

Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2013

Notat fra Kunnskapssenteret
Desember 2014

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-913-7

Desember 2014

 kunnskapssenteret

Tittel	Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2013
English title	Information of research gaps from NOKC systematic reviews and HTA-reports in 2013
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Vist, Gunn Elisabeth, <i>Seksjonsleder, Kunnskapssenteret</i> Jamtvedt, Gro, <i>Avdelingsdirektør, Kunnskapssenteret</i> <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
ISBN	978-82-8121-913-7
Publikasjonstype	Notat
Antall sider	26 (26 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Emneord(MeSH)	Kunnskapshull, forskningsbehov
Sitering	Vist GE, Jamtvedt G. Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2013. Notat fra Kunnskapssenteret –2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember, 2014

Hovedfunn

Kunnskapssenteret publiserer årlig en oversikt over kunnskapshull som vi har identifisert gjennom arbeidet med systematiske forskningsoversikter. Kunnskapshullene som er identifisert dekker ikke hele behovet som norsk helsetjeneste har for forskning om effekt av tiltak, men er kun knyttet til spørsmålene som er oppsummert av Kunnskapssenteret i 2013.

De fleste forskningsoversiktene som ble utført i 2013, konkluderte med at det er behov for mer og bedre forskning om effekt av de tiltakene som Kunnskapssenteret har vurdert. Dette gjelder for spørsmål innen folkehelse, screening, diagnostikk, legemidler, psykisk helse, traume og kirurgi, nyresvikt, hjertesvikt, organisatoriske tiltak, ulike velferdstiltak.

Noen av forskningsoversiktene fant at det helt mangler studier som kan besvare spørsmålet. Det mangler studier som har vurdert:

- nøyaktigheten av å stille to spørsmål som screeningsverktøy for depresjon
- effekten av acetylsalisylsyre (aspirin) til forebygging av kreft
- enerom sammenlignet med kontaktsmitteisolat for pasienter med infeksjoner som smitter ved kontakt
- å overføre oppgaver mellom helsepersonell:
 - enkelte oppgaver ved kirurgiske inngrep som nå utføres av operasjonssykepleiere til en egen, ny gruppe opplært til dette formålet (operasjonsteknikere)
 - enkelte oppgaver som nå utføres av radiologer til radiografer
 - enkelte oppgaver som nå utføres av patologer til patologassistenter
 - nye roller for legesekretærer i sykehus

Generelt er det også behov for at forskningen som utføres publiseres med god og utfyllende informasjon og beskrivelser av deltakere, tiltak og sammenligninger, og at det som sammenlignes i studiene omhandler de relevante pasientpopulasjoner/personer, tiltak i riktig intensitet/dose, at de viktige utfallsmålene rapporteres og at tiltakene følges over tilstrekkelig tid.

Key messages (English)

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services publish yearly a report of the knowledge gaps that we identify during our work with the systematic reviews and health technology assessments (HTA) that we conduct. The identified gaps do not cover the needs for research in Norway, but reflects the needs that were identified for the questions that was prioritized for our systematic reviews and HTA reports for 2013.

Most of our systematic reviews and HTA's conducted in 2013 concluded that there is a further need for more research. This includes public health, screening, diagnostics, drugs, mental health, trauma and surgery, kidney failure, heart failure, organization of care, various welfare interventions.

Some reports found a complete lack of studies of effect that addressed the relevant question. There is a lack of effect studies assessing:

- The accuracy of asking two questions as a method of screening for depression
- The effect of aspirin for cancer prevention
- Use of single room compared to specially designed isolation rooms for preventing infections
- Task shifting between health care personnel in hospitals
 - some tasks in connection with surgery
 - some tasks between radiologists and radiographers
 - some tasks between pathologists and pathology assistants
 - new tasks for medical secretaries

Generally, there is also a need for studies to include a more complete description of participants, interventions and comparisons. It is a need that those who are compared in studies is relevant/similar to the relevant populations/patients, that the interventions are given in relevant intensity/dose, that the important outcomes are measured, and that the interventions are followed for an appropriate length of time.

Innhold

HOVEDFUNN 2

KEY MESSAGES (ENGLISH)

3

INNHold 4

INNLEDNING 5

METODE 8

RESULTAT 9

DISKUSJON 22

REFERANSER 24

Innledning

Kunnskapssenteret publiserer systematiske oversikter og metodevurderinger som besvarer spørsmål om effekt av tiltak på bestilling for helse- og velferdstjenestene i Norge. Målet med forskningsoversiktene er å bidra til gode beslutninger om helse slik at brukerne mottar best mulig tjenester. Oversiktene skal være kunnskapsgrunnlag for beslutninger om valg av tiltak for forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering eller organisering av tjenestene. De spørsmålene som er besvart i våre oversikter er på ingen måte dekkende for alle behov og spørsmål som tjenestene trenger svar på, de er et utvalg som er blitt foreslått fra tjenestene og forvaltning og som er blitt prioritert i Kunnskapssenterets bestillerforum. Bestillerforum er sammensatt av representanter fra blant annet helseforvaltningen, helseforetakene, kommunehelsetjenesten, profesjonsforeninger og pasientforeninger, og de hjelper oss å prioritere hvilke av de foreslåtte spørsmålene som vi besvarer hvert år. Dette notatet sammenfatter hva disse oversiktene har vurdert som viktige behov for videre forskning innenfor de spørsmålene som er besvart i 2013.

Forskingsoversiktene kan konkludere med at et tiltak har klar effekt, klar mulighet for skade, eller som ofte er tilfelle, at forskningen ikke danner sterkt nok grunnlag for klare konklusjoner. Noen ganger finner vi også at det helt mangler forskning om effekten av viktige tiltak. Kunnskapssenteret mener at alle disse resultatene er viktige.

Ikke minst er de alle viktige i vurdering av hvilken ny forskning som bør igangsettes, og eller tilgodeses med forskningsmidler. Der det er klare konklusjoner om effekten av tiltak er det et vel så viktig signal om at det ikke er behov for mer forskning om akkurat dette som der det er skrikende behov etter forskning.

Kunnskapssenteret mener at all ny forskning bør skje i lys av hvor mye/lite forskning som allerede finnes på det aktuelle spørsmålet. Med andre ord mener vi at det som bakgrunn til enhver forskningssøknad bør foreligge en systematisk oversikt eller referanse til en systematisk oversikt som viser behovet for mer forskning på området. Vi har brukt begrepet «Kunnskapsbasert forskning» som betegnelse på dette prinsippet (1).

Bruk av systematiske oversikter til dette formålet er også et tiltak i seg selv for å unngå unødvendig bruk av ressurser til forskning som det ikke er behov for. Iain Chalmers og medarbeidere har beskrevet dette i en serie artikler om «waste» i forskning publisert i The Lancet (2).

At tilgjengelig forskning ikke er tilstrekkelig grunnlag til å danne klare konklusjoner kan være et resultat av manglende forskning på det aktuelle tiltaket, at forskningen er utilfredsstillende utført, eller som vi ofte også finner, at den forskningen som er utført er rapportert så ufullstendig eller så dårlig at den er vanskelig å tolke eller basere konklusjoner på.

God planlegging og rapportering av den forskningen som gjennomføres er alltid viktig. Det finnes flere gode veiledere for rapportering som til dels også kan benyttes i planleggingsfasen av studier, for eksempel CONSORT for randomiserte kontrollerte forsøk (3), TREND (4) for ikke-randomiserte forsøk, STROBE (5) for observasjonsstudier og QUADAS2 for diagnostiske tester (6) og PRISMA for systematiske oversikter (<http://prisma-statement.org/statement.htm>).

Flere av Kunnskapssenterets internasjonale samarbeidspartnere og søsterorganisasjoner slik som James Lind Alliance i Storbritannia, SBU i Sverige og HTA senteret i Alberta, Canada utfører liknende aktiviteter for å identifisere kunnskapshull, dette er beskrevet i en av våre tidligere kunnskapshullnotater (7).

Det er en internasjonal enighet om at det er nyttig å koble de forskerne som skriver systematiske oversikter og metodevurderinger og identifiserer kunnskapshull med forskerne som faktisk utfører forskning, og ikke minst med de som finansierer forskning. Dette bekreftes av at det pågår et prosjekt i regi av European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) om tidlig dialog mellom forskere i metodevurderingsorganisasjoner og forskningssentre i ti land; Belgia, Frankrike, Irland, Italia, Nederland, Spania, Storbritannia, Tyskland, Ungarn og Østerrike (EUnetHTA JA2 WP7 (2012-2015)). Det er også en økende andel av forskningsmidler internasjonalt som blir øremerket oppdragsforskning (targeted research), for eksempel i PCORI og det store Health Technology Assessment (HTA) Programme i UK (<http://www.nets.nihr.ac.uk/programmes/hta>). Programmene er satt opp for å bestille forskning som er basert på identifiserte kunnskapshull. Helse- og omsorgsdepartementet signaliserer at dette vil være en satsning fremover innen forskningsfinansiering i Norge også.

Selv der det er relativt klare konklusjoner om effekten av et tiltak, er det ofte basert på internasjonal forskning med få av studiene gjennomført i Norge eller Norden. Dermed er det ofte usikkerhet knyttet til overføringsverdien og usikkerhet om vi kan forvente samme effekten som i studiene dersom tiltaket innføres i Norge. Særlig er dette en vanskelig vurdering når det gjelder effekt av organisering av helsetjenestene

og dersom vi har en egenartet organisering i Norge, for eksempel er vi det eneste land som har helsestasjoner.

For mange tiltak kan det være vanskelig å utføre store nok studier, særlig for enkeltland med små populasjoner slik som Norge. Det er behov for mer både nasjonal forskningsstøtte slik som NORCRIN (<http://www.norcrin.no>) og internasjonalt forskningssamarbeid slik som ECRIN (<http://www.ecrin.org>) for Europa. Som del av samarbeidet om HTA i Europa gjennom EUnetHTA Joint Action 2 er det etablert en database med anbefalinger om videre forskningsbehov: EVIDENT databasen, se www.eunetha.eu.

Metode

Vi har innhentet informasjon om kunnskapshull fra systematiske oversikter og metodevurderinger som Kunnskapsenteret publiserte i 2013.

Informasjonen fra oversiktene er presentert og omtalt i tekst og tabeller.

Resultat

I 2013 publiserte Kunnskapssenteret 19 systematiske oversikter og metodevurderinger som svar på spørsmål om effekt av tiltak som svar på bestillinger fra de norske helse- og velferdstjenestene. Vi har sammenfattet informasjon om behov for videre forskning fra disse forskningsoversiktene. Først presenterer vi forskningsbehovene tematisk og deretter lister vi metodiske forskningsbehov som vi har identifisert.

Folkehelse

To oversikter omhandlet folkehelse, en så på sammenhengen mellom inntak av alkoholholdige drikker og risiko for hjerte- og karsykdom (8), og en systematisk oversikt sammenstilte funn om obstetriske konsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse (9).

Hovedkonklusjonen til rapporten om sammenheng mellom alkoholinntak og risiko for hjerte- og karsykdommer er at alkohol bidrar til økt risiko for hemoragisk hjerneslag og hypertensjon, og trolig også til økt risiko for iskemisk hjerneslag og atrieflimmer (8). Rapporten fant også at risiko for hjerneslag forårsaket av blødning, høyt blodtrykk og atrieflimmer økte med økende alkoholmengde.

Kunnskapshull – sammenheng mellom alkoholinntak og hjerte- og karsykdom:

- Det er mange studier (opp mot 200) som er oppsummert i mange systematiske oversiktene. For mange av de studerte utfallene, er det behov for en reanalyse av meta-analysene med strengere krav for å unngå heterogenitet. Dette vil kunne bringe oss nærmere en konklusjon om alkoholinntak påvirker risikoen for koronarsykdom, koronar død, død av hjerneslag, og om alkohol påvirker flere relevante biomarkører.

Den systematiske oversikten som så på obstetriske konsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse inkluderte mange studiedesign: kohortestudier, kasuskontrollstudier, tverrsnittstudier, kasus-serier og kasustikker (9). Rapportens hovedkonklusjon

er at kvinner med kjønnslemlestelse har større risiko enn kvinner uten kjønnslemlestelse for å oppleve forlenget fødsel, obstetriske rifter, instrumentell forløsning, store blødninger og vanskelig fødsel.

Kunnskapshull - obstetriske konsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse:

- Konklusjonene er basert på kunnskapsgrunnlag av svært lav kvalitet, slik at man ikke kan dra kausale slutninger.
- Det er usikkert om ytterligere studier vil gi meningsfulle endringer i resultatene vi har sammenfattet her. Hvis videre forskning på sammenhengen mellom kjønnslemlestelse og obstetriske utfall anses som etisk og økonomisk forsvarlig bør slike studier være basert på best mulig design, som er kauskontrollstudier.

Screening

En systematisk oversikt omhandlet effekt og diagnostisk nøyaktighet for depresjonsscreening av gravide og barselkvinner med hovedhensikt å vurdere 1) Ulike screeningtesters nøyaktighet for å identifisere depresjon i svangerskapet eller inntil 12 måneder etter fødsel, og 2) Effekten av programmer på forekomst av deprimerte mødre, samt fysiske og sosial utfall hos mor, barn og familien, inklusive negative eller uønskede effekter (10). Rapporten konkluderer med at screeningen vil fange opp over 90 prosent av kvinnene som er deprimerte etter fødsel. Spesifisiteten er rundt 80 prosent, som betyr at 80 prosent av kvinnene som ikke har depressive symptomer blir korrekt identifisert. Det innebærer at et betydelig antall kvinner vil klassifiseres som mulig depressive, mens de er friske (falske positive).

Kunnskapshull - depresjonsscreening av gravide og barselkvinner:

- Det er gjort valideringsstudier av EPDS for å vurdere testens nøyaktighet, men det er ikke differensiert mellom settinger og populasjoner og det er lite forskning på gravide.
- Screening etter fødselen kombinert med tiltak hos de som tester positivt gir færre kvinner med depressive symptomer ved 4-6 måneder, men det mangler robust forskning for langtidsoppfølging.
- Andre utfallsmål enn depressive symptomer hos mor, som f.eks på barnet, har enten lav kvalitet på dokumentasjonen eller det er ikke rapportert.
- Det mangler studier som har vurdert nøyaktigheten av to spørsmål som screeningverktøy på fødselsdepresjon.

Diagnostikk

To forskningssummeringer vurderte diagnostiske metoder. En oversikt over oversikter vurderte diagnostikk av temporomandibulære tilstander (11), og en hasteoppsummering vurderte to oversikter om bruk av HbA1c for å diagnostisere diabetes (12).

Oppsummeringen som vurderte diagnostikk av temporomandibulære tilstander (tilstander i kjeveleddet, inkludert omkringliggende tyggemuskulatur og andre strukturer) vurderte nøyaktigheten av ulike diagnostiske tester sammenliknet med referansestandard for å identifisere og påvise temporomandibulær dysfunksjon (11). Oppsummert sier rapporten at resultatene må tolkes med forsiktighet, fordi primærstudiene i de inkluderte systematiske oversiktene kan ha metodiske svakheter, det er stor variasjon i resultatene, og feilmarginene i nøyaktighetsmålene er gjennomgående brede eller ikke oppgitt.

Kunnskapshull - diagnostikk av temporomandibulære tilstander:

- De inkluderte systematiske oversiktene er et godt utgangspunkt for å vurdere eksisterende forskning. Vårt hovedinntrykk er at det er manglende diagnostisk referansestandard og robuste primærstudier som er de største hindringene mot sikre konklusjoner.

Hurtigoversikten som vurderte to oversikter som kunnskapsgrunnlag for bruk av HbA1c til å diagnostisere diabetes type 2 fant at det er betydelig variasjon mellom studiene med hensyn til sensitivitet og spesifisitet, men at usikkerheten knyttet til resultatene ble redusert ved måling av flere risikofaktorer i kombinasjon med blodprøver (12).

Kunnskapshull - HbA1c for å diagnostisere diabetes type 2:

- Hurtigoversikten hadde ikke beskrevet behov for forskning, men vi merker oss at de tilgjengelige systematiske oversiktene er basert på eldre søk (litteratursøkene utført i 2010) så vi mener det er behov for oppdaterte systematiske oversikter for bruk av HbA1c til å diagnostisere diabetes type 2.

Legemidler

To oppsummeringer omhandlet legemidler, en hurtigoversikt om bruk av acetylsalicylsyre (ASA, ofte kalt aspirin) for forebygging av kreft (13), og en metodevurdering av nye antikoagulanter sammenlignet med warfarin for å forebygge slag hos pasienter med atrieflimmer (14).

Hurtigoversikten om ASA kan forebygge kreft ble bestilt av Helsedirektoratet og oppsummerer systematiske oversikter over forskning om bruk av ASA som mulig primærforebygging av kreft hos personer uten tidligere kreft eller økt risiko for kreft (13). Rapporten undersøkte den potensielle effekten av ASA-bruk på utfallsmålene total dødelighet, kreftdødelighet, kreftforekomst og bivirkninger. Selv om den mulige rollen for ASA i kreftforebygging har vært diskutert i flere år, identifiserte ingen av de inkluderte systematiske oversiktene noen langsiktige randomiserte kontrollerte studier designet med hensikt å undersøke ASA-bruk for kreftforebygging.

Kunnskapshull – ASA for å forebygge kreft:

- Nåværende forskning om ASA og kreftforebygging kommer fra randomiserte forsøk som undersøker bruk av ASA i primær eller sekundærforebygging av hjerte- og karsykdommer, og fra observasjonsstudier.
- For bedre kunnskap om effekten av ASA (aspirin) til å forebygge kreft trengs godt designet randomiserte kontrollerte forsøk som er utført på den rette populasjonen, og med bruk av foreslått ASA-dose som rapporterer på både effekter mot kreft og uønskede hendelser assosiert med bruk av ASA.

Metodevurderingen hadde som mål å beregne kostnadseffektiviteten av de nye orale antikoagulantene apixaban, dabigatran og rivaroksan, i forhold til hverandre og i forhold til warfarin for forebygging av hjerneslag hos pasienter med atrieflimmer på ulike risikonivåer (14). Metodevurderingens konklusjon: Hvilken av de orale antikoagulantene som er mest effektiv, sikrest og mest kostnadseffektiv er høyst usikkert.

Kunnskapshull - nye antikoagulanter sammenlignet med warfarin for å forebygge slag hos pasienter med atrieflimmer:

- Usikkerheten rundt beslutningen om bruk av oral antikoagulasjon kan reduseres gjennom store, uavhengige, randomiserte kontrollerte studier.
- Forsøkene bør gjøres i ulike land og direkte sammenligne de nye medikamenter med hverandre og med warfarin.

Psykisk helse

En oppsummering omhandlet effekten av arbeidslivsbaserte tiltak for psykisk helse hos ansatte (15). Rapporten konkluderer med at arbeidslivsbaserte tiltak som individrettet stresshåndtering reduserer muligens risikoen for angst hos helsepersonell. For andre grupper ansatte er det utilstrekkelig dokumentasjon om arbeidslivsbaserte tiltak har effekt på ansattes psykiske helse målt på hovedutfall som angst, depresjon og post-traumatisk stress.

Kunnskapshull - arbeidslivsbaserte tiltak for å fremme psykisk helse til ansatte:

- Vi mener det er et behov for flere og nyere systematiske oversikter om effekter av arbeidslivsbaserte tiltak.
- Nyere oversikter om effekter av psykologiske tiltak, som stresshåndtering, bør inkludere flere yrkesgrupper enn bare politi og helsepersonell.
- Oversikter om effekt av fysisk aktivitet bør utvides til å gjelde flere yrkesgrupper.

Traume og kirurgi

To kunnskapsoppsummeringer omhandlet traume eller kirurgi (16, 17). En oversikt over oversikter om behandling av håndleddsbrudd (distale radiusfrakturer) hos voksne (16), og en systematisk oversikt om effekten av kirurgisk behandling for personer med temporomandibulær dysfunksjon (17).

Rapporten om behandling av håndleddsbrudd hos voksne ønsket å besvare: Hvilke(n) reposisjonsmetode er best egnet? Hvilke(n) pasientgruppe(r) har nytte av operativ behandling fremfor konservativ behandling? Hvilke(n) operativ behandling oppnår best resultat? Hvilke(t) rehabiliteringstiltak oppnår best resultat? Rapporten inkluderer seks systematiske oversikter og konkluderer med at det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon for å kunne si noe om hvilken reponeringsmetode som er best i behandlingen av håndleddsbrudd hos voksne. Derimot foreligger det noe dokumentasjon som støtter bruk av ekstern fiksasjon for behandling av dorsalt dislokerte frakturer sammenlignet med konservativ behandling (gips) (16).

Kunnskapshull – behandling av håndleddsbrudd hos voksne:

- Siden kunnskapsgrunnlaget for effekt av behandling av håndleddsbrudd hos voksne generelt sett er begrenset, bør prioriterte forskningsspørsmål

forsøkes besvart gjennom store multi-senter randomiserte kontrollerte studier.

Den systematiske oversikten om effekten av kirurgisk behandling sammenliknet med ikke-kirurgisk behandling for å redusere smerte og bedre funksjonsevnen i kjeveleddet hos personer med temporomandibulær dysfunksjon konkluderer at forskjellene i effekt på smerte og gapeevne mellom kirurgiske og ikke-kirurgiske behandlingsmetoder er små og sannsynligvis ikke klinisk relevante. Rapporten sier videre at artrosentese og åpen kirurgi kan muligens ha noe bedre effekt på smerte enn ikke-kirurgisk behandling, og at artroskopi ser ikke ut til å ha bedre effekt på smerte og har muligens noe dårligere effekt på gapeevne enn ikke-kirurgisk behandling (17).

Kunnskapshull - kirurgisk behandling hos personer med temporomandibulær dysfunksjon:

- Det er behov for flere randomiserte kontrollerte studier av høy kvalitet for å kunne konkludere sikkert om effekt av kirurgisk behandling sammenliknet med ikke-kirurgisk behandling for personer med temporomandibulær dysfunksjon.

Nyre- og hjertesvikt

To metodevurderinger omhandlet nyre- og hjertesvikt, en som vurderte forskjellige dialysemetoder (18), og en som vurderte hjertepumper (19).

Den ene metodevurderingen sammenligner effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet i Norge av ulike dialysemetoder for pasienter over 18 år med dialysetrengende kronisk nyresvikt. Følgende dialysemetoder er sammenlignet: 1) Hemodialyse i sykehus, 2) selvadministrert HD i sykehus, 3) HD i satellittenheter (sykehjem, distriktsmedisinske sentre), 4) HD hjemme og 5) peritonealdialyse hjemme. Våre effektmål var dødelighet, komplikasjoner som krever spesielle tiltak og livskvalitet. Rapporten fant at alle dialysemetodene, uavhengig av hvor de ble utført, var omtrent like effektive. Når effekten kombineres med kostnad ble hemodialyse hjemme den mest kostnadseffektive hemodialysemetoden. Peritonealdialyse kostet minst og var dermed det mest kostnadseffektive alternativet sammenlignet med alle hemodialysemetodene (18).

Kunnskapshull – dialysemetoder for pasienter over 18 år med dialysetrengende kronisk nyresvikt:

- Selv om det er vanskelig å utføre randomiserte kontrollerte studier om ulike dialysemetoder for pasienter over 18 år med dialysetrengende kronisk

nyresvikt, ber vi om at forskere prøver sitt beste for å få til sammenlignbare grupper, og at mulige forvekslingsfaktorer beskrives.

- Det er stor usikkerhet omkring kostnadsestimatet, vi anser det derfor ønskelig med flere prospektive studier som også rapporterer om kostnader assosiert med de forskjellige dialysemetodene i Norge.

Den andre metodevurderingen omfatter bruk av hjertepumper (LVAD) som varig behandling av pasienter med alvorlig hjertesvikt. Spørsmålet metodevurderingen skal belyse er om indikasjonen for behandling med LVAD skal utvides fra bare å omfatte «bro til transplantasjon» til også å gjelde varig behandling. Metodevurderingen fant at LVAD kan gi forlenget levetid og økt livskvalitet for nøye utvalgte pasienter med alvorlig hjertesvikt i endestadiet, sammenlignet med optimal medisinsk behandling. Hvor stor effekt LVAD kan gi er forbundet med stor usikkerhet. Det foreligger ikke sammenlignende studier av LVAD og transplantasjon. De vanligste komplikasjonene ved LVAD er blødning, infeksjon, behov for pumpeskifte, hjerne- slag og høyresidig hjertesvikt. Komplikasjonene er hovedårsak til død de to første årene etter innsetting av pumpe. Kostnadene ved LVAD er lavere enn i 2008, men fremdeles høye. Det er usikkerhet knyttet til internasjonale kostnadseffektivitetsanalyser. Det foreligger ikke en norsk kostnadseffektivitetsanalyse (19).

Kunnskapshull – hjertepumper som varig behandling:

- Det er usikkerhet knyttet til effekt og kostnader. Resultater fra pågående studier som sammenligner tredjegerasjons LVAD med andregenerasjons LVAD vil sannsynligvis foreligge i løpet av 2014.
- Det kan være behov for en norsk kostnadseffektivitetsanalyse.

Organisatoriske tiltak

Fire systematiske oversikter omhandlet organisatoriske tiltak. En sammenlignet effekten av enerom med kontaktsmitteisolat (20), en så på oppgavedeling mellom yrkesgrupper på sykehus for noen utvalgte oppgaver (21), en omhandlet forskjellige former for samhandling ved utskrivning fra sykehus (22), og en om tiltak for å redusere akutte sykehusinnleggelser fra sykehjem (23).

Den systematiske oversikten som evaluerte effekt av enerom sammenlignet med kontaktsmitteisolat for pasienter med infeksjoner forårsaket av bakterier som smitter ved kontakt fant ingen kontrollerte studier (20).

Kunnskapshull – enerom sammenlignet med kontaktsmitteisolat:

- Videre forskning på mange områder innenfor smittevern fremstår som ønskelig, temaet er stort og har mange utfordringer.
- Det vil også være ønskelig med studier med evaluering av arkitektoniske utforminger hvor det, som for alle effektstudier, vil være viktig med et studiedesign med kontrollgruppe, og med kliniske utfall i tillegg til måling av adferd og bakteriell spredning.
- Generelt vil vi oppfordre til at man beskriver rommene hvor pasienter isoleres i detalj, slik at man kan vurdere om kravene fra isoleringsveilederen følges.

Formålet med den andre systematiske oversikten var å oppsummere forskning som har evaluert effekter av oppgavedeling mellom yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten for noen utvalgte helsetjenester, og vurdere kvaliteten av dokumentasjonen for resultatene. Følgende seks områder for mulig oppgavedeling var forhåndsspesifisert av oppdragsgiveren (Helsedirektoratet): Avlaste leger i endoskopi, avlaste leger i oppfølging av pasienter i poliklinikk generelt, avlaste operasjonssykepleiere, avlaste radiologer, avlaste patologer, og å bruke legesekretærer og annet merkantilt personell i nye roller. Rapporten identifiserte forskingsdokumentasjon som omhandlet kun to av spørsmålene: effekter av oppgavedeling innen a) endoskopi og b) oppfølging av pasienter i poliklinikker (21).

Kunnskapshull – oppgavedeling på sykehus:

- Om effektene av å legge enkelte oppgaver ved kirurgiske inngrep som nå utføres av operasjonssykepleiere til en egen, ny gruppe opplært til dette formålet (operasjonsteknikere)
- Om effektene av å overføre noen oppgaver som nå utføres av andre helseprofesjoner (for eksempel radiologer) til radiografer
- Om effektene av å overføre noen oppgaver som nå utføres av patologer til patologassistenter
- Om effektene av å overføre noen oppgaver i tilknytning til endoskopi fra leger til sykepleiere
- Om effektene av å overføre noen oppgaver tilknyttet pasientoppfølging og kontroll i poliklinikker fra leger til fysioterapeuter og/eller sykepleiere
- Om effektene av å tillegge legesekretæren nye roller i sykehuset

Den systematiske oversikten som undersøkte effekt av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i forbindelse med utskriving av pasienter med kronisk sykdom fant 45 studier av effekt av samhandlingstiltak, gjennomført både med og uten andre samtidige tiltak. Antallet studier, som alle har sin egen

måte å samhandle på, viser at det er et stor interesse for temaet. Studiene viser også et stort antall forskjellige måter å operasjonalisere samhandling på (22).

Kunnskapshull – samhandling ved utskrivning av pasienter med kronisk sykdom fra sykehus:

- Med det store fokuset som er på samhandling i det norske helsevesenet, vil det være viktig å følge opp problemstillingen og de allerede eksisterende norske studiene med flere gode studier som evaluerer effekt av tiltak som igangsettes.

Den tredje ser på effekten av tiltak for å redusere unødvendige akutte sykehusinnleggelser av sykehjemsbeboere og fant informasjon om tiltak for å strukturere og standardisere behandling og omsorg, bruk av geriatrike spesialistteam, og influensavaksinerings. Selv om resultatene fra evalueringen av flere av tiltakene viste reduksjon i innleggelser, var dokumentasjonen for resultatene hovedsakelig av svært lav kvalitet, dette gjør at vår tillit til resultatene også blir svært lav og vi kan derfor ikke trekke noen sikre konklusjoner om effekt på sykehusinnleggelse for noen av tiltakene (23).

Kunnskapshull - tiltak for å redusere unødige akutte sykehusinnleggelser av sykehjemsbeboere:

- Vi vet at vurderinger av hvorvidt en beboer skal legges inn i sykehus eller ikke er komplekse beslutninger der mange faktorer spiller inn. Det trengs derfor forskning på effektene av mer sammensatte programmer der man manipulerer flere av disse faktorene samtidig slik at antatt virkningsmekanismen blir logisk. For eksempel et sammensatt og helhetlig program som består av komponentene god tilgang til lege eller spesialisttjenester, tilføring av antatt tilfredsstillende bemanning – både i antall og kompetanse, tilføring av eventuelt nødvendig teknisk utstyr, en eller annen strukturell komponent som innebærer en systematisk tilnærming til situasjoner der man må ta en avgjørelse om innleggelse eller ikke (for eksempel standardisert pasientforløp ved gitte diagnoser, muligens implementert ved hjelp av undervisning), og verktøy for en kontinuerlig overvåking av pasientens kliniske status, muligens med innebyggede påminnelser for dette og 'audit og feedback'.
- Det burde være mulig å gjøre dette som randomiserte kontrollerte forsøk.
- De som måtte ønske å innføre slike tiltak allerede i dag, burde sørge for at det gjøres planlagte systematiske evalueringer underveis

Velferdstiltak for barn

To oppsummeringer omhandlet velferd for barn, en systematisk oversikt om effekten av tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom minoritetsspråklige barnefamilier eller enslige unge og offentlig tjenesteapparat (24), og en systematisk oversikt som omhandler både effekt av og erfaringer med kontinuitetsfremmende tiltak i barnevernsinstitusjoner (25)

Foreliggende forskning om effekten av ulike tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom minoritetsspråklige barnefamilier eller enslige barn/unge med innvandringsbakgrunn og det offentlige tjenesteapparatet er begrenset til en studie om språkundervisningsopplegg og tre studier om ulike tolketjenester (24).

Kunnskapshull - tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom minoritetsspråklige barnefamilier eller enslige unge og offentlig tjenesteapparat:

- Det er behov for flere studier som undersøker effekten av tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom barnefamilier eller enslige unge med minoritetsspråklig bakgrunn og tjenesteapparatet, særlig innenfor andre områder enn helsetjenestene, for eksempel barne- og familievern, rettsvesen, kriminalomsorgen og arbeids- og velferdskontor.

Hensikten med oversikten var for både å få kunnskap om effekten av kontinuitetsfremmende tiltak på psykososial utvikling hos barn og unge som bor på institusjon, og å få kunnskap om barns og unges erfaringer knyttet til slike tiltak. Med regjeringens satsning på barn og ungdoms innflytelse i barnevernet som bakteppe skal dette spørsmålet bidra til å utdype vår kunnskap om ungdom og barns opplevelser av ulike turnusordninger, stor utskiftning blant personalet, bruk av ekstravakter og vikarer, antall omsorgsgivere per barn, eller tilgjengelighet av voksne i barnevernsinstitusjoner. Rapporten fant at det er usikkert om kontinuitetsfremmende tiltak har effekt på kognitiv utvikling, tilknytning til omsorgsgivere eller problematferd hos barn og ungdom som bor på institusjon. Denne oversikten avdekket, imidlertid flere temaer som ungdom som bor på institusjon er opptatt av. De fleste av temaene var ikke dekket av effektstudiene. Det at beboernes ønsker ikke har blitt tatt med som et utgangspunkt for formulering, implementering og evaluering av tiltak som påvirker hvordan de opplever kontinuitet i omsorg, kan bety at tiltakene ikke er representative for ungdommenes egne ønsker (25).

Kunnskapshull - kontinuitetsfremmende tiltak i barnevernsinstitusjoner:

- Det er behov for flere studier som evaluerer effekten av kontinuitetsfremmende tiltak på barn og ungdom som bor på institusjon.
- Fremtidig forskning på temaet bør ha sammenlignbare kontrollgrupper, og målinger både før og etter tiltaket implementeres.

Velferdstiltak- Boligøkonomi

Denne systematiske oversikten har oppsummert forskning som måler effekt av boligøkonomiske tiltak som har som mål å få lavinntektsgrupper inn i eiermarkedet, og forskning om erfaringer blant mottakere av slike tiltak (26). Rapporten konkluderer at på bakgrunn av kvaliteten på den tilgjengelige dokumentasjonen er vi usikre på effektene av Startlån, IDA og "Gateway Transitional Program". Også opplevelser og erfaringer knyttet til slike tiltak har nokså svakt kunnskapsgrunnlag.

Kunnskapshull – boligøkonomiske tiltak:

- Det er behov for mer forskning om effekt av ulike boligøkonomiske tiltak.
- Fremtidige studier bør ha lengre oppfølgingstid.

Forskningsmetodiske kunnskapshull

Kun en av våre forskningsoppsummeringer i 2013 konkluderer uten å anbefale mer forskning (9):

- For obstetriske konsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse gir resultatene sterkt uttrykk for at kvinner med kjønnslemlestelse har større risiko for å oppleve obstetriske komplikasjoner enn kvinner uten kjønnslemlestelse. Det er usikkert om ytterligere studier vil gi meningsfulle endringer i resultatene

En annen forskningsoppsummering konkluderer med at det ikke er behov for flere systematiske oppsummeringer før det er utført flere primærstudier (11):

- For diagnostikk av temporomandibulære tilstander er de eksisterende systematiske oversiktene et godt utgangspunkt for å vurdere den eksisterende forskningen

Behov for systematiske oversikter

For sammenhengen mellom alkoholinntak og hjerte- og karsykdommer finnes allerede flere systematiske oversikter med mange inkluderte studier (opp mot 200), men det er behov for å re-analysere flere av meta-analysene (8).

For bruk av HbA1c for å diagnostiserer diabetes 2 var de systematiske oversiktene basert på eldre søk (litteratursøkene utført i 2010) så vi mener det er behov for oppdaterte systematiske oversikter (12).

For arbeidslivsbaserte tiltak for å fremme psykisk helse til ansatte er det behov for flere og nyere systematiske oversikter om effekter av arbeidslivsbaserte tiltak. Nyere oversikter om effekter av psykologiske tiltak, som stresshåndtering, bør inkludere flere yrkesgrupper enn bare politi og helsepersonell. Oversikter om effekt av fysisk aktivitet bør utvides til å gjelde flere yrkesgrupper (15).

Behov for diagnostiske studier

Begge forskningsoppsummeringene som omhandler diagnostiske spørsmål konkluderer med at det er behov for mer forskning (10, 11):

- Nøyaktigheten av to spørsmål som screeningverktøy på fødselsdepresjon
- Diagnostikk av temporomandibulære tilstander mangler både diagnostisk referansestandard og robuste primærstudier

Behov for primærstudier om effekt

De fleste av forskningsoppsummeringene etterlyser (flere) primærstudier av god design og kvalitet (13-14, 16, 18-26).

Behov for lengre oppfølgingstid

Det er behov for lengre oppfølgingstid for flere av tiltakene som er oppsummert. Lengre oppfølging ble spesifikt etterlyst i oppsummeringen om depresjonsscreening av gravide og barselkvinner (10), og i oppsummeringen om effekt av ulike boligøkonomiske tiltak (26).

Behov for sammenlignende studier

Det er behov for direkte sammenligninger av nye antikoagulanter sammenlignet med hverandre, og med warfarin (14). Det etterlyses at legemiddel som inkluderes i studier bruker foreslått dose (13). To forskningsoppsummeringer etterlyser også at studier utføres slik at sammenligningen foretas med sammenlignbare grupper (18, 25).

Behov for relevante resultatmål/ utfall

To forskningsoppsummeringer etterlyser utfall som de hadde forventet å finne rapportert i de inkluderte primærstudiene (10, 13).

Behov for mer utfyllende beskrivelse og rapportering av populasjon og setting

Rapporten som oppsummerte sammenheng mellom alkoholinntak og hjerte- og kar-sykdommer påpeker store mangler i rapportering av hvem som drakk, hvilken alder disse personene hadde, hvor lenge de hadde drukket og hvilke mengder og over hvor lang tid før studien de inkluderte personene hadde drukket alkohol (8). Ikke minst manglet informasjon om kontrollgruppen, er dette personer som aldri har drukket, folk som nettopp er tørrlagt eller personer med gjennomsnittlig inntak til vanlig og som ikke drakk i studieperioden? Det etterlyses en differensiering mellom settinger og populasjoner for depresjonsscreening av gravide og barselkvinner (10), og beskrivelse av mulige forvekslingsfaktorer (18).

Behov for mer informasjon om kostnader

Det er behov for mer informasjon om kostnader knyttet til studerte tiltak (18, 19).

Diskusjon

Kunnskapshullene fra forskningsoversiktene til Kunnskapssenteret i 2013 er samlet og presentert i dette notatet. Disse kunnskapshullene er assosiert med og begrenset til de oppsummeringsspørsmålene som ble prioritert i vårt bestillerforum og utført i 2013. Behovene for forskning som er identifisert i oversiktene viser til behov for studier og informasjon til viktige beslutninger.

De fleste av Kunnskapssenterets oversikter fra 2013 fant behov for videre forskning. Fordi spørsmålene som vi søker å besvare er ansett som viktige å få belyst for norsk helsetjeneste, mener vi at kunnskapshullene som er avdekket viser til behov for forskning som det antagelig vil være nyttig å få utført. Derfor er det viktig å samle disse erfaringene og dele dem med de aktørene som finansierer og utfører forskning i Norge.

Som eksempel nevner vi at forskningsoppsummeringen om oppgavedeling i sykehus (21), som ikke fant noen kontrollerte studier for fire av seks på forhånd identifiserte oppgavedelinger, førte til at Helsedirektoratet besluttet at det skulle utføres studier for å måle effekten av disse oppgavedelingene. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Kunnskapssenteret utarbeidet en sjekkliste til bruk i planleggingen av implementering og evaluering av pilotprosjekter. Denne sjekklisten (27) ble presentert til og distribuert blant forskerne som skulle igangsette evaluering av disse fire tiltakene for oppgavedeling.

Som nevnt i innledningen bør man alltid basere ny forskning på en systematisk oversikt som viser at det faktisk er behov for å bruke ressurser på å avklare gjeldende spørsmål (1, 2). Kunnskapssenteret har sammen med Høyskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis (28) tatt initiativ til å etablere et internasjonalt nettverk for å fremme kunnskapsbasert forskning, www.ebrnetwork.org. Både forskere, de som finansierer forskning, etiske komiteer og redaktører i tidsskrift kan bidra til å fremme prinsippet om kunnskapsbasert forskning.

Vi skiller mellom behov for flere forskningsoversikter og behov for flere primærstudier. Det kan finnes gode og oppdaterte systematiske oversikter uten at det finnes primærstudier som besvarer spørsmålet, evt at tilgjengelige studier ikke gir tilstrek-

kelig grunnlag for å konkludere. Da er det ikke behov for flere oversikter før det finnes (flere) primærstudier, slik det ble konkludert i oppsummeringen om diagnostikk av temporomandibulære tilstander (11).

Mangelfull rapportering av utførte studier er et problem for alle som skal benytte informasjon fra studiene til å ta beslutninger eller valg basert på denne informasjonen. Det samme problemet gjelder for forskningsoversikter. Deler av utfordringen kan løses ved at forfatterne av primærforsknings inkluderer mer informasjon i sine publikasjoner, til hjelp finnes veilederne som er beskrevet i innledningen (3-6). Tidsskriftredaktører kan etterspørre dette i referee prosesser. Det er også en etisk utfordring om studier som involverer deltakelse fra pasienter, ikke blir rapportert på en tilfredsstillende måte. En enda bredere involvering av pasientene i tidligere faser av studiedesign og gjennomførelse vil også kunne hjelpe til å gjøre forskningen enda mer relevant, og man kan muligens unngå at viktige utfallsmål savnes fra studiene. Brukermedvirkning i forskning vil i sterkere grad bli et krav i søknader og i gjennomføring av helseforskning i Norge. RHFene har for eksempel fulgt opp oppdraget gitt fra HOD om dette i en rapport som publiseres i desember 2014 (29). Forskningsrådet vil også følge opp dette i sine programområder.

De fleste av systematiske oversikter og metodevurderinger utført av Kunnskapssenteret i 2013 konkluderte med at det er behov for mer forskning. Det er ikke så uanturlig når en ser på hvilke spørsmål som prioriteres for oppsummering i Kunnskapssenteret. Oftest handler om tiltak der effekten er usikker, der praksis varierer og det er faglig uenighet eller der man ønsker å innføre en ny behandling. Forskningen som foreligger er derfor ofte begrenset.

Referanser

1. Jamtvedt G, Lund H, Nortvedt MW. Kunnskapsbasert forskning? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 10-1.
2. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, Howells DW, Ioannidis JPA, Oliver S. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. Lancet 2014; 383: 156-65.
3. Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D, Gøtzche PC, Lang T, for the CONSORT Group. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. Ann Intern Med 2001; 134: 663-94.
4. Armstrong R, Waters E, Moore L, Riggs E, Cuervo LG, Lumbignon P, Hawe P. Improving the reporting of public health intervention research: advancing TREND and CONSORT. J Public Health 2008; 30: 103-9.
5. von Elm E, Altman DG, Pocock SJ, Gøtzche PC, Vandenbroucke JP, for the STROBE initiative. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. BMJ 2007; 335: 806-8.
6. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, Leeflang MMG, Sterne JAC, Bossuyt PMM, and the QUADAS2 Group. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. Ann Intern Med 2011; 155: 529-36.
7. Norderhaug IN, Lindahl AK, Mørland B, Jamtvedt G. Informasjon om forskningsbehov fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter i 2010. Notat 2011. ISBN 978-82-8121-410-1.
8. Lidal IB, Denison E, Mathisen M. Sammenhengen mellom inntak av alkoholholdige drikker og risiko for hjerte- og karsykdom. Report from Kunnskapssenteret no. 13–2013. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2013.
9. Berg RC, Underland V. Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C). Report from Kunnskapssenteret no. 6–2013. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2013.

10. Larun, L. Fønhus MS, Håvelsrud K, Brurberg KG, Reinart LM . Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 01 - 2013. ISBN 978-82-8121-514-6 ISSN 1890-1298
11. Strøm, V, Brurberg KG, Dahm KT, Kirkehei I. Diagnostikk av temporomandibulære tilstander. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 10 - 2013. ISBN 978-82-8121-535-1 ISSN 1890-1298
12. Frønsdal KB, Lauvrak V, Fure B. HbA1c som diagnostisk kriterium for diabetes type 2. Notat 2013. ISBN 978-82-8121-531-3
13. Ringerike T, Couto E, Klemp M. Acetylsalicylic acid (ASA) in prevention of cancer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 18 - 2013. ISBN 978-82-8121-639-6 ISSN 1890-1298
14. Wisløff T, Ringerike T, Hagen G, Reikvam Å, Klemp M. Efficacy and cost-effectiveness of new oral anticoagulants compared to warfarin for the prevention of stroke in patients with atrial fibrillation. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 05 - 2013. ISBN 978-82-8121-524-5 ISSN 1890-1298
15. Dalsbø TK, Dahm KT, Austvoll-Dahlgren A, Knapstad M, Gundersen M, Reinart LM. Arbeidslivsbaserte tiltak for psykisk helse hos ansatte. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 11 - 2013. ISBN 978-82-8121-544-3 ISSN 1890-1298
16. Frønsdal KB, Kvernmo HD, Hove LM, Husby T, Røkkum M, Odinson A, Skoglund K, Melhuus K, Williksen JH, Krukhaug Y, Finsen V, Norderhaug IN, Juvet LK, Lauvrak V, Fure B. Behandling av håndleddsbrudd (distale radiusfrakturer) hos voksne. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 03 - 2013. ISBN 978-82-8121-520-7 ISSN 1890-1298
17. Strøm V, Dalsbø TK, Lund Håheim L, Kirkhei I, Reinart LM. Effekt av kirurgisk behandling for personer med temporomandibulær dysfunksjon. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 02 - 2013. ISBN 978-82-8121-515-3 ISSN 1890-1298
18. Pike E, Hamidi V, Ringerike T, Wisløff T, Desser A, Harboe I, Klemp M. Effekt og kostnadseffektivitet av ulike dialysemetoder hos pasienter med alvorlig nyresvikt i Norge. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 19 - 2013. ISBN 978-82-8121-830-7 ISSN 1890-1298
19. Lauvrak V, Skår Å, Arentz-Hansen H, Hamidi V, Fure B. Hjertepumper (LVAD) som varig behandling av pasienter med alvorlig hjertesvikt. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 14 - 2013. ISBN 978-82-8121-640-2 ISSN 1890-1298
20. Holte HH, Vist GE, Straumann GH. Effekt av enerom sammenlignet med kontaktsmittesolat. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 20 – 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

21. Forsetlund L, Vist GE, Dalsbø TK, Straumann GH, Underland V, Norderhaug IN, Holte HH. Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 12–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
22. Holte HH, Lidal, IB, Gundersen MW. Utskrivning av pasienter med kronisk sykdom: effekt av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
23. Forsetlund L, Graverholt B, Mathisen M. Effekt av tiltak for å redusere akutte sykehusinnleggelses fra sykehjem. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 7–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
24. Wollscheid S, Munthe-Kaas HM, Hammerstrøm KT, Noonan E. Effekt av tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom minoritetspråklige barnefamilier eller enslige unge og offentlig tjenesteapparat. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15 - 2013. ISBN 978-82-8121-635-8 ISSN 1890-1298
25. Munthe-Kaas, HM, Hammerstrøm, KT, Kurtze, N, Nordlund, KR. Effekt av og erfaringer med kontinuitetsfremmende tiltak i barnevernsinstitusjoner. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 4 - 2013. ISBN 978-82-8121-517-7 ISSN 1890-1298
26. Rolstad Nordlund K, Menzies Munthe-Kaas H, Noonan E, Smedslund G, Thune Hammerstrøm K, Wollscheid S og Aarland K. Fra leie til eie: Effekt av, og brukernes erfaringer med, tiltak som har som mål å få flere lavinntektshusholdninger inn i eiermarkedet. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 08 - 2013. ISBN 978-82-8121-528-3 ISSN 1890-1298
27. Forsetlund L, Odgaard-Jensen J, Denison E, Vist GE. Sjekkliste for utarbeiding av protokoll for implementering og evaluering av tiltak i helsetjenesten. Notat – hasteoppdrag 2014. ISBN 978-82-8121-885-7
28. Chalmers I, Nylenna M. A new network to promote evidence-based research. Lancet 2014; 384: 1903-4.
29. Brukermedvirkning i helseforskning i Norge. Forslag til retningslinjer og tiltak http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Regionalt%20brugerutvalg/Regional%20brugerkonferanse/10022014_Rapport_Brukermedvirkning%20i%20helseforskning.pdf