disse gjort i de foregående, er følgende svar på oppdragsgivers fire spørsmål om forskningen ved NAFKAM:

*17. Holder forskningen ved NAFKAM gjennomgående god metodisk kvalitet?*

Ja, forskningen ved NAFKAM har rimelig god kvalitet, men det er rom for forbedringer.

Vi mener at et forskningssenter innen alternativ behandling må holde meget høy metodisk kvalitet fordi det er rimelig å kreve ekstra sterke bevis for effekter av behandlingsformer som i mange tilfeller

savner en biologisk forklaringsmodell, eller som sågar i enkelte tilfeller har forklaringsmodeller som bryter med grunnleggende biologiske eller fysiske prinsipper.

*18. Er forskningen ved NAFKAM relevant for målgruppene (pasienter, befolkning, helsetjenesten, myndigheter)?*

Nei, vi fant at målgruppene i den grad de faktisk kjente til NAFKAMs forskning, ikke fant den så relevant for sin virksomhet, og det er få eksempler på konkrete endringer i behandlingstilbud i Norge som følge av NAFKAMs forskning. NAFKAMs studier var imidlertid relevante i den forstand at sykdommen som ble studert, var vanlig og behandlingsformen var mye benyttet av pasienter.

Vi tror relevansen kan styrkes gjennom nærmere samarbeid med sykehusene og kommunehelsetjenesten, ved å øke formidlingen av forskningen og ved å styrke forskningen innen systematiske oversikter.

*19. Har valg av temaer over tid ivaretatt bredden i feltet alternativ behandling?*

Nei, NAFKAMs forskning har vært nokså smal ved at tre behandlingsformer har fått nesten all oppmerksomhet. Bredden har vært noe større på sykdomsområdene med studier av et vidt spekter av lidelser.

Tre av et hundretalls behandlingsformer har fått nesten all oppmerksomhet. Valget av behandlingsformer kan være begrunnet i historiske forhold, i praktiske forhold som at medarbeiderne har hatt kompetanse på disse behandlingene og i det faktum at disse behandlingsformene er blant de mest benyttede. Man bør ikke ha for store forventninger til hvor bred NAFKAMs forskning kan bli. Med et hundretalls behandlingsformer og et tusentalls sykdommer finnes det hundretusener av potensielle studier av sykdom-behandlingsform-par. Det er helt urealistisk at NAFKAM skal rekke å studere noe annet enn noen titalls av disse.

Derfor må NAFKAM prioritere, og det har man gjort i den strategiske planen fram mot 2016 der kroniske lidelser og særlig kreft og smertelidelser er prioritert. I andre sammenhenger har lettere psykiske lidelser vært nevnt som prioritert område. Strategien gir ikke detaljer om hvilke behandlingsformer man særlig vil studere i randomiserte studier.

*20. Mestrer NAFKAM å ivareta en nøytral rolle, eller framstår NAFKAM tilsiktet eller utilsiktet som*



*agent for bestemte partsinteresser for eller mot ulike sider ved alternativ behandling.*

Ja, det synes som at NAFKAM navigerer bra mellom på den ene siden alternativbehandlerne som hevder at NAFKAM er tapt til skolemedisinen og på den andre siden skeptikere som mener at forskning på alternativ behandling i seg selv er et brudd på nøytraliteten.

### 5.11.2 Anbefalinger

På bakgrunn av funnene oppsummert over, vil vi fremme følgende ti anbefalinger om forskningen ved NAFKAM:

1. Vurdér om Helsedirektoratet og de regionale helseforetakenes nye modell for metodevurderinger kan egne seg også for alternativ behandling. Uansett bør man lage flere systematiske oversikter.
2. Øk kvaliteten på forskningen ytterligere. Det er avgjørende å oppnå høy intern validitet.
3. Gjør randomiserte studier av effekt av alternative behandlinger på områder der dette ikke er gjort. Normalt bør en eventuell effekt av den antatt virksomme komponenten påvises først, før man går videre til å studere nytten av hele behandlingspakken.
4. Vurdér på nytt om ressursbehovene på lang sikt ved drift av Register for eksepsjonelle sykdoms-

forløp og et klinisk kvalitetsregister for alternativ behandling, står i et rimelig forhold til forventet nytte av disse registrene.

5. Fortsett å søke eksterne forskningsmidler.
6. Integrer forskere som er i små bistillinger ved NAFKAM bedre slik at deres kompetanse spres til de andre medarbeiderne og bevares i sentret.
7. Samarbeid nærmere med sykehusene og kommunehelsetjenesten om forskningen.
8. Trapp ned publiseringen om forskningsstrategi og forskningspolitikk på området alternativ behandling.
9. Forsøk å publisere mer i andre tidsskrifter enn tidsskriftene for alternativ behandling.
10. Bevar nøytraliteten i forskningen.

Flere av disse punktene peker mot en justering av NAFKAMs retning og mandat, med større vekt på relevans for publikum, alternativbehandlere og helsepersonell, og større vekt på systematiske oversikter og metodevurderinger av ulike behandlingsformer. Da nærmer man seg den rollen som Kunnskaps-senteret for helsetjenesten har overfor den ordinære helsetjenesten. Dette temaet vender vi tilbake til i kapittel 7.

## Kapittel 6. Informasjonsformidling - Nifab

Vi vil i dette kapitlet se nærmere på Nifab og kanalen nifab.no. Evalueringen starter med vår forståelse av Nifab sitt oppdrag. Så vil vi formidle hva vi ser etter når vi evaluerer kommunikasjon på et generelt grunnlag. For Nifab sin del vil evalueringen i hovedsak handle om portalen nifab.no. Årsaken til dette er at nettportalen opptar den aller største andelen av arbeidet ved Nifab. I kapitlet presenteres først portalens oppbygging, disposisjoner, språk og struktur, før vi dykker ned i markedsføringen, og kjennskap og kunnskap om portalen.

### 6.1 Bakgrunn

I 2005 ga Helse- og omsorgsdepartementet NAFKAM i oppdrag å gi den norske befolkningen kunnskapsbasert informasjon om alternative behandlingstoder, som beslutningsstøtte for å ta veloverveide valg om behandling.

Dette var basert på Aarbakke-utvalgets rapport NOU 1998:21 "Om alternativ medisin". En av utvalgets anbefalinger var å opprette en åpen, nasjonal informasjonsbank, hvor kunnskap om alternativ medisin kunne bli samlet og gjort tilgjengelig for befolkningen. Nettstedet nifab.no åpnet i mai 2007. (KILDE: [http://www.nifab.no/om\\_nifab\\_no](http://www.nifab.no/om_nifab_no)).

Nifab består i dag av 6 ansatte med et budsjett på kr. 4.445.000,-

Vi kan lese oss frem gjennom årsrapporter og tilsendt materiale at:

- Nifab skal bringe kjennskap og kunnskap om nettstedet nifab.no, slik at den norske befolkningen kan gjøre "veloverveide valg for sin egen helse". Kilde: [http://www.nifab.no/om\\_nifab\\_no](http://www.nifab.no/om_nifab_no).
- Nifab skal sikre at mengden av de alternative behandlingstilbud som er tilgjengelig reflekteres på nifab.no.
- Nifab skal sikre at informasjonen gitt om Alternative Behandlinger har et nøytralt språk som pedagogisk tilgjengeliggjør stoffet for befolkningen. Samt at det som formidles er forskningsbasert.
- NAFKAM har en varslingsrolle for behandlingstilbud. Ansatte som jobber med nifab.no over-

våker media, men NAFKAM vurderer om det skal varsles og sender eventuelt ut varsel<sup>48</sup>.

### 6.2 Evaluering av kommunikasjon

For generelt å kunne foreta en god evaluering av kommunikasjon, er det noen parametere som gjør seg gjeldende. Det første man ser på er målsettingene med kommunikasjonen. Hvis målsettingene er tydelige og kvantitativt målbare, vil man lett kunne evaluere om målet er nådd eller ikke. Men for å avdekke hvorfor man har nådd, eller ikke har nådd frem, må man ha flere vurderingsparametere. Kommunikasjon må evalueres i rammen av produktets beskaffenhet og kontekstuelle forhold. For portalen nifab.no smelter disse to elementene sammen da kommunikasjonen er selve produktet.

Kommunikasjon er et humanoriafelt hvor sannsynligheter må drøftes basert på betraktninger rundt kommunikasjonsteori, erfaring fra ulike cases, situasjonsforståelse og skjønn. All kommunikasjon er kontekstbasert, og den som forstår konteksten og anvender den best til sitt formål, er også ofte dem som oftest vinner frem.

En merke- og kommunikasjonsstrategi er ment for å avdekke kontekstuelle forhold som vil ha følger for kommunikasjonen (hva man sier til hvem, hvor, når og hvordan). En god merke- og kommunikasjonsstrategi vil innebære å ha gjort en rekke analyser. De tre viktigste er:

1. Selvinnsikt. En avsender må ha selvinnsikt nok til å sette seg inn i de gjeldende forståelsesrammer man opererer innenfor, og hvilken posisjon man selv kan få. Posisjoneringen skal differensiere og kan baseres på unike produkter, unike produktforbedringer, men gjerne også språklige imatrielle forhold som indikerer en personlighet bak produktet.
2. Målgruppeforståelse. Ingen virksomhet eksisterer uten å skulle dekke et behov og dette behovet må tydelig fremkomme og utgreies gjennom å avklare hvem produktet er rettet mot. Innsikt i målgruppens demografi, sosiografi og psykografi vil peke mot hvilke type argumenter som vil kunne ha størst effekt mot ulike målgrupper,

<sup>48</sup> Årsrapport Nifab 2011; Tildelingsbrev 2011

hvilke medier og kanaler som gir størst effekt mot hvem, og hvilken språkform man skal anvende for å oppnå liking, oppmerksomhet og engasjement.

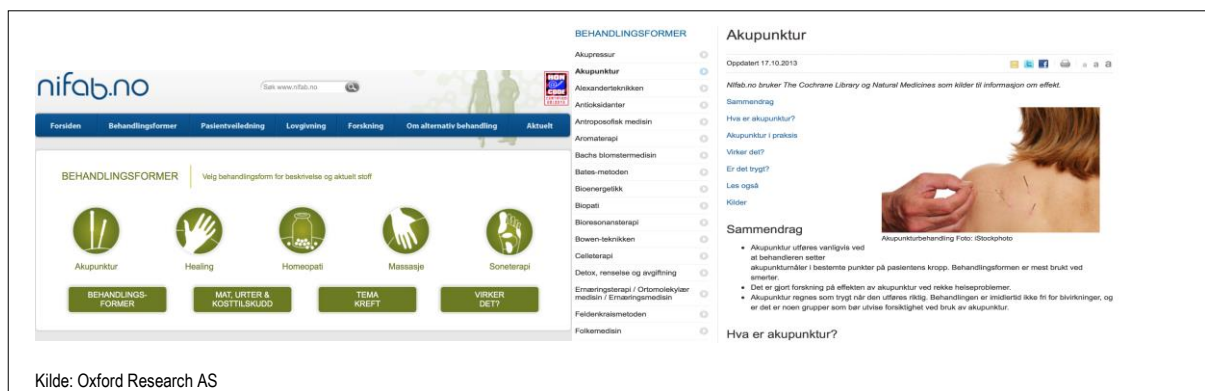
3. Konkurrenter. Konkurrentanalysen vil kunne avdekke viktige forhold som er med på å styrke merket, men også hvilke områder/kanaler/språk man skal styre unna.

Selvinnsikt, målgruppeforståelse og konkurrentforståelse i tråd med god situasjons- og samfunnsforståelse, samt trender, er det merke- og kommunikasjonsstrategiens oppgave å formidle. Jo mer detaljert man her går til verks, desto lettere vil det være å se om man har tatt gode beslutninger og kan ha forutsetning for å lykkes.

## 6.3 Nettportalen nifab.no

Vi skal nå se på produktet nifab.no gjennom å se på portalens oppbygging, disposisjoner, funksjonalitet og språk.

Figur 4: nifab.no



Kilde: Oxford Research AS

Beskrivelsene av hver behandlingsform er godt strukturert og disponert. Vi finner standardiserte og informative overskrifter og mellomtitler, som gjør stoffet lett å lese og komme gjennom.

Henvisningen til engelske forskningsartikler under overskriften "Virker det?", som man blant annet finner under homeopati, er derimot vanskeligere tilgjengelig. Det har Nifab selv sett og tatt grep. I løpet av 2013 vil de ha rullet ut en egen effekttabell på alle behandlingsformer (Årsrapport 2011).

### 6.3.1 Disposisjon og funksjonalitet

Mye av ressursene som Nifab disponerer er brukt til å utvikle og disponere informasjon om alternative behandlingsmetoder, alternative terapiformer og alternative virkestoffer (mat/kosttilskudd/urter) på nifab.no (Kilde: årsrapportene 2008-2012).

Mengden av alternative tilbud og virkestoffer er stor. Antall behandlingsformer vokser stadig, og mange av "nyhetene" på markedet virker å være små tilpasninger og varianter av eksisterende behandlinger. I dag finnes det langt over 200 ulike alternative behandlingsmetoder. På nifab.no er de mest etterspurte alternative behandlingsformene lagt lett tilgjengelig på forsiden, med store symboler. Lett tilgjengelig er også de andre behandlingsformene som er lagt i toppmenyen, og gjentas med egen knapp under de mest etterspurte behandlingsformene. På de ulike sidene hvor informasjon om enkelte behandlingsformer ligger, finner man flere behandlingsformer tydelig og informativt i venstre kolonne.

Figur 5: Effekttabell

+	+	?	-	+
HAR EFFEKT	SER UT TIL Å HA EFFEKT	MAN VET IKKE	SER IKKE UT TIL Å HA EFFEKT	HAR IKKE EFFEKT
		Akutte sår, Alzheimers sykdom Angst, Hjerneslag, Hodepine, Kolik, Kreft-relatert smerte, Smarter etter fjerning av livmor, Smarter, Stress, Kreftrelatert utmattelse, Alle andre bruksområder		

Kilde: nifab.no

Tabellen beskriver på en enkel og informativ måte hva man vet om effektgraden. Kvaliteten på tabellen, hvor kategoriene skal være utfyllende og tolkningsgraden god nok, understøttes av en Questbackundersøkelse gjort blant Nifabs facebook-følgere.

Et søk gjennom den nærmeste sammenliknbare danske utgaven, srb.dk, viser at nifab.no dokumenterer kildene bedre med linker til forskningsrapportene artiklene baseres på. Nifab.no tar for seg flere alternative behandlingsmetoder og har plassert stoffet betraktelig mer tilgjengelig for brukeren enn hva vi finner på srb.dk.

### 6.3.2 Vurdering av disposisjon og funksjonalitet:

Nifab har etter vårt skjønn gjort en god vurdering i å ta for seg de mest anvendte og mest omtalte alternative behandlingsmetodene og virkestoffene. Som Nifab selv reflekterer over, vil det være en for ressurskrevende oppgave å skulle innlemme de over 200, og økende, behandlingsmetodene på portalen. Det er lagt ressurser i å gjøre portalen oversiktlig, og vi har ingen nevneverdige utfordringer i å finne stoff eller lese oss inn. Effekttabellen som er under utrueling gjør det lettere for brukerne å orientere seg raskt om hva man vet. Dette mener vi er viktige forbedringer som kan forsvares.

En liten funksjonell forbedring ville være å legge fakta-arkene på virkestoffer i egen knapp ved siden av behandlingsmetoder i hovedmenyen. Nifab burde også kjøre en automatisk lenkesjekk, som sikret at lenkene pekte til rett sted.

Informasjon om behandlingen er trygg og har dokumentert effekt kommer nær avslutningen i artiklene. I journalistisk metodikk skriver man det viktigste først, siden desken kutter bakfra for å tilpasse stoffet. Som lesere er vi ubevisst trent i å forholde oss til tekst på denne måten; det viktigste først og deretter det mindre viktige. I konteksten av konkurrerende partiske informasjonssider burde man vurdere om ikke kunnskapen om effekt, og om det er trygt, bør komme først. Det er kanskje det brukeren er mest interessert i å få vite noe om?

### 6.3.3 Språk

Språket på nifab.no føres på en pedagogisk og nøytral måte, diskursen er avdempet og presis slik at mottaker både blir informert, men også får tilgang til den forskningsmessige dokumentasjonen artiklene baserer seg på. Det fungerer best der man har fått all den informasjonen man var ute etter på norsk først, slik at linkene fremtrer som en troverdighetsindikator for folk flest, og en ytterligere kilde for spesielt interesserte.

Godt billedmaterieell, seksjonert og disponert stoff, med standardiserte informative overskrifter og mellomtitler, gjør stoffet lett å lese og komme gjennom.

Nifab.no har fått anerkjennelse som uttrykk for at nettstedet oppfyller kvalitetskrav:

- Godkjent av Hon-code stiftelsen
- Fått kvalitetsstempel av Kvalitetsstandard for helsenettsteder

### 6.3.4 Vurdering av språk

Vi vil berømme diskursen inne på nifab.no. Det er ikke lett å finne en så balansert tone når man skal beskrive behandlingsformer som det ikke finnes beviselig grunn for virker, kan innebære en viss risiko for enkelte pasientgrupper, eller viser seg å ha beviselig grunn for å virke. Denne krevende oppgaven klarer nifab.nos skribenter godt. Når målsettingen er å være totalt nøytral er dette bra.

### 6.3.5 Konklusjon på språk og disposisjon av portalen nifab.no

Nifab har som nevnt lagt store ressurser på å utvikle en god og informativ portal. Her har etter vårt skjønn Nifab lyktes godt. Funksjonaliteten er god. Det er lett å navigere seg rundt, stoffet er godt disponert og språket er avdempet og nøytralt. Med fordel kunne man hatt en lenkesjekk-motor som sikret at lenkene som er lagt inn peker til rett sted. Vi fant lenker som enten pekte feil eller til sider som ikke eksisterte. En liten skjønnhetsfeil som burde være lett å rette opp i. Justeringer som å legge faktarkene på virkningsstoffer opp i hovedmenyen er kun små innspill som ikke spiller stor rolle for det etterlatte inntrykket.

Det kan være grunnlag for å hevde at avsnittene om trygghet og effekt burde komme høyere opp i artiklene. Vi antar det er noe som brukerne mener er interessant informasjon og burde bli vektet slik etter journalistiske prinsipper om det viktigste først.

Nifab har gode ideer på hva som kan gjøre portalen enda bedre. De er i ferd med å implementere effekt-tabeller som gjør det enkelt å vurdere behandlingsmetodene, og ønsker å skrive ut stoffet etter pasientdiagnose som skal lette informasjonssøket for de besøkende. På dette grunnlaget mener vi nifab.no er en meget god informativ portal, og i en fin utvikling.

Kan nøytraliteten i språket skjule viktig informasjon om forsiktighet og mulige skadevirkninger? Dette spørsmålet handler ikke om hva teksten faktisk inneholder, men hva mottaker får ut av den.

Hvis vi ikke vet, skal man da være anta det er trygt, eller skal man bruke det som en indikator på at man må vise spesiell varsomhet? Nifab.no virker ikke til å ha tatt stilling til dette spørsmålet.

I dag kan faremomentene ved bruk av enkelte behandlingsmetoder forsvinne i teksten. Et eksempel er siden om antioksidanter. Vi vet at behandlerne ikke har noen formell godkjennelse eller skolering, og ukebladene er fulle av artikler og reklame om antioksidanter som "mirakelstoffet". På nifab.no fremkommer det langt ned i teksten at antioksidanter blir gitt i høyere doser enn hva vi finner i et normalt kosthold, og at de kan være giftige om de blir gitt i for store doser. Kunne Nifab hatt en mer tydelig kritisk holdning i en slik kontekst, og lagt denne type informasjon høyere opp i artikkelen? Vet folk for eksempel at homeopat ikke er en beskyttet tittel med formell utdanning?

Det nøytrale språket skaper en underlig lezersituasjon. Leser man teksten som entusiast finner man lett hold for fortsatt å tro. Leser man teksten som "kritiker", finner man nok av holdepunkter for å la være å anvende enkelte alternative behandlingsmetoder. Hvis man ikke helt vet, så vipper tekstene sjelden den ene eller den andre veien. Det betyr at for en bruker som er nysgjerrig og ikke har kjennskap til kildekritikk, vil fortsette å lete etter tydeligere holdninger. Man søker videre. Det man da vil støte på, i alle medier, er en overvekt av artikler hvor alternative behandlinger blir opphøyet og fremhevet av troverdighetskilder som sannhetsvitner (pasienter), praktiserende helsepersonell og de alternative behandlerne selv.

I denne konteksten kan nifab.no med sin nøytralitet, på den ene siden, bidra til at flere vil finne alternative behandlinger som likestilt med skolemedisinen. Eller på den andre siden være sterkt kritisk til skolemedisinen og vitenskapelig forskning, siden det er det vi finner på de alternative sidene.

To drøftingspunkter gjør seg da gjeldende. Er det nøytrale språket en medvirker til at flere prøver og har positivt forhold til alternative behandlingsmetoder? Gjør det nøytrale språket at nifab.no blir borte som meningsytrer?

For å ta det siste først. Vår påstand er at hvis nifab.no hadde hatt en tydeligere "føre-var" holdning ville de fått en unik posisjon og blitt mer lyttet til og oppsøkt av journalister som har behov for å vekte stoffet de skriver. Samtidig finnes det alternativ behandling som langt på vei og beviselig har effekt. Da ville det være naturlig å fremheve disse. Det vil skape troverdighet på begge sider av nøytralitetsstreken. Alternativ behandling er en stor sekkebetegnelse og ved å fremheve det som viser virkning, og være tydeligere når bevis mangler og risiko er tilstede, så vil nifab.no være med å rydde litt opp i jungelen av ulike behandlingsmetoder. De ville ha skapt en grunn for å bli kontaktet. Dette kommer igjen når vi ser på "strategiske forhold" senere.

Nøytraliteten er viktig. Men om nøytraliteten gjør at viktig informasjon (effekt og trygghet, samt beviselig effekt) om enkelte behandlingsformer blir borte i formuleringene, så kan nøytraliteten virke mot sin hensikt. Man skaper gjennom sin nøytralitet en generell underliggende følelse av godkjennelse, om man har de "rette" brillene på.

Kort fortalt kan vi si at nifab.no er en informativ portal, men hvor det nøytrale språket kan skjule

varskosignaler og de behandlinger som har beviselig effekt

## 6.4 Mål og tallenes tale

I NAFKAMs strategiplaner er Nifab kun behandlet på én side. Mål 1 sier at nifab.no skal “[...] be the Norwegian population's main source of factual information about CAM. By the end of the strategy period, the yearly no of visitors to the website shall have passed 275,000, and the no of followers in social media have been doubled. Nifab will also hold more relevant content for its main public”. Når nifab.no befolkningen og måltallene?

### 6.4.1 Google Analytics

Antall besøkende på nifab.no er rapportert økende. Det kan denne analysen også bekrefte. 2011 viser 85 000 unike besøkende. 2012 har 126 000 unike besøkende. Vår analyseperiode videre fra 22. oktober 2012 til 22. oktober 2013 viser 162 000 unike besøkende. Det har altså vært en nær dobling av antall unike besøkende fra 2011, noe som er en positiv utvikling.

Ser vi på dem som returnerer er den også stigende. 14 000 returnerte til siden i 2011, 21 000 i 2012 og 29 000 i vår definerte årsperiode. Antall returnerende brukere øker litt mer enn antall nye brukere – noe som er et positivt tegn. I 2011 var 16,4 prosent av de unike besøkende returnerende brukere. I 2012 var det 16,6 prosent, mens det i vår periode er på 18,2 prosent.

Hva slags type engasjement har så de som kommer inn? Leser de, søker de, klikker de inn på flere artikler? Her har Google Analytics blant annet tidsbruk som et parameter. I vår angitte årsperiode er totalt antall besøk 215 000. 156 000, eller 72,5 prosent av disse besøk foretas på under 10 sekunder; - de kommer, men snur i døra.

Av totalt 59 000 besøk gjort av 29 000 unike returnerende brukere i perioden, er 40 000 besøk gjort på under 10 sekunder (67 prosent). Da står vi igjen med 19 000 besøk med lengde over 10 sekunder blant de returnerende. Av 19 000 besøk er det 14 000 som varer mellom 1-30 minutter, og som vi vil kunne si er kvalitativt gode besøk.

Totalt er det 44 000 besøk av 215 000 som varer mellom 1-30 minutter. Det tilsvarer 20,5 prosent av totalt antall besøk. 30 000 av disse er førstegangsbesøk som ikke gjentas i vår årsperiode.

79,5 prosent av besøk på nifab.no er altså over på under ett minutt.

### 6.4.2 Hva sier de spurte respondentene om Nifab?

Kort fortalt kunne ingen av de som ble forespurt på direkten redegjøre for Nifab eller nifab.no.

Det ble også gjort intervjuer med leger og ulike pasientforeninger hvor man i forkant hadde avtalt tid og sted. I de intervjuene som ble avtalt og gjennomført, viser datamaterialet at nifab.no blir oppfattet som god og nyttig.

### 6.4.3 Vurdering

Det synes ingen tvil om at innholdet på nifab.no er viktig. Det som mangler er å bli mer kjent. Dette er noe som er nedfelt i årsrapportene, kommer frem i fokusgrupper blant de ansatte, i intervjuer med informasjonssjefen og intervjuer med representanter for ulike målgrupper. Den manglende kjennskapet til Nifab og nifab.no er redegjort for i forbindelse med brukerundersøkelsen.

Tallenes tale er også klar. Hvis vi tar dem som har vært innom nifab.no over ett minutt bare én gang (30 000), så har man der nådd 0,59 prosent av befolkningen. Men de kommer ikke tilbake i vårt tilmålte år. De antall unike returnerende fikk vi ikke tall på, men det er allerede belyst at dette tilhører mindretallet av de besøkende og besøk.

Som man ser av tallene er det lite hensiktsmessig å kun ha måltall etter antall unike besøkende, slik vi finner det i Mål 1 i NAFKAMs strategi. Det er kun en liten andel av de besøkende og en liten andel av besøk som kan vurderes som kvalitativt gode. Man burde forsøke å definere målgruppene tydeligere og se om man kan finne flere mål enn unike brukere, da veldig mange av de unike brukerne er innom under 10 sekunder (72,5 prosent), selv blant de returnerende brukerne er denne prosenten kun 5,5 prosent lavere (67 prosent).

Er tallene som viser bruken av nifab.no bra eller dårlig? Vi er tilbake til strategi og planer som synes å mangle. Hvis vi ser på den totale målsettingen satt av Aarbakke-utvalgets rapport (hele befolkningen),



så vil svaret være at man ikke har kommet ut av startblokken ennå. Ser vi på målet gitt i NAFKAMs strategi kan vi bare konstatere at måltallet er på grensen til uvesentlig for å måle den kvalitative penetreringen i befolkningen, og derfor ikke kan tas hensyn til.

#### 6.4.4 Flukt

Fluktfrekvensen på Google Analytics indikerer hvor mange som forlater nifab.no fra den siden de kommer inn på. 72,5 prosent av de besøk som ankommer forlater nifab.no fra ankomstsiden. De fleste ankommer nifab.no fra Google gjennom organiske eller betalte annonser knyttet til virkestoffer eller behandlinger. Ser vi på destinasjonssidene til de besøkende i vår periode fra 22. oktober 2012 og ett år frem, ankommer det flere til fakta-arket om Gurkemeie, enn forsiden av nifab.no. Ser vi på sidene som er mest besøkt (detaljer om innhold) er det behandlingssidene som besøkes mest, etterfulgt av fakta-ark og så nyheter.

Destinasjonssidene viser videre at når den besøkte har vært på fagartikler, så er fluktfrekvensen høyere enn snittet. Fluktfrekvensen er lavere enn snittet når man ankommer forsiden av nifab.no.

Søkefeltet som nifab.no har på portalen er lite brukt. Det foretas nesten ikke søk på nifab.no sitt søkefelt. Kun 6 900 besøk (3,2 prosent) er med bruk av søkefunksjonaliteten.

#### 6.4.5 Vurdering – kjennskap og tall

Når vi vurderer fluktstatistikken må vi se vekk fra at de aller fleste besøkene på nifab.no er unnagjort på under 10 sekunder, og forsøke å konkludere noe rundt bruk av søkemotorer og de besøk som varer lenger.

Den kvalitative besøkende, som i all hovedsak kommer til siden via søk på søkemotorer, og blir værende over ett minutt, virker til å finne det en søker og forlater siden. Vi kan tolke disse besøkene til å være gjort av mennesker som søker informasjon om enkelte behandlingsformer, og ikke er generelt interessert i alternativ behandling som felt. Det vitner om en informasjonsside som gjør det som er forventet. Det kan ligge muligheter i teksten som kan få brukeren til å bli lenger. Muligens kunne man henvise til liknende alternative behandlingsformer for å få brukeren oppmerksom på mengden liknende typer

behandlingsformer, men da må vi tilbake til strategien om det er hensiktsmessig.

Når søkefeltet på nifab.no er lite anvendt, kan vi slutte at den besøkende finner det man er interessert i ved å klikke seg frem, eller lander på en side som gir informasjon om det man var ute etter.

#### 6.4.6 Sosiale medier

NAFKAMs første målsetting for Nifab innen 2016 sier: *“followers in social media have been doubled.”*

Å doble antall følgere på på sosiale medier betyr for facebook sin del å gå fra den gang 770 til 1540 innen 2016. I dag har man 1070. På twitter skal man gå fra 200 til 400. I dag har man 375. Således er man på god vei til å oppfylle kravene.

Sosiale medier genererte i vår periode fra 22. oktober 2012 til 22. oktober 2013, 2,6 prosent av all trafikk til nifab.no. Facebook og Twitter er egne kanaler og trenger ikke måles som trafikkgeneratoren til nifab.no. Likevel er det slik at det virker som om de fleste postinger på disse kanalene henviser til nifab.no og da er det rimelig å ta det som utgangspunkt.

Ser vi på facebooktallene oppdager vi at kun promiller av følgerne “liker” hver artikkel som legges ut.

#### 6.4.7 Vurdering – sosiale medier

Hva vil Nifab med sosiale medier? Nifab er i ferd med å nå målene som er satt av NAFKAM, men har ingen strategi på hva de sosiale mediekanalene skal gjøre for helheten og for måloppnåelsen. Det vekker igjen noen kommunikasjonsstrategiske tanker. Hva skal sosiale medier bidra til for Nifab? Er det trafikkdriverer? Egne informasjonskanaler? Kjennskap og kunnskapsgeneratorer for Nifab som avsender, eller en kjennskap og kunnskapsspreder for informasjon om alternative behandlingsmetoder?

Ser vi på facebooktallene oppdager vi at kun promiller av følgerne “liker” hver artikkel som legges ut. Det problematiseres ikke, men formidles som “vi øker stadig antall følgere på facebook” i årsrapportene. Men antall følgere sier lite om den faktiske penetreringen i befolkningen. Til sammenlikning: Helsedirektoratet 6096, Helsebiblioteket 3816, Folkehelseinstituttet 4317, Kommunelegen i Øvre og Nedre eiker 420

Nifab burde definere kanalenes ulike roller i mediemiksen og sikre at riktige mål blir satt for bruken. Det synes i dag som at postingen på Facebook og Twitter er lik til tross for at det i årsrapportene uttrykkes at følgerne på Twitter er mer profesjonelle brukere. Vi vil tro profesjonelle og private brukere har litt forskjellig interesseprofil.

#### 6.4.8 Konklusjon på mål og tallenes tale

Som sagt innledningsvis hadde det vært lettere å vurdere tallene om man hadde noen kvalitative mål knyttet til kanalene som Nifab disponerer. NAFKAMs måltall er ikke spesifikke nok, og måltallene på sosiale medier er heller ikke tilstrekkelige til å si noe om den faktiske penetreringen i den norske befolkningen. På generelt grunnlag kan man si at nifab.no har lang vei til å nå målsettingen.

### 6.5 Strategiske forhold – markedsføring, kjennskap og kunnskap

Nifab har et godt produkt. Portalen har fått sine godkjennelser, og vi støtter positivt opp om påstanden at portalen evner å formidle noe komplisert på en enkel og oversiktlig måte. Men verdien av portalen er avhengig av bruken og bruken er avhengig av hvilke markedsføringsstrategier, kommunikasjonsstrategier og taktiske valg man har gjort.

”Den norske befolkning” som det henvises til i Aarbakke-utvalgets rapport NOU 1998:21 må man i etterhånd behandle informasjonsstrategisk. Det innebærer å se på hvordan man kan definere og prioritere målgruppene, finne ut hvordan man kan nå dem i ulike kanaler og med hvilket innhold. Man må definere noen langsiktige mål. På basis av disse, setter man seg kortsiktige delmål som noen får ansvaret for å oppfylle.

Med en målsetting om å nå ”den norske befolkningen” skulle man forventet å finne strategiske dokumenter som tok for seg grunnleggende analyse av interessenter, prioriterte målgrupper, prioriterte tiltak knyttet til langsiktige og kortsiktige mål, måltall tilknyttet egne kanaler og ikke minst en refleksjon rundt hva hver kanal skal anvendes til (rolle i mediemiksen). Man burde med andre ord kunne forvente at Nifab hadde en tydelig og forankret markedsføringsstrategi, merke- og kommunikasjonsstrategi, mediestrategi og handlingsplan. I samtaler hvor strategier og handlingsplaner etterspørres, henvises

det til NAFKAMs strategiplaner (hvor Nifab har fått tildelt én side med fire målsettinger).

Det vi avdekker er at markedsføringen ikke er satt i system.

#### 6.5.1 Kanalvalg

Strategi handler om hvilke valg man må gjøre for å nå mål. Én ting er hva man velger, men like viktig er hva man velger bort. Valg må baseres på innsikt og forståelse for hva som vil ha størst effekt akkurat nå, med begrensede ressurser.

Årsrapportene fra 2008-2012 avdekker høy aktivitet. Spesielt for å opparbeide [www.nifab.no](http://www.nifab.no) til dagens nivå. En rekke spredningstiltak er også gjennomført. De spriker i innhold, kanal og målgrupper. Her er et knippe tiltak siden 2010:

- Bannerannonsering i massemedier som [vg.no](http://vg.no) og [dagbladet.no](http://dagbladet.no), m.fl.
- Annonsering via Google Adwords
- Facebook (informasjon om faktaark, alternative behandlinger og nyheter fra forskning og medier)
- Twitter (det samme som på Facebook)
- Youtube (fem filmer om ulike typer alternative behandlinger)
- Flickr (bilder fra samlinger, konferanser og alternative behandlinger)
- Respons til journalister på artikler som skrives om alternative behandlinger der Nifab ikke er brukt som kilde.
- Backlinks (på andre nettsider - peker til Nifab og alternative behandlinger)
- Brosjyre
- Refleksbånd
- Nyhetsbrev
- Wikipedia
- Foredrag hos ulike pasientforeninger (mest i Tromsøregionen grunnet kostnadsforhold)

Det kan være at det finnes en begrunnelse og bevisst prioritering for disse tiltakene, men det ikke leses ut av årsrapportene eller andre dokumenter.

Nyhetsbrev sies i egenrapporteringen å være prioritert ned, men kan gi nyttige påminnelser til viktige interessenter om eksistensen. Adwords er beskrevet som et effektivt tiltak, og det speiles i Google Analytics. Det fortsetter man med. Egentlig kan alle tiltak forsvares ut fra målsettingen om å informere den norske befolkningen, men om de er ressurseffektive

er det vanskelig å si noe mer om. Det må vi ha en strategisk underlag for å uttale oss på.

Tar vi for eksempel for oss backlinks, så finnes det på alt fra noen få kommuner til pasientforeninger til aktører på alternativ behandling. Noen finner vi ikke (under en oppdatering vil det kunne skje at linkene forsvinner). Et kjapt søk viste ingen tegn til at backlinkene til nifab.no hadde fått en fremtredende plass. Hvordan man har gått frem, hvilke ressurser man har lagt inn for å få til backlinks, hvilke nettsider man har prioritert, og hvilke krav man har satt for backlinkene, ville gitt et bilde av hva man kunne forventet av trafikk fra andre nettsider. I egenrapporteringen sier informasjonssjefen at de burde nådd flere kommuner. Det kan vi være enige i om nifab.no fikk en fremtredende plass, men om det er en skjult link langt bak i rekken, som sjelden blir sett og enda mindre brukt, så endres vår holdning.

Det holder ikke å bare være tilstede. Man må oppnå noe også i forhold til innsatsen.

Ett mulig tegn på sviktende bevisst prioritering og refleksjon er at Nifab går med et selvpålagt mål om en engelsk speilside, siden portalens innhold premieres som god. I fagrådet fra 14. mai 2010 står det "It was again emphasised by the council that presenting the effect according to system and component effect is unique in the world. Therefore Nifab should have the most central information in English". Dette målet gjentas i årsrapportene. Det er ikke noe galt i en slik målsetting, men burde man prioritere det nå? Skulle Nifab kanskje ha prioritert å nå befolkningen her hjemme, før man bygger på produktet?

NAFKAM har en varslingsrolle for behandlingstilbud. Ansatte som jobber med nifab.no overvåker media, men NAFKAM vurderer om det skal varsles og sender eventuelt ut varsel<sup>49</sup>. Til nå er der sendt inn to slike meldinger. Hvis dette er noe som krever mye ressurser i medieovervåkning, må man vurdere om en slik rolle er hensiktsmessig.

### 6.5.2 Vurdering - kanalvalg

Uten en plan kan alle tiltak bli like viktige, og en godt drøftet plan ville kvalitetssikret de ulike tiltakenes ressursutnyttelse i forhold til målene.

### 6.5.3 Målgruppene

Vi viser til begrensede måltall i strategien til NAFKAM om Nifab. Vi avdekker også at det ikke er dokumentert noen refleksjoner om hvordan man skal anvende egne kanaler. Dette understreker det vi tidligere har sagt om manglende dokumenterte strategier. For å ytterligere eksemplifisere, stilte vi spørsmål om prioriterte målgrupper. Hvor spesifiserte målgruppebeskrivelsene er, sier mye om evnen til å prioritere tiltak senere.

Intervju med informasjonsleder viser "målgruppene i «prioritert» rekkefølge" (at "prioritert" ligger i hermetegn er på mange måter et tegn i seg selv. Red.mrk):

1. Pasienter
2. Helsepersonell
3. Media, journalister
4. Forskere på ulike nivå
5. Alternative behandlere

I selvevalueringen fra Nifab, fremstilles følgende målgruppe:

- Individ, privat nivå:
  - Pasienter
  - Pårørende
- Profesjonelle gruppenivå:
  - Helsepersonell med pasienter som vurderer alternative behandlinger.
  - Journalister/skribenter som skriver om alternative behandlinger.

I NAFKAMS strategi defineres målgruppene som:

1. Norwegian population
2. Norwegian media
3. Healthcare professionals and CAM practitioners.

### 6.5.4 Vurdering - målgrupper

Det er sprik i målgruppene, og i prioriterte målgrupper. De enkelte målgruppene er ikke beskrevet mer inngående slik det bør gjøres. Det viser til en mangel på strategi hvor prioriteringen og beskrivelsene er gjennomdrøftet og nedfelt. Man kunne for eksempel strategisk drøftet om man skulle legge innsatsen inn på de største pasientgruppene fremfor å skulle dekke alle pasientgrupper, etter prinsippet om hva som har størst effekt. Man kunne drøftet om det var hensiktsmessig å ha *pasienter* som målgruppe overhodet, og heller kun sett på *helsepersonell* og *pasi-*

<sup>49</sup> Årsrapport Nifab 2011; Tildelingsbrev 2011

*entforeninger*. Dette kan synes som flisespikkeri, men er det ikke. Det er stor forskjell på tiltak som skal nå pasienter kontra helsepersonell og pasientforeninger.

Nifab.nos målgruppe kunne være helsepersonell (kan brytes ned mer spesifikt) og pasientkontakter og talspersoner i pasientforeningene. Sluttbrukeren er pasienten, men for nifab.no må man stole på at de valgte målgruppene kan bistå i å gjøre informasjonen kjent. NIFABS målgrupper ville kunne fungere som katalysatorer for spredningen. Ved å engasjere dem i dette viktige arbeidet (her må det konsentreres ressurser for å finne gode virkemidler), så kunne man nådd stadig flere pasienter.

Denne indirekte måten å nå sluttbruker på er mye brukt i markedsføring, spesielt mot foreldre (for å nå barn og unge), men det beste eksempelet finner vi i Obamas Great Schlep-Campaign. Her er komiker Sarah Silverman (selv jøde) engasjert for å få barnebarn av jødiske besteforeldre i Florida til å stemme Demokratene. Et direkte fremstøt av Obama hadde vist seg å ikke nå frem, og dermed gikk man indirekte til verks. Legg merke til hvordan man bruker ulike argumentative og humoristiske virkemidler for å engasjere og gjøre saken tydelig<sup>50</sup>.

### 6.5.5 Konkurrentene

Nifab.no har konkurrenter som er dypt partiske. Alternativ.no, altnett.no, aktørens hjemmesider og de enkelte behandlingsmetodenes forbundssider. Alt i alt kan man si at nifab.no overkjøres av partiske informasjonsportaler på internett<sup>51</sup>.

### 6.5.6 Vurdering - konkurrenter

Man kan spørre seg hvordan man skal klare å fremstå tydelig i en kontekst hvor overvekten av partisk informasjon er enorm. Kan nøytraliteten virke mot sin hensikt? Det er noe vi allerede har drøftet, men også kommer inn som et moment under "Gi en grunn for å huske" under.

### 6.5.7 Navn

Hva Nifab står for klarer vi ikke å finne inne på nifab.no, og forkortelsen henger ikke på formålet. "Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling" kunne like gjerne hatt en partisk avsender. Når vi nå vet at Nifab er NAFKAMs "(Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin) nettportal for formidling av forskning og fakta om alternativ behandling.", så har vi to forkortelser å forholde oss til. Det skaper et avsender-rot. Når NAFKAM er ute på foredrag henvises det til Nifab. Nifab henviser til NAFKAM. Man burde sette seg ned å vurdere om man ikke kunne slått avsenderne sammen, eller skapt et tydeligere navn. I minste fall lagt inn et tydelig formål under navnet på toppen av portalen nifab.no.

### 6.5.8 Styringskultur uten ansvarliggjøring?

Det mangler dokumenterte strategier som prioriterer. Kan den manglende dokumenterte prioriteringen ligge i styringskulturen? Nifab har ikke dedikerte personer på oppgaver som produktutvikling eller markedsføringen av portalen, ref. selvrapporteringen. Alle skal kunne gjøre alt. Det begrunnes med at Nifab da blir mindre sårbar for sykemeldinger og jobb-bytter blant ansatte. Denne praksisen kan lett føre til ansvarsforvitring og lite kontinuitet på oppgaver som bør følges tett. Og kan alle egentlig bli like gode på alt? Hva vil det ha å si for kompetansen og kontinuiteten på de enkelte områdene?

### 6.5.9 Andre oppgaver og nøytralitet

Utover å drive nettsiden har Nifab en stor oppgave i å besvare henvendelser som kommer både fra overordnet nivå og fra brukere om alternativ behandling. De ansatte ved Nifab har derfor telefonvakt for å være tilgjengelig for henvendelser. Dette er særlig henvendelser fra brukere som ønsker råd og veiledning for bruk av alternativ medisin. Respondenter både knyttet til interesseorganisasjoner og overordnet fra Helsedirektoratet henvender seg til Nifab for råd og informasjon om alternativ behandling.

I rådgivningsrollen møter Nifab i likhet med NAFKAM en rekke utfordringer knyttet til rollen som nøytral aktør. Flere av respondentene i analysen hevder at Nifab balanserer på en enda smalere knivegg enn det NAFKAM gjør, men Nifab får skryt for deres evne til å ivareta den nøytrale rollen.

<sup>50</sup> <http://www.youtube.com/watch?v=AgHHX9R4Qtk>

<sup>51</sup> [http://no.wikipedia.org/wiki/Organisasjoner\\_for\\_alternativ\\_behandling\\_i\\_Norge](http://no.wikipedia.org/wiki/Organisasjoner_for_alternativ_behandling_i_Norge)

Som tidligere nevnt finnes det en rekke ulike typer alternative behandlingsformer. Nifab har derfor en stor oppgave i å skulle belyse alle disse formene. Samtidig får Nifab, i følge flere respondenter, en viktig rolle med å sile ut hvilke råd og behandlingsformer som er seriøse og troverdige.

Nifab får også skryt for å klare å ivareta en tilbaketrukket rolle i debatter og diskusjoner, for deretter å komme med informasjon i etterkant. Her ligger det også en balansegang, for at Nifab ikke blir for forsiktede og dermed usynlige for deres målgrupper.

#### 6.5.10 Gi en grunn for å huske – et forsøk på råd

Våre respondenter var ikke kjent med nifab.no. Tallene viser at det er langt igjen for å nå den norske befolkningen. Nifab.nos manglende tydelighet på formål og unikhet kan være årsaken. Kanskje ville man fått flere returnerende om man klart å formidle formålet og fremstå med den unikheten man tross alt har?

“Nifab.no er NAFKAMs (Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin) nettportal for formidling av forskning og fakta om alternativ behandling.”

Dette unike formålet trer ikke frem på portalens fremside, eller på de enkelte informasjonssidene. Den er å finne under knappen OM Nifab lenger ned på siden, som i sin uttrykksform ikke signaliserer å være en klikkbar link, men også i supermenyen som ofte blir oversett (ref. heat map).

Fra en brukers ståsted, som ikke har bevissthet rundt kildekritikk, vil dermed nifab.no opptre likt som wikipedia, alternativ.no, altnett.no, aktørens nettsider, forbundssider og andre mindre nøytrale informasjonskilder. Nifab.no blir da bare nok en side om alternative behandlinger. Nifab.no burde sikre at deres troverdighetskilde som statens forskningsbaserte informasjonskanal om alternative behandlinger ble gjort tydelig. Man burde også formidle at det er den eneste norske siden som har et slikt formål (hvis det stemmer da). Da ville man gjort det klart for mottaker hvorfor man burde returnere til akkurat nifab.no og ikke anvende noen annen informasjonskilde (som også kunne blitt formidlet). Det ville hjulpet mottaker betraktelig i å forstå hva slags side man har kommet på, gitt en grunn for huske portalen, og en grunn til å returnere.

Nifab.nos sider bør behandles som om enhver side er forsiden (som vi ser av pkt. 4 ”Tallenes tale”, så ankommer det flere på undersidene enn på forsi-

den). Formålet med nifab.no bør således komme frem på alle behandlingssidene og fakta-arksidene for på den måten sikre at brukeren får vite om nifab.nos unikhet og formål. Det vil kunne gi en grunn for den besøkende å legge nifab.no på minnet og returnere, eller lese informasjonen enda grundigere. Vår anbefaling er at det bør komme på plass så snart man har mulighet. I dag kan nifab.no oppleves som bare nok en siden om alternative behandlingsformer.

#### 6.5.11 Konklusjon på strategiske forhold

Manglende strategier, og dokumentert strategisk refleksjon kan sies å være en hovedgrunn til manglende kjennskap. Uten strategier så forsvinner mål-bildet og alt blir like viktig.

Det er liten tvil om at innholdet på nifab.no er viktig blant mange av dem som gjør seg kjent med innholdet. Det som mangler for Nifab er å bli kjent. Det foreligger samtidig bred enighet hos blant annet interessenter, pasientorganisasjoner og brukere om at senteret har en viktig oppgave med å sile ut troverdig informasjon om alternativ behandling. Samtidig etterlyses det mer synlighet fra Nifab. Evaluators vurdering er at Nifabs synlighet og tilbaketrunkne fremtoning kommer som en konsekvens av avdelingens rolle som nøytral aktør. For at Nifab skal bli mer kjent ute blant brukerne er det etter evaluators vurdering helt nødvendig at avdelingen blir mer synlige utad.

## 6.6 Hovedkonklusjon og anbefalinger

Nifab har siden opprettelsen av nifab.no i 2007 prioritert å bygge innhold til nettstedet. Årsrapportene fra 2008 dokumenterer at stadig flere behandlingsformer og virkestoffer blir beskrevet. I dag har man fått dekket de mest anvendte, kjente og etterspurte behandlingsformene. De aller mest etterspurte har fått en dominerende plass på fremsiden av nifab.no. Databasen vokser fortsatt ettersom man fortsatt ikke har nådd universet av behandlingsformer, noe man heller ikke tar seg mål om å klare da stadig nye alternative behandlingsformer blir registrert, men det gjør at stadig flere finner frem til nifab.no med organiske søk fra Google og andre søkemotorer.

Språket på nifab.no føres på en pedagogisk og nøytral måte, diskursen er avdempet og presis slik at mottaker både blir informert, men også får tilgang til

den forskningsmessige dokumentasjonen artiklene baserer seg på. Den senere tid har det blitt utviklet en effekttabell som gir god oversikt over hva man i dag vet om effekt. Nifab ønsker også å gå i gang med å disponere og skrive ut stoffet etter pasientdiagnose som skal lette informasjonsøket for interessentene.

Nifabs arbeid for å sikre kjennskap og kunnskap i befolkningen virker derimot tilfeldig og ikke satt i system. Det finnes lite dokumentasjon på planene, og heller ingen strategi som tydelig setter mulighetene opp mot hverandre med prioriteringer fremover.

Vår anbefaling vil være at man prioriterer å lage gode planer. Det betyr også at man må gjøre noe med den interne disposisjonen av ressurser. I dag spres ansvaret for nye artikler på nifab.no, kvalitets-sikring og markedsføring/PR på alle ansatte. Ingen har dedikerte ansvarsoppgaver. Med en tydeligere ansvarsfordeling, konkrete strategier med tiltakspla-

ner og målbare mål, vil man kunne endre dagens situasjon i retning av sterkere grad av kjennskap og kunnskap i mot utvalgte målgrupper. Det er ingen tvil om at nifab.no har et stort potensiale for å bli mer kjent og anerkjent som den forskningsbaserte informasjonsdatabasen for dem som vil vite mer om alternative behandlingsformer i Norge.

For å få det til må nifab.nos formål tydeligere fremkomme på portalen og kanskje burde man anta en noe mer kritisk holdning og la en "føre var"-holdning betone effekt og trygghetsbeskrivelsene. Tar man ikke en posisjon har man langt mindre sjanse for å bli lyttet til.

Merke- og informasjonsstrategisk kan det virke mot sin hensikt å ha operere med to "merkenavn" – NAFKAM og Nifab. Det forvirrer mer enn det hjelper. Et nytt navn eller en sammenslåing til bruk av ett navn, er mulige løsninger som kunne vært drøftet.



## Kapittel 7. Veien videre for NAFKAM

Etter 13 år med systematisk forskning på alternativ behandling gjennom Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin, fremstår behovet for et slik senter som større enn noen gang. Antallet personer i Norge som benytter alternativ behandling er økende og antallet aktører i den alternative behandlingssfæren det samme. Å sikre forskningsbasert kunnskap om alternativ behandling, som kan bidra til økt pasientsikkerhet samtidig som forskning blir gjort tilgjengelig og dermed gjør pasienters og befolkningens valgfrihet mer reell, anses derfor som riktig og viktig.

Dette blir også påpekt fra politisk hold; "[Helse- og sosialkomiteen] er tilfreds med at [evalueringen] er gjennomført, fordi det er viktig å sørge for kvalitets-sikret kunnskap og informasjon når det gjelder alternativ behandling"<sup>52</sup>.

Denne evalueringen har vist at NAFKAM har bidratt til å endre alternativ behandling fra et minefelt til et etablert forskningsområde. På et overordnet nivå, er evalueringens konklusjon at NAFKAM oppfyller sitt mandat; senteret produserer forskning med god metodisk kvalitet og det har en anerkjent posisjon internasjonalt. NAFKAM evner videre å ivareta nøytralitetshensynet på en god måte, gjennom å navigere bra mellom på den ene siden alternativbehandlerne og på den andre siden skeptikerne.

Når det er sagt, viser evalueringen også at NAFKAM har forbedringspotensiale og en vei å gå i forhold til å styrke og manifestere sin posisjon. Blant annet fremstår NAFKAM som lite synlig nasjonalt og forskningen oppleves i liten grad som relevant for målgruppene, i tillegg til at forskningen har vært relativt smal. Den vitenskapelige produksjonen har også vært på et moderat nivå.

NAFKAM har fram til nå i liten grad vært underlagt styring fra overordnede organer. Evalueringen viser at verken departementet, direktoratet eller universitetet i særlig grad har involvert seg i senterets virksomhet. Gitt at NAFKAM er et universitetssenter, fremstår fraværet av styring som riktig i forhold til den vitenskapelige friheten, et slikt senter skal ha. Når det er sagt, fremstår det som om de styrende organene ikke har følt et tilstrekkelig ansvar for utviklingen av senteret ved å sette tydelige mål og

rammer for virksomheten, samt forventninger til resultater. Langt på vei er det utydelig hva de bevilgende myndigheter vil med NAFKAM.

### *Så hvor går veien videre for NAFKAM?*

Veien fram til nå, har i stor grad blitt definert av NAFKAM selv. Senteret har langt på vei kunne legge premissene for sin retning og sitt arbeid. Leder ved NAFKAM, har trolig hatt stor påvirkning i det som spissformulert kan sies å ha vært et styringsmessig vakuum siden opprettelsen. Dette gir imidlertid senteret en sårbarhet i det videre arbeidet. For som NAFKAM selv påpeker som en fremtidig utfordring i selvevalueringen; "Opprettholde forskningsmessig bredde/kvalitet og innovasjon, samt høy nasjonal og internasjonal innflytelse når lederen skal erstattes".

I sitt videre virke er det sentralt at NAFKAM fremstår som en tydeligere aktør i den nasjonale konteksten. Dette henger både sammen med å øke relevansen av forskningen som produseres, men også å ha en tydeligere og klarere stemme i den offentlige debatten. For å sikre dette, må det i sterkere grad anføres en retning for hva myndighetene vil at NAFKAM skal være, samtidig som senteret internt må foreta noen justeringer. Sentralt blir også den videre utviklingen av Nifab (nifab.no). To navn forvirrer mer enn det gagnar, og det er tydelig at Nifab ikke har evnet å nå ut med sin unikhet knyttet til det faktum at det er en nøytral informasjonsformidler finansiert av staten.

Denne evalueringen har gitt anbefalinger på en rekke mulige justeringer, både i forhold til styring og organisering, forskningen og informasjonsformidlingen som kan bidra i veien videre for NAFKAM. På bakgrunn av at vi har sett at NAFKAM og Nifab er lite kjent i offentligheten og i helsetjenesten, at deres virksomhet ikke oppleves som særlig relevant, og at det kan være noe forvirring om rollene til de to enhetene, ønsker vi å avslutte med følgende diskusjon:

Evaluator foreslår at oppdragsgiver vurderer å iverksette en prosess med relevante aktører for å fornye NAFKAMs mandat. Vårt innspill til en slik prosess er:

- NAFKAM bør produsere mer forskning som oppleves som relevant i helsetjenesten og blant alternativbehandlerne. Det kan skje ved større vektlegging av systematiske oversikter og metodevurderinger av ulike behandlingsformer.

<sup>52</sup> Prop. 1. S (2013–2014) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014)

- Nifab bør innta en noe mer kritisk holdning og la en "føre var"-holdning betone effekt- og trygghetsbeskrivelsene. Videre bør Nifab gi de interesserte brukerne bedre veiledning i selv å finne og vurdere litteratur.
- NAFKAM og Nifab bør integreres bedre, i oppgaver, strategi og navn.

Evaluator tror det kan være fruktbart å se på Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sine oppgaver overfor den ordinære helsetjenesten som en modell. Kunnskapssenteret presenterer sin hovedoppgave slik:

«Vi oppsummerer forskning om effekt av tiltak. Vi hjelper helsepersonell og helseforvaltningen ved å sortere den forskningsbaserte kunnskapen på en systematisk måte. Dette gjør vi på områder der fagmiljøene er uenige, der nytteverdien er usikker, der praksis varierer og der problemstillingene berører mange. Ved å oppsummere relevant forskning om effekten av behandling gir vi bedre grunnlag for gode beslutninger.»

Opgaven er altså en slags ryddejobb i et til dels forvirrende kunnskapsbilde. Det er all grunn til å tro at også innen alternativ behandling er det et forvirrende kunnskapsbilde.

Vi stiller spørsmål om dette kan være en vei videre for NAFKAM, for å bedre relevans og nytte av senteret. Er det mulig å tenke seg at Helsedirektoratet formulerte NAFKAMs mandat på en liknende måte, selvsagt begrenset til alternativ behandling? Et viktig tilleggsmoment er da at målgruppen ikke må begrenses til behandlerne (helsepersonell og alternativbehandlere), men også inkludere publikum som målgruppe. Til forskjell fra innen medisinen, må jo brukere av alternativ behandling normalt velge behandlingsform *før* de oppsøker en behandler.

Endringen innebærer at NAFKAM i større grad gjør systematiske litteraturoversikter og metodevurderinger av alternative behandlingsformer. Feltet er så stort at NAFKAM gjennom primærforskning aldri kan dekke mer enn en brøkdel av behandlingsformer og sykdommer. Derfor er det avgjørende å skaffe oversikt over dagens kunnskapsbilde slik at man finner de behandlingsformer som mangler et godt kunnskapsgrunnlag.

Endringen innebærer dermed ikke at NAFKAM skal slutte med egen primærforskning. De systematiske oversiktene kan nettopp gi indikasjoner på hvor det finnes kunnskapshull som kan fylles med egne randomiserte effektstudier. For slike hull finnes. På en rekke områder er det behov for randomiserte studier av høy kvalitet for å avgjøre om det finnes noen behandlingseffekt.

Endringen innebærer en bedre integrering av NAFKAM og Nifab. De får hver sin del av oppgaven med å sortere, vurdere og oppsummere den forskningsbaserte kunnskapen (NAFKAM) og deretter tilrettelegge og formidle denne oppsummeringen for helsepersonell, alternativbehandlere og publikum (Nifab).

Med en slik endring kunne det også følge en navneendring, til Nasjonalt kunnskapssenter for alternativ behandling. Navneendringen innebærer:

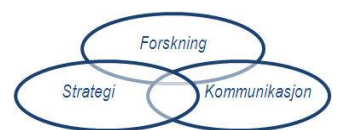
- «Forskning» går ut av navnet, men erstattes av «kunnskap» som et mer overordnet begrep, som inkluderer å lage, vurdere, sortere og formidle kunnskap. Dermed signaliserer navnet noe mer enn bare et forskningssenter.
- Begrepet «komplementær» går ut av navnet fordi dette begrepet aldri har slått gjennom i norsk offentlighet. Alternativ behandling er det gjengse begrepet, som vi også finner i Lov om alternativ behandling. Vi forstår at man med begrepet «komplementær» ønsker å vise at behandlingen ikke skal fortrenge, men utfylle den medisinske behandlingen, men vi synes den debatten ikke behøver å tas i navnet på senteret.
- Man legger seg nær opp til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som er godt kjent og en suksess. NAFKAM kan da nyte godt av en slik assosiasjon ved at mange brukere umiddelbart vil forstå at NAFKAM driver med noe liknende, men bare på feltet alternativ behandling.

Kunnskapssenteret driver Helsebiblioteket, med formål «å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby helsepersonell fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap». Dette er nært opp til Nifabs formål, bare at Nifab også har publikum som målgruppe. Kanskje kan nettportalen nifab.no endre navn til "*Bibliotek for alternativ behandling*" og legge enda mer vekt på tilgang til primærkilder for dem som ønsker det, gjerne i samarbeid med Helsebiblioteket.

(Helsebiblioteket driver jo en rekke emnebiblioteker for deler av medisinen.)

Ved en eventuell endring i denne retning, bør NAFKAM søke nærmere samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å lære hvordan senteret har klart å bli den sentrale kunnskapskilden for norsk helsepersonell. For nettopp det bør også være NAFKAMs mål, nemlig å bli den viktigste kunnskapsbaserte og oppdaterte kunnskapskilden for helsemyndigheter, helsepersonell, alternativbehandlere og publikum om alternativ behandling.





Oxford Research AS, Østre Strandgate 1, 4610 Kristiansand, Norge, Tlf. 40 00 57 93, [www.oxford.no](http://www.oxford.no)