

2005

Årsmelding 2005

Hvert år utgis titusener av helsefaglige forskningsartikler. Mange av artiklene har implikasjoner for folks liv og helse. Mange bør påvirke hvordan helsepersonell møter brukere – på helsestasjonen, hos primærlegen, i sykehuset. Å lese alle relevante artikler er imidlertid en umulig oppgave for hver enkelt ansatt i helsetjenesten. • Men det er heller ikke mulig å la være å stille krav om at helsetjenesten til enhver tid må gi innbyggerne det beste og mest effektive helsetilbudet. Hvis det finnes ny kunnskap i verden om at en behandling skader eller nytt tiltak forebygger sykdom, er det selvsagt at denne kunnskapen må prege de beslutningene vi treffer sammen med pasientene. • Kunnskapssenteret mener at beslutninger i helsetjenesten i større grad må tas på bakgrunn av forskningsbasert, dokumenterbar kunnskap. Erfaringer, vurderinger og annen informasjon må også være med å forme valgene. • Kunnskapssenteret ble opprettet nettopp for å hjelpe helsetjenesten håndtere den overveldende informasjonsflommen. Tanken var at noen må systematisere og oppsummere den kunnskapen som finnes. Kunnskapssenteret innhenter, vurderer og oppsummerer forskning. Senteret utvikler systemer for kunnskapshåndtering. Slik støtter vi helsepersonell og helsetjenesten; vi gjør det lettere å praktisere på basis av holdbar kunnskap. *(fortsetter på baksiden)*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN 82-8121-091-5

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



(fortsettelsen fra forsiden)

Et lite land kan ikke oppsummere all kunnskap alene. Å systematisere forskningsbasert kunnskap er en internasjonal oppgave til et felles globalt gode. Norge må bidra i dette arbeidet. Kunnskapssenteret bidrar selv i denne viktige internasjonale dugnaden og bringer andre norske fagmiljøer inn i arbeidet. • Det hjelper lite å vite hva som bør gjøres i helsetjenesten, hvis man ikke vet hva som faktisk gjøres i dag. Kunnskapssenteret mener at vi kjenner for lite til beslutningene som tas i norsk helsetjeneste og hvordan de gjennomføres. Vi trenger mer kunnskap om dagens praksis – og om hvilke konsekvenser denne praksisen har. Spørsmålet er i hvor stor grad helsetjenesten bidrar til å bedre folks helse og dermed skape merverdi. Kunnskapssenteret skal bidra til å innhente slik informasjon. • Kunnskap om hva som bør gjøres og kunnskap om hva som faktisk gjøres er helt nødvendig for å forbedre kvaliteten i tjenesten. Ved å formidle systematisk oppsummert kunnskap og informasjon om praksis, skal Kunnskapssenteret bidra til en bedre helsetjeneste for befolkningen.

Dette er Kunnskapssenteret

Kunnskapssenterets kjerneområder er kunnskapshåndtering og monitorering. I denne årsmeldingen kan du lese mer om noen av prosjektene som ble gjennomført i 2005 og ambisjoner og planer for året som kommer.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. I vedtektene er det nedfelt at Kunnskapssenteret ikke skal kunne instrueres i faglige spørsmål. Senterets vitenskapelige råd gir råd i faglige spørsmål.

Innhold

- 1 Helsetjenesten må formes av god kunnskap
- 2 2005 og veien videre
- 3 Kunnskapssenteret skal støtte helsetjenesten
- 4 Kunnskapssenterets produkter
- 6 K1 - Lærer om pasientenes erfaringer
- 9 K2 - Registrerer kvaliteten i helsetjenesten
- 11 K3 - Å presentere kunnskap bedre
- 15 K4 - Å arbeide og undervise kunnskapsbasert
- 18 K5 - Ny kunnskap om legemidler og kreft
- 20 Nasjonale samarbeid og verv
- 22 Internasjonalt samarbeid og verv
- 23 Informasjonsarbeidet i Kunnskapssenteret
- 24 Ambisjoner fremover
- 25 Helsebiblioteket: En kunnskapstjeneste for helsetjeneste
- 26 Nøkkeltall og administrasjon
- 28 English summary
- 30 Oversikt over publikasjoner

Helsetjenesten må formes av god kunnskap



Norsk helsetjeneste står overfor flere store utfordringer. Å utnytte begrensede ressurser best mulig og redusere forskjeller i klinisk praksis er to av de viktigste. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal bidra til å løse disse utfordringene.

Norge er blant de landene i verden som bruker mest ressurser på helsetjenester – både målt i helse-tjenestens andel av BNP og målt i helseutgifter per innbygger. Det er tvingende nødvendig at helsetjenesten håndterer ressursbruken godt. Men vi kan ikke ha budsjettkontroll til enhver pris. Vi ønsker ikke en helsetjeneste hvor økonomiske perspektiver er enerådende. Vi ønsker en helsetjeneste som bruker ressursene riktig. Målsettingen er å maksimere helseutbyttet for befolkningen og gi brukerne det beste mulige tilbudet innenfor gitte rammer.

Men hva er det beste mulige tilbudet – og kan brukere være sikre på at de får det beste tilbudet i møte med norsk helsetjeneste? Det er et gap mellom hva forskning viser at det er mest hensiktsmessig å gjøre og hva som gjøres i praksis. I tillegg er det variasjoner innad i norsk helsetjeneste – praksis varierer fra sted til sted og mellom ulike grupper. Målsettingen er å redusere denne avstanden mellom hva forskning viser er beste praksis – og hva

som gjøres på norske sykehus, helsestasjoner og legekontorer i dag.

Kunnskapssenteret skal bidra til at norsk helsetjeneste kan gjøre gode faglige prioriteringene innenfor ressursrammene og redusere forskjeller i klinisk praksis. Våre kjerneområder er kunnskapshåndtering og monitorering. Kunnskapssenteret skal gjøre den beste forskningsbaserte kunnskapen tilgjengelig og arbeider for at beslutninger og valg skal preges av denne kunnskapen. God forskningsbasert kunnskap viser hvilke tiltak og metoder som gir best effekt – både i form av helsegevinst og ressursutnyttelse.

For å tette gapet mellom kunnskap og praksis må vi vite både hva som er praksis i helsetjenesten i dag og om denne praksisen er den beste mulige. Vi trenger informasjon om hvilken behandling som gis og hvilke resultater som oppnås. Kunnskapssenteret bidrar med gode nasjonale systemer for å samle denne informasjonen.

Kunnskapssenterets visjon er at god kunnskap former helsetjenes-

ten. Det er vår oppgave å innhente og tilrettelegge god kunnskap slik at helsetjenesten utnytter ressursene og at brukerne får best mulig behandling.

John-Arne Røttingen
Direktør

2005 og vegen vidare

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta blei oppretta for å støtte kunnskapshandsaminga i tenestene og fordi det var behov for å skilje forskning og myndighetsoppgåver. I tillegg var Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) organisert som eit prosjekt utan sikker finansiering og deler av Stiftelse for helsetjenesteforskning (Heltef) hadde tunge forvaltningsoppgåver. Dette gjorde det nødvendig og naturleg å samle likearta aktivitetar under eitt og same tak; Kunnskapssenteret.

Men omstillingar og omorganiseringar av etablerte akademiske miljø er krevjande og har sin pris. Først no, etter å ha fått på plass ein strategiplan og intern organisering, er Kunnskapssenteret i ferd med å komme på dei skinnene som både Vitenskapeleg råd og omverda ønskjer skal vere vegen framover. Mykje krefter og engasjement er brukt på framtidig strategi, verksemdprofil og intern organisering, men vi får tru og vone at det har vore ei god investering.

Oppgåvene står i kø for det unge senteret. Helsebiblioteket som senteret no har fått hovudansvaret for, blir ei stor utfordring. Kunnskapssenteret kan også komme til å få tunge oppgåver knytta til dei sentrale registra og nasjonale kvalitetsregistra. Framfor alt vert kunnskapssoppsummeringar no etterspurt som grunnlag både for helsepolitiske beslutningar, prioriteringar og faglege retningslinjer. Det er meir enn tydeleg at denne etterspurnaden går langt utover det Kunnskapssenteret aleine kan levere. Desto viktigare blir det internasjonale samarbeidet gjennom Cochranenettverket, INAHTA og det nye EUnetHTA-samarbeidet. Helsetenesta i dei samarbeidande landa er basert på den same kunnskapsbasen og er i hovudsak underlagt dei same rammevilkåra.

Kunnskapssoppsummeringar av høg kvalitet er difor relevante i dei fleste land. Men sjølv om vi kan hente mykje utanfrå, er det tydeleg at Kunnskapssenteret må spisse



sin aktivitets- og kompetanseprofil ytterlegare, for å skjytte dei mange viktige oppgåvene som ligg i løypa.

Vitenskapeleg råd har i fleire omgangar påpeikt ei anna sentral utfordring; tettare kontakt med fagmiljøa. Det er naturleg at senteret blir ein tanke «navlebeskuande» i ein fase der ein konsentrerer seg om strategi, internorganisering og relasjonane til forvaltninga. Men no må senteret framstå som den nyttige og nødvendige reidskap og ressurs for fagmiljøa, som det er esla til. I arbeidet med å fremje kvalitet og god praksis, må Kunnskapssenteret etablere positive og fruktbare grenseflater mot fagmiljøa. Berre slik kan ein lukkast. I dette arbeidet er forordningar gjennom forvaltninga ikkje ein verksam strategi.

Heller ikkje Vitenskapeleg råd har heilt funne si arbeidsform.

Som eit rådgjevande organ for ein stor organisasjon, kan ikkje rådet gå tungt inn i enkeltrapportar og enkeltstående saker. Rådet må i framtida konsentrere seg om strategiarbeidet og saker av meir prinsipiell karakter. Saman med leiinga er vi på veg til å finne ei slik arbeidsform. Vitenskapeleg råd kan og bør bli nyttig for Kunnskapssenteret, både i kraft av den breie kompetansen rådet har og fordi rådet representerer ei nyttig kontaktflate mot akademien og fagmiljøa.

Olav Helge Førde
Leiar for Vitenskapeleg råd

Kunnskapssenteret skal støtte helsetjenesten

Hvert år utgis titusener av helsefaglige forskningsartikler. Mange av artiklene har implikasjoner for folks liv og helse. Mange bør påvirke hvordan helsepersonell møter brukere – på helsestasjonen, hos primærlegen, i sykehuset. Å lese alle relevante artikler er imidlertid en umulig oppgave for hver enkelt ansatt i helsetjenesten. Men det er heller ikke mulig å la være å stille krav om at helsetjenesten til enhver tid må gi innbyggerne det beste og mest effektive helsetilbudet. Hvis det finnes ny kunnskap i verden om at en behandling skader eller nytt tiltak forebygger sykdom, er det selvsagt at denne kunnskapen må prege de beslutningene vi treffer sammen med pasientene. Kunnskapssenteret mener at beslutninger i helsetjenesten i større grad må tas på bakgrunn av forskningsbasert, dokumenterbar kunnskap. Erfaringer, vurderinger og annen informasjon må også være med å forme valgene.

Kunnskapssenteret ble opprettet nettopp for å hjelpe helsetjenesten håndtere den overveldende informasjonsflommen. Tanken var at noen må systematisere og oppsummere den kunnskapen som finnes. Kunnskapssenteret innhenter, vurderer og oppsummerer forskning. Senteret utvikler systemer for kunnskapshåndtering. Slik støtter vi helsepersonell og helsetjenesten; vi gjør det lettere å praktisere på basis av holdbar kunnskap.

Et lite land kan ikke oppsummere all kunnskap alene. Å systematisere forskningsbasert kunnskap er en

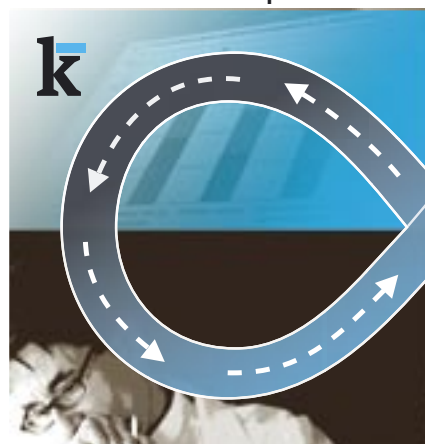
internasjonal oppgave til et felles globalt gode. Norge må bidra i dette arbeidet. Kunnskapssenteret bidrar selv i denne viktige internasjonale dugnaden og bringer andre norske fagmiljøer inn i arbeidet.

Det hjelper lite å vite hva som bør gjøres i helsetjenesten, hvis man ikke vet hva som faktisk gjøres i dag. Kunnskapssenteret mener at vi kjenner for lite til beslutningene som tas i norsk helsetjeneste og hvordan de gjennomføres. Vi trenger mer kunnskap om dagens praksis – og om hvilke konsekvenser denne praksisen har. Spørsmålet er i hvor

stor grad helsetjenesten bidrar til å bedre folks helse og dermed skape merverdi. Kunnskapssenteret skal bidra til å innhente slik informasjon. Kunnskap om hva som bør gjøres og kunnskap om hva som faktisk gjøres er helt nødvendig for å forbedre kvaliteten i tjenesten. Ved å formidle systematisk oppsummert kunnskap og informasjon om praksis, skal Kunnskapssenteret bidra til en bedre helsetjeneste for befolkningen.

I en travel hverdag vil mange organisasjoner, også i helsetjenesten, være opptatt av å sette mål og iverksette tiltak. For å sikre at man gjør «de riktige tingene på den rette måten» må imidlertid hele sløyfen fungere. Kunnskapssenteret støtter helsetjenesten særlig ved å måle kvalitet og ved å oppsummere og formidle kunnskap.

Måle/hente kunnskap



Evalueres/reflektere

Sette mål/velge tiltak



Iverksette

Kunnskapssenterets produkter

Kunnskapssenteret skal beskrive kvaliteten av helsetjenesten (monitorering) og bidra til å forbedre kvaliteten (kunnskapshåndtering). Vi tilbyr en rekke produkter innenfor våre to kjerneområder.

Monitorering

Monitorering, eller måling av det som foregår i helsetjenesten, har som overordnet hensikt å bidra til kvalitetsforbedring. De klassiske dimensjonene i kvalitetsbegrepet er knyttet til struktur, prosess og resultat (utfall). Kunnskapssenterets innsats er rettet mot prosess- og resultatmåling.

Pasienterfaringsundersøkelser

Pasientenes egen beskrivelse av møtet med helsetjenesten (pasienterfaringer) er et viktig element i kvalitetsovervåkingen. Kunnskapssenteret er tildelt en nasjonal rolle i arbeidet med pasienterfaringsundersøkelser (PasOpp). Det er etablert et samarbeid med de regionale helseforetakene der Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet er observatører.

Ressurscenter og rådgivning

Kunnskapssenteret skal utvikle en instrumentbank for pasienterfaringer og andre pasientrapporterte endepunkt. Senteret tilbyr en informasjonsbank for validerte kvalitetsindikatorer og metodestøtte for kvalitetsregistre.

Kunnskapshåndtering

En viktig målsetting for Kunnskapssenteret er å lage, vedlikeholde og spre kunnskapsoversikter som gjør det lettere å treffe gode beslutninger i og om helsetjenesten. Forvaltningen og helsetjenesten selv er de viktigste bestillerne av oppsummeringer fra Kunnskapssenteret. Alle yrkesutøvere og ledere, men også pasienter og pårørende, kan foreslå temaer der det er viktig å sammen-

stille tilgjengelig forskning. I praksis står de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet for de fleste bestillingene.

Det typiske spørsmålet Kunnskapssenteret forsøker å besvare, handler om hvilke effekter ulike virkemidler har. For å gi svar oppsummerer vi nasjonal og internasjonal forskning om nytte, bivirkninger og kostnader knyttet til forebyggende tiltak, behandling, diagnostikk, rehabilitering og ulike måter å organisere tjenestene på.

Kunnskapssenteret lager ulike kunnskapsoppsummeringer avhengig av hva bestiller ønsker, hva produktet skal brukes til og tidsrammen for arbeidet.

Cochrane og Campbell systematiske oversikter

En systematisk oversikt er en oversiktsartikkel der forfatterne har brukt en systematisk og tydelig framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere all forskning om et effektspørsmål.

Ikke noe enkelt land har ressurser til å holde oppdatert en oversikt over alle eksisterende og nye studier om effekten av alle typer virkemidler i sosial- og helsetjenesten. Oversiktene lages derfor som en del av to verdensomspennende samarbeid. The Cochrane Collaboration tar for seg spørsmål om effekt av tiltak på helseområdet (www.cochrane.no). The Campbell Collaboration arbeider på feltene sosial velferd, utdanning og kriminalitetsforebyggende arbeid (www.campbellcollaboration.org).

Metodevurderinger (HTA-rapporter)

Metodevurderinger er systematiske oppsummeringer og vurderinger av tilgjengelig vitenskapelig litteratur om effekter av et tiltak. Litteratur-

grunnlaget kan være både primærstudier og systematiske oversikter. Metodevurderinger inneholder også økonomiske analyser og diskusjon av etiske, sosiale, juridiske og organisatoriske konsekvenser knyttet til et tiltak. Metodevurderinger diskuterer relevans for norske forhold.

Hasteoppdrag

Hasteoppdrag er når Kunnskapssenteret får fire ukers frist eller mindre på å levere en kunnskapsoppsummering. Hasteoppdrag løses som regel ved å samle oversikter som omhandler effekten av tiltak på et aktuelt område.

Metodevarslinger

Metodevarslinger er raske oppsummeringer av dokumentasjonen for nye metoder. Her er man oftest interessert i å lære om hva de medisinske effektene av det nye tiltaket er.

Oversikter over oversikter

Oversikter over oversikter sammenstiller ulike tilgjengelige systematiske oversikter over virkningen av et tiltak. De omtaler også norsk praksis og relevans for norske forhold.

Oversikter over oversikter gir typisk en bred omtale av effekten av flere typer virkemidler på et område, f.eks. forebygging av hjerte- og karsykdom eller behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom.



Gøril Groven er sosiolog. I Kunnskapsenteret er hun ansatt som forsker og har ansvaret for området nasjonale surveyundersøkelser. Undersøkelsene kartlegger hvordan brukere og ansatte opplever helsetjenesten. – Det er morsomt å arbeide med noe som er relevant og aktuelt.

Når vi får dataene fra undersøkelsene vi gjennomfører, jobber vi intenst i team mot en fastsatt deadline. Vi er effektive og kan levere raskt. Det er godt å levere, forteller Groven. – Det er mange dyktige folk og god arbeidsmoral i Kunnskapsenteret, og det er inspirerende.

Lærer om pasientenes erfaringer Pasientenes stemme er viktig i utviklingen av norsk helsetjeneste, ikke minst fordi de har god kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer. Gruppen K1 har et spesielt ansvar for surveymetodikk og brukerperspektivet. Oppgavene spenner fra driftsoppgaver/datainnsamling til analyse, utvikling, forskning og formidling. Anvendt forskning er en nødvendig del i utviklingen av prosjektene - for eksempel gjennom validering av instrumenter. Grunnforskning på metodiske problemstillinger er også en viktig aktivitet. Forsknings- og utviklingsprosjektene støtter undersøkelsene som gjennomføres, mens sistnevnte gir ideer og læring til nye prosjekter. Gruppe K1 arbeider blant annet med en utviklingsplan for nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Her satser gruppen spesielt innenfor to områder: Brukerorientering og metodeutvikling. Innenfor brukerorientering er viktige tiltak å gjøre instrumenter (spørreskjemaer) og resultater (statistikkbank) tilgjengelig for Kunnskapssenterets målgrupper. Innenfor metodeutvikling utvikler gruppen blant annet spørreskjemaer for å måle pasienterfaringer hos nye pasientgrupper, som i barne- og ungdomspsykiatrien og innenfor rehabilitering.

Gruppe K1 har ansvaret for nasjonale pasienterfaringsundersøkelser (PasOpp) og arbeider med prosjekter knyttet til pasienterfaringer, instrumentbank og andre brukerrapporterte mål. Forskningsleder er Øyvind Andresen Bjertnæs.

Pårørendes opplevelse av barneavdelinger

I 2005 har gruppen gjennomført en nasjonal undersøkelse blant pårørende ved somatiske barneavdelinger, i til sammen 20 somatiske sykehus. De pårørende ble stilt spørsmål om hvordan de vurderer ulike forhold ved barneavdelingen, som organisering, pleietjenesten, legetjenesten, informasjon og standard. Dataene vil bli publisert både som kvalitetsindikatorer på www.sykehusvalg.no 1.april 2006 og i egne resultatrapporter mai/juni 2006. For å utvikle spørreskjemaet og innsamlingsopplegget ble det i 2005 gjennomført en pilotundersøkelse ved barneavdelingen på Akershus universitetssykehus.

Voksne døgnpasienter i psykisk helsevern

Høsten 2005 gjennomførte gruppe K1 en nasjonal pasienterfaringsundersøkelse blant alle voksne døgnpasienter i psykisk helsevern, i til sammen rundt 95 psykiatriske institusjoner. Pasientene ble bedt om å vurdere ulike forhold ved institusjonen, som relasjon til behandler, informasjon om og utbytte av behandlingen.. Datafilen fra dette prosjektet vil være ferdig ca. 15. mars 2006. For å utvikle spørreskjemaet og innsamlingsopplegget har vi i 2005 gjennomført en pilotundersøkelse ved Psykiatrisk klinikk på Stavanger universitetssykehus.

Fastlegers vurdering av kvalitet ved DPS

Gruppen har gjennomført et prosjekt for å utvikle og validere et måleinstrument for hvordan fastleger vurderer kvaliteten ved distrikts-psykiatriske sentre. Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at dette prosjektet skal gjennomføres som del av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Utviklingsprosjektet er gjennomført i samarbeid med en referansegruppe bestående av fastleger, helsepersonell ansatt ved DPS og SINTEF Helse. Opplegget er testet i en pilotundersøkelse i Aust-Agder og Vest-Agder høsten 2005. En nasjonal undersøkelse skal gjennomføres våren 2006. Undersøkelsen skal publiseres på www.sykehusvalg.no 1.april og resultatrapporter vil foreligge i mai/juni 2006.

Aktiviteter i 2006

Nordiske pasientopplevelser

Det planlegges en nordisk studie av pasientopplevd kvalitet i 2006. I samarbeid med en arbeidsgruppe for pasientopplevd kvalitet under Nordisk råd har gruppe K1 utarbeidet et opplegg for å teste et pasienterfaringsinstrument i de nordiske landene. I tillegg er det laget et opplegg for en komparativ undersøkelse på dette området. Det er fortsatt usikkert hvor mange av de nordiske landene som kommer til å delta, men Kunnskapssenteret har tilbudt seg å være sekretariat for prosjektet. I første del av prosjektet skal instrumentet som er utviklet oversettes til forskjellige språk. Det skal gjennomføres kognitive intervjuer og til slutt skal en foreløpig versjon testes i en pilotundersøkelse. Disse aktivitetene skal resultere i et endelig innsamlingsopplegg som skal danne grunnlag for nasjonale surveyer høsten 2006. Resultatene fra den nordiske surveyen skal rapporteres til Nordisk råd, og det skal utarbeides en vitenskapelig valideringsartikkel basert på materialet.

Mer om erfaringer i psykiatrien

I 2006 skal vi gjennomføre nasjonale pasienterfaringsundersøkelser innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus. Gruppen arbeider for tiden med spørreskjemaene som skal benyttes i disse undersøkelsene. Det skal blant annet gjennomføres intervjuer for å finne

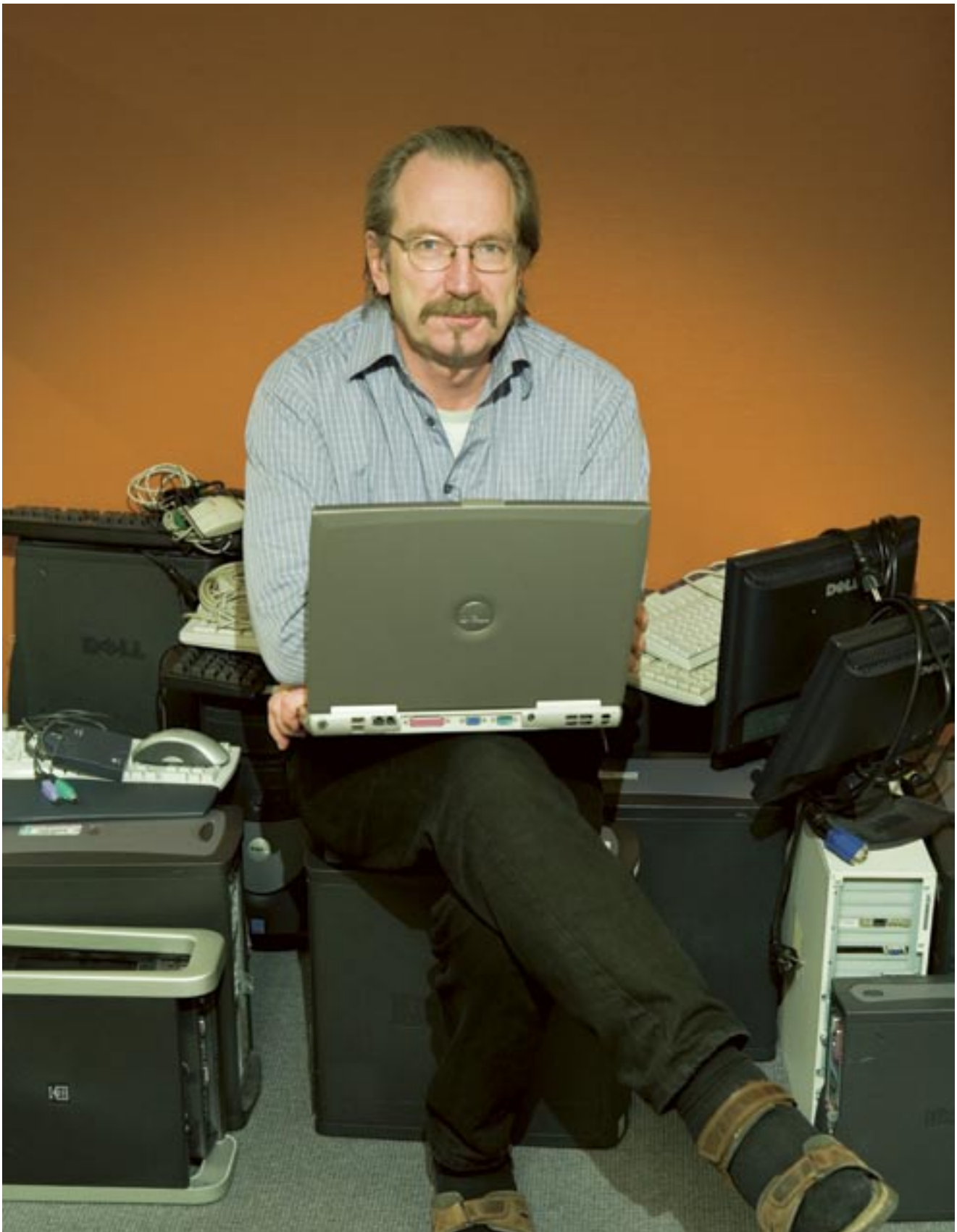
ut hva som er viktig for at disse gruppene skal være tilfredse med helsetjenestene de mottar, og pilotundersøkelser for å teste at spørreskjemaene fungerer tilfredsstillende. Pilotundersøkelsene gjennomføres våren 2006. Hovedundersøkelsene skal starte 1. september 2006.

Mer brukervennlige nettjenester

I 2006 skal vi utvikle nye nettjenester som skal øke brukervennligheten til spørreskjemaene og tallmaterialet i PasOpp. Førsteprioritet er å utvikle en statistikkbank som gir befolkningen, helsemyndigheter og helsepersonell tilgang på resultatene av pasienterfaringsundersøkelsene. Gruppen skal også utvikle en spørreskjemaabank som gjør at alle lokale miljøer og andre interesserte får tilgang på validerte spørsmål og skjemaer.

Nye metodeprosjekter

Det er planlagt en rekke metodeprosjekter i 2006, også på helt nye områder. Gruppen skal kartlegge hva som finnes av instrumenter for å måle pasienterfaringer med primærleger og gjøre disse instrumentene tilgjengelige for andre. Gruppen skal også starte et utviklingsprosjekt innenfor rehabilitering/kronikergrupper. Dette prosjektet skal danne grunnlag for en nasjonal undersøkelse som skal gjennomføres i 2007.



Gunnar Trondrud er dataingeniør. IKT i Kunnskapscenteret har en todelt funksjon. Den er dels fokusert mot administrative og brukerorienterte områder, og dels fokusert mot utviklings- og forvaltningsoppgaver relatert til de prosjekter som de forskjellige gruppene i Kunnskapscenteret

gjennomfører. I 2005 har Kunnskapscenteret utviklet en ny IKT-strategi som skal implementeres i 2006.

Registrerer kvaliteten i helsetjenesten Gruppe K2 har hovedansvar for Kunnskapssenterets videre arbeid med kvalitetsregistre. Målsettingen er at Kunnskapssenteret skal være den foretrukne kilden både til kunnskap om kvalitet i helsetjenesten og til kunnskap om hvordan kvaliteten kan måles. Gruppen skal arbeide med å utvikle og spre informasjon om kvalitetsindikatorer, primært rettet mot prosess- og resultatmåling i spesialisthelsetjenesten.

Gruppe K2 har arbeidsoppgaver innenfor monitorering. Gruppen skal fungere som informasjonsbank/clearinghouse for kvalitetsindikatorer. Midlertidig gruppeleder i 2005 var Berit Mørland.

Nasjonalt kvalitetsregister

Gruppe K2 har vært involvert i et overordnet prosjekt for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Prosjektet ledes av Sosial- og helsedirektoratet. Det har vært en målsetting at Kunnskapssenteret skal oppfattes som et kompetansemiljø for databehandling og drift av disse registre. Dette ble da også konklusjonen i prosjektet.

Internasjonale kvalitetsindikatorer

Avdelingen har deltatt i planleggingen av et prosjekt som skal produsere systematiske oversikter over hvilke kvalitetsindikatorer som benyttes internasjonalt. Målsettingen for prosjektet er å utvikle og publisere en databank som gjøres tilgjengelig for alle i helsetjenesten. USA, Danmark og Sverige er blant de landene som er kommet mye lenger enn Norge i arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer. Internasjonale organisasjoner som OECD og WHO er også involvert. Det er viktig å gjøre deres erfaringer kjent for norsk helseforvaltning.

Informasjonsinnhenting

I 2005 har vi begynt å utarbeide dokumentasjon på et internt utviklet system som skal brukes til å innhente data fra sykehusenes administrative systemer. Systemet ble brukt til å samle data både i forbindelse med undersøkelser om pasienterfaringer (PasOpp) og om dødelighet i norske sykehus. Imidlertid har systemet manglet overordnet dokumentasjon, som er nødvendig for at andre skal kunne etterprøve arbeidet og for å utnytte systemet videre. Denne dokumentasjonen skal nå utarbeides.

Registerdata som kartleggingsverktøy

Kan registerdata brukes til å kartlegge dødeligheten i norske sykehus? Hvis ja, hvordan kan dette gjøres best mulig? Dette arbeidet resulterte i en rapport om 30 dagers dødelighet ved norske sykehus (se neste side). Denne rapporten fikk en del kritikk, blant annet fordi det ble reist tvil om gyldigheten av dataene som ble samlet inn. Det planlegges et forskningsprosjekt som skal vurdere og forbedre datakvaliteten.

Rapport om dødelighet i norske sykehus

I 2005 leverte gruppen rapporten 'Dødelighet 30 dager etter innleggelse som kvalitetsindikator for norske sykehus - metodeutvikling og evaluering'. Denne rapporten fikk stor oppmerksomhet i media og førte til mange diskusjoner i kliniske miljøer. Rapporten tok for seg diagnosene hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt. Rapporten konkluderte med at dødelighetstallene varierte mellom sykehusene, særlig for hjerneslag og hoftebrudd. Imidlertid sier dataene i rapporten ingenting om bakgrunnen og konteksten for tallene. Det vil si at dataene i seg selv ikke gir noe informasjon om hvilke andre faktorer som kan påvirke dødelighetstallene. Denne informasjonen er nødvendig for at man med større sikkerhet kan fastslå om resultatene virkelig er knyttet til den medisinske behandling ved det aktuelle sykehuset – og dermed være en indikator på kvaliteten i sykehusets arbeid. De kliniske miljøer reagerte på at data fra enkeltsykehus ble offentliggjort, særlig tatt i betraktning den usikkerheten knyttet til dataene som Kunnskapssenteret selv erkjente. Vår vurdering var at det ikke var mulig å unnta slik informasjon fra offentligheten.

Videreføring

I 2006 vil de viktigste arbeidsoppgavene for gruppe K2 være videreføring av de prosjektene som er beskrevet over:

- Validering av datagrunnlaget for dødelighet som indikator på kvalitet i sykehus
- Informasjonsbank for kvalitetsindikatorer som benyttes internasjonalt
- Etablere kompetansemiljø for databehandling og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

k3

Å **presentere kunnskap bedre** Gruppe K3 har i 2005 arbeidet med en rekke systematiske oversikter og metodevurderinger, i tillegg til andre typer prosjekter. Gruppen har blant annet ferdigstilt en rapport om kartleggingsverktøy som brukes til å avdekke vansker hos førskolebarn og et notat om fødestuer. K3 har utarbeidet tre Cochrane-oversikter; om brukermedvirkning, legemiddelpolitikk og fysisk aktivitet ved depresjon blant barn og unge. Avdelingen har også gjennomført to nettbaserte studier som undersøkte effekten av ulike måter å presentere informasjon om behandling av høyt blodtrykk og depresjon. Gruppen arbeider tett med internasjonale samarbeidspartnere. WHO-prosjektet «Evidence-Informed Health Policy» pekte ut organisasjoner som lyktes i å støtte bruk av forskning. Gruppen har koordinert EU-prosjektene Rebeqi og Practihc, som ble avsluttet i 2005. EU har bevilget midler til et prosjekt som skal følge opp Practihc. Prosjektet skal støtte gjennomføring og bruk av god forskning i utviklingsland.

Gruppe K3 har fellesoppgaver innen kunnskapshåndtering. Gruppen utfører også nytte-kostnadsvurderinger og utvikler ressurser for beslutningstøtte. Forskningsleder er Signe Flottorp.

Transfusjon kontra alternative behandlingsmetoder ved akutte blødninger

Jehovas vitners syn på blodoverføring har fått mye oppmerksomhet. Organisasjonen er sterk motstander av transfusjon ved blødninger. Kunnskapssenteret har gjennomført et prosjekt for å undersøke bruk av blodtransfusjon ved sykehus. Dette prosjektet er et eksempel på en medisinsk metodevurdering.

Prosjektet har sin opprinnelse i en forespørsel fra Jehovas vitner, via Sørlandet sykehus, til Senter for medisinsk metodevurdering (SMM). SMM ble bedt om å gå gjennom eksisterende litteratur for å bidra til å avklare om norske sykehus bruker unødvendig mye transfusjonsblod. Med transfusjon menes tilføring av humant blod eller blodprodukter.

SMM nedsatte en tverrfaglig utredningsgruppe ledet av professor Hans Erik Heier, leder for Blodbanken ved Ullevål sykehus. I arbeidet var den tverrfaglige tilnærmingen viktig. Oppgaven ble løst ved å

fokusere på nytten av transfusjon for pasienten. Det vil si at prosjektet vurderte volumerstatning, oksygentransport til vevene og hemostase. Da gruppen skulle vurdere litteraturen, ble det klart hvor viktig det er å ha grundig kjennskap til patofysiologien ved akutte blødninger.

Juridisk sett er det fire lover som gjelder ved denne form for behandling, nemlig Helsepersonelloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Pasientrettighetsloven og Tilsynsloven. I tillegg gjelder flere forskrifter og veiledere. Det er viktige etiske aspekter ved behandlingen fordi pasienter kan ha sterke ønsker om å avstå fra transfusjon. Dette berører også legens plikt til å yte nødvendig helsehjelp og eventuelt å avstå fra slik behandling etter pasientens ønske.

Rapporten konkluderte blant annet med at det totale blodforbruket i Norge er moderat i forhold til andre sammenlignbare land. Det er ikke grunnlag for å konkludere at det brukes for mye blod- og plasmaprodukter ved norske sykehus.



RyggInfo

RyggInfo (www.RyggInfo.no) er en nettbasert helseinformasjonstjeneste som skal hjelpe mennesker å ta velinformerte valg om ryggbehandling. RyggInfo presenterer informasjon om 25 ryggbehandlinger; deres effekt og bivirkninger. Vi har brukt Cochrane-oversikter som hovedkilder for denne informasjonen.

Målsettingen for prosjektet RyggInfo er å utvikle metoder for å presentere forskningsresultater om effekt av behandlinger slik at informasjonen blir presis, relevant og forståelig for et vanlig publikum.

I 2005 gjennomførte vi en kvalitativ evaluering av RyggInfo. Evalueringen tyder på at vi har lykket med å gjøre forskningsinformasjonen forståelig. Imidlertid viser evalueringen til flere hindringer mot at brukerne tar i bruk denne typen informasjon når de skal fatte egne helsebeslutninger. Blant annet har brukerne liten tillit til forskning og forskere, og de har manglende forståelse for at forskningsresultatene er relevante for deres situasjon. Evalueringen av RyggInfo er presentert i artikkelen 'Lay perceptions of evidence-based information - a qualitative evaluation of a website for back pain sufferers' (*BMC Medical Informatics and Decision Making*, under trykking).

RyggInfo ble kontinuerlig oppdatert i løpet av 2005 - i takt med publisering av nye Cochrane-oversikter. En viktig oppgave for gruppen har vært å formidle erfaringer og læring fra prosjektet:

- Ved det 13. Cochrane Colloquium presenterte gruppen de metoder som er brukt for å trekke ut og presentere data fra Cochrane-oversikter. Dette er også presentert i artikkelen «Summaries of findings, descriptions of interventions and information about adverse effects would make reviews more informative» (*Journal of Clinical Epidemiology*, under trykking). Gruppen gir også anbefalinger om hvordan vi kan gjennomføre systematiske oversikter og primærforskning bedre slik at resultatene i større grad kan brukes av beslutningstakere.
- Erfaringene fra RyggInfo har vært nyttige i utviklingen av en mal for hvordan vi skal presentere resultater fra Cochrane-oversikter til et norsk publikum. Dette brukes i prosjektet «Formidling av internasjonale oversikter».
- Innenfor Cochrane-samarbeide har vi vært med på å etablere «Plain Language Summaries Working Group».



Torbjørn Fosen Wisløff er statistiker. I Kunnskaps-senteret arbeider han med helseøkonomi og statistikk i forbindelse med helseøkonomiske evalueringer og systematiske oversikter. I 2005 jobbet Wisløff blant annet med en rapport om fugleinfluenta, som fikk mye

medieoppmerksomhet. – Det er inspirerende å vite at det man jobber med virkelig er viktig for samfunnet, sier statistikeren.



Gro Jamtvedt er fysioterapeut. I Kunnskapscenteret arbeider hun med forskning, kunnskapsoppsamlinger, i tillegg til at hun har en rekke undervisningsoppgaver. Jamtvedt har vært særlig engasjert i Kunnskapscenterets arbeid rettet mot universitets- og høyskolesektoren. Målet er å

støtte lærere og utvikle undervisningsmateriell som gjør det lettere å undervise kunnskapsbasert og trene studentene i kunnskapsbasert praksis. – Jeg har i mange år vært opptatt av å bygge bro mellom forskning og praksis. I Kunnskapscenteret får jeg anledning til det, sier Jamtvedt.

Å arbeide og undervise kunnskapsbasert Gruppe K4 har i 2005 spesielt prioritert temaområdene psykisk helse, kunnskapshåndtering i spesialisthelsetjenesten og kunnskapsoppsummeringer innen sosialfeltet. Vi har også hatt ansvaret for utviklingen av en metodebok for kunnskapsoppsummeringer. I tillegg har gruppen arbeidet for å styrke «kunnskapshåndtering» i helsepersonellutdanningene i høyskolesektoren.

Gruppe K4 har fellesoppgaver innen kunnskapshåndtering. Gruppen har også mange undervisnings- og formidlingsoppgaver. Forskningsleder i 2005 var Arild Bjørndal.

Emnebiblioteket for psykisk helse

K4 har hatt ansvar for et av pilotområdene i Helsebiblioteket (se side 25); et eget emnebibliotek for psykisk helse. Emnebiblioteket skal gi tilgang til viktige kunnskapsressurser innenfor fagfeltet psykisk helse og være en plattform for videre fagutvikling. Det skal nå bredt ut til alle faggrupper.

I 2005 ble konseptet for emnebiblioteket utviklet gjennom enkle brukerundersøkelser, dialog med emnebibliotekets redaksjonsråd og i møter med en rekke representanter fra psykisk helsefeltet. Fagpersoner i Kunnskapssenteret og relevante avdelinger i Sosial- og helsedirektoratet var viktige bidragsytere, mens Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet har fungert som referanseområde for emnebiblioteket.

Emnebiblioteket har utviklet følgende produkter:

- Skandinavias første oversettelse av sammendrag fra Clinical Evidence innen psykisk helse
- En samling bearbejdede lenker til kunnskapsoppsummeringer, inklusive oversettelser og sammendrag av systematiske oversikter fra Cochrane-databasen
- En første samling av nasjonale retningslinjer og prosedyrer
- En samling av sentrale skåringsverktøy innen feltet, fritt tilgjengelige og i norsk oversettelse
- En samling av informasjon for brukere og pårørende

- En enkel oversikt over Helsebibliotekets tidsskrifter innen psykisk helse
- 14 temaområder innen psykisk helse med samlinger av ulike kunnskapsressurser, med egne rådgivere. Fire av områdene har også egen fagredaktør
- Ukentlige nyheter relatert til innhold på emnebiblioteket.

Samsoving, smokk, amming og krybbedød – finnes det en sammenheng?

Foreldre til spedbarn i Norge får forskjellige råd fra ulike miljøer om hvordan de bør forholde seg til bruk av smokk og samsoving. Nasjonalt kompetansesenter for amming ba Kunnskapssenteret gjøre en vurdering av tilgjengelig dokumentasjon. En tverrfaglig utredningsgruppe ble etablert. Hensikten var å vurdere tilgjengelig dokumentasjon om samsoving og bruk av smokk – og mulig effekt på amming og risiko for krybbedød.

Gruppen stilte fem spørsmål og besvarte dem ved å lage fem systematiske oversikter:

Litteraturgjennomgang av 40 enkeltstudier viste at barn som sover i foreldrenes seng blir ammet mer enn barn som sover alene. Forskningen kan imidlertid ikke gi sikkert svar på om samsoving fremmer amming eller om mødre som ammer mye også oftere velger å sove sammen med barna.

Forskning har ikke vist noen sammenheng mellom samsoving og økt risiko for krybbedød blant

spedbarn over åtte uker. Når mor har røykt i svangerskapet og/eller mor eller partner røyker etter fødsel, øker samsoving risikoen for krybbedød. Det er uklart om samsoving øker risiko for krybbedød blant nyfødte (yngre enn åtte uker).

Smokkbruk i spedbarnsperioden har antakelig ikke effekt på om barnet ammes eller ikke. Det er uklart om tidlig introduksjon av smokk påvirker hvor lenge barn blir ammet. Bruk av smokk er forbundet med redusert risiko for krybbedød. Måten studiene er gjennomført på, gjør at vi ikke kan være helt sikre på at det faktisk er en årsakssammenheng. Det er uklart om amming er en viktig beskyttende faktor mot krybbedød.

Undervisningsaktivitet

Formålet med Kunnskapssenterets undervisningsaktivitet er blant annet å få prinsippene i kunnskapshåndtering og kunnskap om måling av kvalitet integrert i profesjonsutdanningene. Senteret har hatt ansvar for flere kurs i kunnskapshåndtering/kunnskapsbasert praksis i 2005. Lærere i høgskolesektoren er den viktigste målgruppen. Kunnskapssenteret har gjennomført ukekurs for lærere i helsefag ved Høgskolen i Bergen og ved Høgskolen i Akershus. Bibliotekarer har også vært en sentral målgruppe. I tillegg har Kunnskapssenteret holdt dagkurs for NORAD.

Det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo har som mål å la kunnskapshåndtering være en rød tråd gjennom medisinstudiet. Som ledd i dette, har Kunnskapssenteret deltatt i ulike utvalg og undervist studenter. Ved Folkehelseutdanningen, Universitetet i Tromsø, er det utviklet et e-læringsopplegg i metodevurdering. Ansatte ved Kunnskapssenteret har bidratt, nasjonalt og internasjonalt, i utvikling av undervisningsmaterieell og lærebøker i kunnskapshåndtering.

Undervisningsaktivitetene fortsetter i 2006. Det skal gjennomføres undervisningsopplegg for en rekke høyskoler og det skal utvikles et kurs for brukerorganisasjonene.

Kunnskapshåndtering i helseforetakene

God kunnskap burde være like lett tilgjengelig i helsetjenesten som vann i springen. Virkeligheten er annerledes for fagpersonell rundt omkring. På oppdrag fra fagdirektørene i de regionale helseforetakene har Kunnskapssenteret utredet hvordan det er mulig å samarbeide om prosjekter som kan flytte kunnskap ut i praksis og skape mer robuste systemer for å ta i bruk «den beste kunnskap».

Vi har i 2005 gjennomført omfattende intervjuer med helsepersonell og faglige ledere i helse-tjenesten. I 2006 kommer vi til å prioritere:

- Samarbeid med faglige ledere for å støtte kvalitetsutvikling av klinisk praksis
- Prosesser for å oppdatere faglige prosedyrer
- Kompetanseoverføring og støtte til «ildsjeler»
- Uvikling av bibliotekfunksjonen i helseforetakene.



Ellen Nilsen er biokjemiker og har doktorgrad i immunologi. I Kunnskapscenteret arbeider hun med kunnskapsoppsummeringer, spesielt metodevurderinger. I 2005 ferdigstilte Nilsen og hennes kollegaer en rapport om bruken av legemiddelet Tamiflu. Gruppens hovedfunn var at Tamiflu

reduerte graden av symptomer og sykdomsvarigheten av influensa. Gruppen fant også at legemiddelet har forebyggende effekt og beskytter mot utvikling av influensa. – Kunnskapscenteret har en viktig funksjon. Vi tar opp dagsaktuelle tema som er viktige for befolkningen, sier Nilsen.

Ny kunnskap om legemidler og kreft I tillegg til fellesoppgaver innen kunnskapshåndtering har gruppe K5 i 2005 hatt særskilte oppgaver innenfor kreftområdet, legemidler, diagnostikk og vurdering av nye metoder. I forbindelse med arbeidet med metoder, har gruppen ansvar for aktiviteter knyttet til HTA og Cochrane. Gruppens medarbeidere ivaretar sammen med gruppe K3 ansvar for Cochrane Methodology Review Group.

Gruppe K5 har fellesoppgaver innen kunnskapshåndtering. Gruppen har hatt et særskilt fokus på kreftområdet og legemidler. Forskningsleder er Inger Natvig Norderhaug

Legemiddelområdet

Kunnskapssenteret har i 2005 blant annet fulgt opp Stortingsmeldingen *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*. Det er gjennomført flere aktiviteter knyttet til Legemiddelmeldingen.

Det er etablert et samarbeid med Legemiddelverket om å vurdere hva som bør være foretrukket legemiddel. Kunnskapssenteret bidrar med en faglig gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget. Det første prosjektet var en utredning av antihistaminer. Rapporten konkluderte med at det ikke finnes dokumenterte forskjeller i effekt mellom ulike antihistaminpreparater.

Kunnskapssenteret har på forespørsel fra Helsedepartementet vurdert ordningen med tiazid som foretrukket legemiddel ved ukomplisert hypertensjon. Denne gjennomgangen viste at før ordningen ble iverksatt, var 10% av nye forskrivninger tiazider. Etter at tiazid ble innført som førstevalg, var tallet 25%.

Et prioritert arbeidsområde er utredning av «ny» og kostbar behandling på legemiddelområdet. Dette gjøres i tett samarbeid med fagmiljøene. Formålet er å bidra med vurdering av nytte og kost-nytte-forholdet som grunnlag for beslutninger og/eller retningslinjer. Innenfor denne satsningen har gruppen startet utredning av Herceptin ved adjuvant behandling av brystkreft og TNF-hemmere ved revmatiske sykdommer.

Kunnskapssenteret har etablert en god dialog med Legemiddelindustriforeningen (LMI). Det er etablert egne rutiner for å ivareta innspill fra LMI og de enkelte legemiddelfirma i planleggingsfasen. Kunnskapssenteret praktiserer full åpenhet om sine prosjekter, både under planleggingsfasen og når rapporter er ferdigstilt.

Kreftområdet

I samarbeid med direktoratet og de kliniske fagmiljøene, har Kunnskapssenteret bidratt til å etablere nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling. Første skritt i prosjektet er å vurdere retningslinjer for behandling innen brystkreft, urologisk kreft og gastrointestinalkreft. Andre målsettinger for dette samarbeidet er tidlig identifisering av sykdom og vurdering av ny og kostbar kreftbehandling. Utredning av Herceptin er iverksatt som et ledd i dette samarbeidet.

Et av de foreslåtte tiltakene i Kreftplanen var en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for palliativ behandling ved uhelbredelig kreft. Dette er nå gjennomført. I 2003 utga Senter for medisinsk metodevurdering rapporten 'Palliativ kirurgi ved behandling av pasienter med kreft', mens Kunnskapssenteret i 2005 ferdigstilte en utredning om palliativ smertebehandling ved uhelbredelig kreft.

Behandling av brystkreft er et tema som opptar mange. I 2005 innledet Kunnskapssenteret et samarbeid med fagmiljøet ved St. Olavs Hospital for å gjennomgå

tiltak for rehabilitering etter brystkreftbehandling. Formålet med samarbeidet er å bidra med et best mulig kunnskapsgrunnlag om tiltak ved rehabilitering av pasienter som er behandlet for brystkreft.

Nye metoder

K5 har et særskilt ansvar for å ivareta problemstillinger knyttet til ny teknologi og metode. Dette omfatter både utredning og deltagelse i internasjonalt samarbeid om nye metoder. Her kan fremheves Euroscan samarbeidet, som er et internasjonalt nettverk for tidlig identifisering og vurdering av nye metoder. I tillegg har Kunnskapscenteret representert Norge innenfor OECDs prosjekt NEHRT (New and Emerging Health Related Technologies). Dette vil også være et satsingsområde i 2006.



Sari Susanna Ormstad er en av mange bibliotekarer i Kunnskapscenteret. Bibliotekarene har en viktig rolle blant annet fordi de utfører systematiske søk etter litteratur. Dette er en helt nødvendig del av arbeidet med kunnskapsoppsummeringene som Kunnskapscenteret produserer. Ormstads hovedoppgave er systematiske litteratursøk, men hun er også Kunnskapscenterets kontaktperson mot biblioteket i Sosial- og helsedirektoratet. – Som bibliotekar i Kunnskapscenteret har jeg spennende og utfordrende arbeidsoppgaver, og det er et veldig fint arbeidsmiljø her, sier Ormstad.

Nasjonale samarbeid og verv

For å oppfylle sin visjon om at god kunnskap former helsetjenesten, er Kunnskapssenteret avhengig av gode relasjoner med nasjonale samarbeidspartnere. Kunnskapssenterets ansvarsområder og arbeidsform forutsetter stor grad av legitimitet og tillit blant norsk helsetjeneste og helseforvaltning, særlig fordi senteret ikke har beslutningsmyndighet. Derfor har Kunnskapssenteret i 2005 tatt initiativ til flere formelle og uformelle nettverk og møteplasser.

Bestillerforum

Bestillerforum er det mest formelle av Kunnskapssenterets nettverk. Hensikten er å involvere alle som bestiller produkter fra Kunnskapssenteret i en felles diskusjons- og prioriteringsprosess knyttet til senterets prosjekter. Deltakerne representerer våre viktigste oppdragsgivere og brukere; Sosial- og helsedirektoratet, de fem regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Fylkeslegene og Legeforeningens spesialforening for allmennmedisin. Håpet er at prosessene i Bestillerforum skal gi gode og relevante bestillinger til senteret, som igjen resulterer i at Kunnskapssenteret leverer bedre produkter. Samarbeidet i Bestillerforum gir også de ulike bestillerne innsikt i hele Kunnskapssenterets portefølje, og erfaring og kunnskap om bestillingsprosessen.

Fagpanel

Kunnskapssenterets fagpanel består av representanter fra Legeforeningens spesialforeninger og profesjonsforeninger for andre helsefag. Målsettingen er å samle fagpanelet til en større årlig konferanse. Kunnskapssenteret ønsker også deres råd om hvilke utredninger det er behov for og hvilke fagfeller og eksperter som bør kontaktes. Fagpanelet bidrar med vurderinger av internasjonale utredninger som er relevante for norske forhold. I tillegg skal panelet bidra til at Kunnskapssenterets produkter blir kjent og implementert.

Andre kontaktfora

Ytterligere to kontaktfora er etablert; ett for frivillige organisasjoner og ett for profesjonsforeninger.

Kunnskapssenterets ledelse deltar jevnlig i møter med ledelsen for norsk helseforvaltning og helsetjeneste, hvor strategiske og dagsaktuelle spørsmål drøftes. Enkeltpersoner i senteret har også ulike verv i norsk helsetjeneste og forskningspolitiske organer.

I 2006

Nasjonale samarbeid og verv vil fortsette å være viktig for Kunnskapssenteret i 2006. Gjennom samarbeid får brukerne av Kunnskapssenteret innsikt i senterets aktiviteter, og - ikke minst - Kunnskapssenteret får innblikk i hva som rører seg i norsk helsetjeneste. Det er nødvendig for at Kunnskapssenteret skal kunne delta i dialog rundt viktige helse- og forskningspolitiske beslutninger.



Atle Fretheim er lege. De siste årene har han arbeidet mest med et forskningsprosjekt om legers forskrivning av legemidler som senker blodtrykk og kolesterol. Prosjektet ble satt i gang fordi det var en dokumentert avstand mellom hva som ble regnet som god praksis og hva som faktisk ble

gjort når det gjaldt forskrivning av disse legemidlene – Legene valgte ofte de dyreste medisinene, mange pasienter fikk ikke tett nok oppfølging og legene brukte ikke optimale verktøy for å vurdere hvilke pasienter som ville ha best nytte av behandlingen.

Internasjonale samarbeid og verv

Kunnskapssenterets internasjonale samarbeid omfatter både samarbeid om kunnskapssoppsummeringer (Campbell-samarbeidet, Cochrane-samarbeidet, INAHTA og HTAi) og mer policy-orientert samarbeid (bl.a. gjennom WHO og OECD). Slik bidrar Kunnskapssenteret til det internasjonale arbeidet for å fremme bedre kunnskapshåndtering. I tillegg arbeider senteret for at internasjonale ressurser skal være til nytte for norsk helsetjeneste.

HTA

Som det norske HTA-senteret (Health Technology Assessment) har Kunnskapssenteret ansvar for å opprettholde kontakt med de internasjonale nettverk og enkeltorganisasjoner tilknyttet INAHTA og HTAi. I samarbeid med disse partnerne utvikles felles metoder for hvordan man kan søke etter, vurdere og utnytte dokumentasjon om effekt av ulike tiltak i helsetjenesten.

I 2005 ble et felles europeisk samarbeid etablert: EUnetHTA. Dette nettverket har som mål å styrke det europeiske HTA-samarbeidet og legge bedre til rette for kunnskapsdeling, samt ivareta kontakt med de som bruker metodevurderingene. Her er beslutningstakere i helsevesenet, representanter fra industrien og pasientorganisasjoner viktige målgrupper.

Kunnskapssenteret har deltatt i prosjekter i OECD som omhandler nye metoder, innovasjon og bruk av HTA. Vi er også involvert i internasjonale fora som diskuterer bruk av HTA som en felles metode for refusjon av legemidler. Assisterende direktør i Kunnskapssenteret, Berit Mørland, er president for HTA International.

Cochrane-samarbeidet

Cochrane-samarbeidets målsetting er å hjelpe folk å ta velinformerte helsebeslutninger ved å lage, oppdatere og formidle systematiske oversikter over effekten av helsetiltak. Arbeidsgrupper spredt over hele verden utarbeider de forskjellige oversiktene som til sammen dekker de fleste helseområder. Gruppene

er tverrfaglige og består bl.a. av forskere, helsetjenestepersonell og pasientrepresentanter.

Kunnskapssenteret utgjør den norske grenen av Cochrane-samarbeidet. Vi er opptatt av å gjøre Cochrane-samarbeidet godt kjent blant dem som vil ha nytte av det. Fra Norge er The Cochrane Library fritt tilgjengelig for alle. Kunnskapssenteret støtter norske bidragsyttere i Cochrane-oversikter. Den norske Cochrane-gruppen er også i ferd med å utvikle bedre metoder for å vurdere kvaliteten av forskning, og vi arbeider med å bedre sammendragene i Cochrane-oversiktene. Kunnskapssenteret rommer også Cochrane Methodology Review Group, som lager oversikter om metodeforskning om oppsummering av forskningsresultater.

I 2006 skal Kunnskapssenteret opprette en satelittgruppe til nettverket Effective Practice and Organisation of Care. Denne Cochrane-gruppen arbeider med oversikter om effekten av forskjellige måter å organisere helsetjenester på. Målsettingen er å produsere flere oversikter i Norge. I tillegg skal Kunnskapssenteret ha ansvaret for oversikter som fokuserer på utviklingsland innen dette området.

Campbell-samarbeidet

The Campbell Collaboration (C2) er en ideell organisasjon som arbeider for å gi svar på spørsmål om hvilke tiltak som har størst effekt på andre viktige områder i samfunnet – sosial velferd, kriminalitetsforebyggende arbeid og utdanning.

Campbell-samarbeidet utarbeider,

oppdaterer og formidler systematiske oversikter over intervensjonsstudier. C2 skal også holde oversikt over aktuell forskning gjennom databasene C2-RIPE (systematiske oversikter) og C2-SPECTR (effektstudier).

Campbell-gruppen i Kunnskapssenteret produserer selv systematiske oversikter i tillegg til å støtte og veilede andre norske forfattere. En viktig utfordring er å stimulere til effektforskning på relevante problemstillinger her hjemme. Vi arbeider også for at relevante miljøer blir kjent med Campbell-konseptet, og at betydningen av god effektforskning på sosialfeltet blir godt forankret hos beslutningstakere, blant annet i direktoratene.

Kunnskapssenteret har i 2005 arrangert flere møter og seminarer med brukere, beslutningstakere og praktikere. Formålet var å skape interesse for arbeidsmåten og knytte kontakter med mulige samarbeidspartnere. Vi ønsker å bidra til å bygge opp faglig kompetanse. Vi vil skape et åpent nettverk for alle som er interessert i å lage og formidle systematiske oversikter, også om effekter av tiltak og virkemidler på andre områder enn helsetjenesten. I tiden fremover skal vi blant annet arrangere en workshop for forfattere av systematiske oversikter. Et annet viktig prosjekt er å lage og publisere databasen Nordisk register (The C2 Nordic Registry of Effect Studies) for å gjøre nordiske effektstudier på sosialfeltet lett tilgjengelige.

Informasjonsarbeidet i Kunnskapssenteret

Kunnskapssenteret skal utvikle nyttige, pålitelige og fremtidsrettede informasjonstjenester. Derfor er informasjon og formidling ett av fire utviklingsområder i strategiplanen. Vi skal gjøre forskningsinformasjon lettere tilgjengelig; både kunnskapen som våre samarbeidspartnere oppsummerer og den vi selv utarbeider. Vi skal også formidle informasjon om helsetjenestenes kvalitet. Formidlingsaktivitetene skal vise hvorfor kunnskapshåndtering er viktig og støtte innføringen av bedre informasjonssystemer i tjenestene.

Nytt ansikt

I 2005 fikk Kunnskapssenteret en ansiktsløftning i form av en ny visuell profil. Den preger nå våre brev, konvolutter, presentasjoner, visittkort, nettsted, med mer. Utviklingen av profilprogrammet fortsetter i 2006.

Ny oppgave

I 2005 fikk Kunnskapssenteret en stor ny informasjonsoppgave. Sammen med regionale helseforetak og Sosial- og helsedirektoratet skal vi skape et godt elektronisk bibliotekstilbud for hele helsetjenesten. Se egen artikkel på side 25 om Helsebiblioteket.

Publikasjoner

Kunnskapssenteret utgir to publikasjonsserier i form av rapporter og notater. Tradisjonelle kunnskapsoppsummeringer utgis som rapporter; hasteoppdrag som notater. I tillegg er vi medansvarlige for The Cochrane Library og andre internasjonale kunnskapsressurser. Vi publiserer også i vitenskapelige tidsskrift og på vitenskapelige konferanser.

Liste over Kunnskapssenterets publikasjoner for 2005 finnes på side 30.

Kompetanseutvikling

Kunnskapssenteret har mye undervisningsrettet aktivitet (se artikkel på side 15) der et hovedmål er å lære lærerne kunnskapshåndtering. Målet er at de nye og nødvendige ferdighetene etter hvert blir en del av den grunnleggende kompetanse til alt helsepersonell.

Åpenhet på nett

Kunnskapssenteret skal være en åpen organisasjon. Alle prosjekter kunngjøres på senterets hjemmesider www.kunnskapssenteret.no. Her publiseres også alle rapporter og notater som senteret utarbeider. Nettsiden holdes løpende oppdatert med nyhetssaker.

I januar 2005 fikk Kunnskapssenteret mer brukervennlige nettsider med utvidet innhold. Det førte til at flere besøkte nettsidene, og flere var også innom oftere enn i 2004.

Nytt nyhetsbrev

I august 2005 startet vi med elektronisk nyhetsbrev. I alt 11 nyhetsbrev ble sendt ut i 2005. Ved årsskiftet hadde nyhetsbrevet ca 2 000 abonnenter fra ulike deler av helsetjenesten. Antallet øker stadig. Brevet sendes som e-post to ganger i måneden med informasjon bl.a. om nye rapporter, prosjekter og kurs fra Kunnskapssenteret. Nyhetsbrevet viser også frem forskning fra internasjonale nettverk og søsterorganisasjoner.

2006

I inneværende år skal Kunnskapssenteret arbeide systematisk for å utvikle sin informasjonsvirksomhet, bl.a. gjennom Helsebiblioteket, www.forskning.no, Forskningspuls og gjennom tradisjonelle media. Nettstedet skal over på ny teknisk løsning og vi skal lage nytt intranett.

Ambisjoner fremover

«Spørsmålet jeg ønsker besvart ved inngangen til 2007 er: Gir Kunnskapssenterets aktiviteter en merverdi til helsetjenesten og styringen og forvaltningen av denne? Vi må kunne svare ja på dette spørsmålet for å ha et eksistensgrunnlag.»

– John-Arne Røttingen

Strategiske mål 2005-2007

I 2005 ble Kunnskapssenterets strategiplan for periode 2005-2007 ferdigstilt. Strategien slår fast at Kunnskapssenterets to kjerneaktiviteter er kunnskapshåndtering og monitorering. Arbeidet fremover vil være rettet mot fem strategiske hovedmål:

- 1.** Kunnskapssenteret vil være den nasjonale utfører av kunnskapsoppsummeringer om effekt av tiltak i helsetjenesten uavhengig av myndigheter, profesjoner og industri.
- 2.** Kunnskapssenteret vil være den foretrukne nasjonale kilde til kunnskap om effekt av tiltak i helsetjenesten
- 3.** Kunnskapssenteret vil være den nasjonale ressurs for hvordan oppsummert forskningsbasert kunnskap kan fremskaffes, formidles og benyttes for å bidra til gode beslutninger i helsetjenesten.
- 4.** Kunnskapssenteret vil styrke sin nasjonale rolle som utfører av kvalitetsmålinger i helsetjenesten.
- 5.** Kunnskapssenteret vil være den foretrukne nasjonale kilde til kunnskap om kvalitet i helsetjenesten og den sentrale nasjonale ressurs for kunnskap om kvalitetsmålinger.

Kunnskapssenterets verdigrunnlag

Kunnskapssenterets aktiviteter i årene fremover skal være tuftet på de fem verdiene åpenhet, integritet, ydmykhet, glød og likeverd.

Åpenhet. Kunnskapssenteret ønsker å gjøre informasjon og dokumentasjon fritt tilgjengelig for alle og etterstreber full åpenhet rundt egen virksomhet og arbeidsprosess. Kunnskapssenteret arbeider for at alle forskningsstudier må offentliggjøres – uavhengig av studienes resultater.

Integritet. Kunnskapssenteret skal vise uavhengighet i sitt arbeid overfor forvaltning, kommersielle interesser og faglige særinteresser. Kunnskapssenteret skal stå for og formidle sine resultater uavhengig av konklusjoner.

Ydmykhet. Kunnskapssenterets ansatte er ikke helsefaglige eksperter. Kunnskapssenteret er avhengig av et samarbeid med fagmiljøene. I dette samarbeidet vil Kunnskapssenteret bidra med metode og prosesskunnskap, mens fagmiljøene bidrar med helsefaglig ekspertise og kunnskap om helsetjenesten.

Glød. Kunnskapssenteret skal være en organisasjon hvor det er rom for humor, humør og engasjement både internt og eksternt. Kunnskapssenteret skal støtte, oppmuntre og engasjere sine samarbeidspartnere.

Likeverd. Kunnskapssenteret mener at helsetjenesten skal bidra til å redusere forskjeller i dagens samfunn. Kunnskapssenteret skal arbeide for at helsetjenesten gir et likeverdig tilbud til alle grupper.

Helsebiblioteket: En kunnskapstjeneste for helsetjenesten



God kvalitet i helse- og sosialsektoren fordrer at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak. Da forutsettes det at tjenesteyterne er faglig oppdatert. Dette er krevende siden fagområdene preges av kontinuerlig endring.

Skal personell være faglig oppdatert, må relevant og pålitelig kunnskap være lett tilgjengelig når det trengs. Kvaliteten på helsetjenester kan bedres ved å gi helsepersonell enkel tilgang til kunnskapsbasert helsefaglig informasjon. For å bidra til dette er et nasjonalt elektronisk helsebibliotek med tilgang til systematisk oppsummert kunnskap og praksisnære råd og retningslinjer under etablering. Helsebiblioteket har tatt mål av seg til å bli den viktigste nettbaserte kunnskapskilden for norsk helsepersonell.

Mål for 2006

- Etablere en første versjon av Helsebiblioteket på nettstedet www.helsebiblioteket.no i løpet av første halvår 2006. Tjenesten skal videreutvikles i løpet av året.
- Utvikle innholdstjenester som gir brukerne tilgang til flere bibliografiske databaser, elektroniske tidsskrifter, praksisnære råd og retningslinjer, samt emnebibliotek for psykisk helse.

Tilgjengelig for alle i helsetjenesten

Helsebiblioteket skal være en formidlingskanal for oppdatert faglig kunnskap fra norske og internasjonale fagmiljøer, Helsebibliotekets partnere og Kunnskapssenteret. Kunnskapen skal gjøres lett tilgjengelig i den kliniske hverdag og tilpasses helsepersonellens behov.

Den primære målgruppen for Helsebiblioteket er ansatte og studenter i helsetjenesten, men så langt som mulig skal innholdstjenestene være åpne og tilgjengelige for alle. Helsebiblioteket er et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og de fem regionale helseforetakene. Fra 1.januar 2006 er Helsebiblioteket organisert som en enhet i Kunnskapssenteret. Helsebiblioteket gir gratis tilgang til sentrale kunnskapsdatabaser og tidsskrifter til alt helsepersonell samt studenter ved universitet og høyskoler. Tjenesten er under utarbeidelse og en pilotutgave er foreløpig tilgjengelig på www.shdir.no/helsebiblioteket.

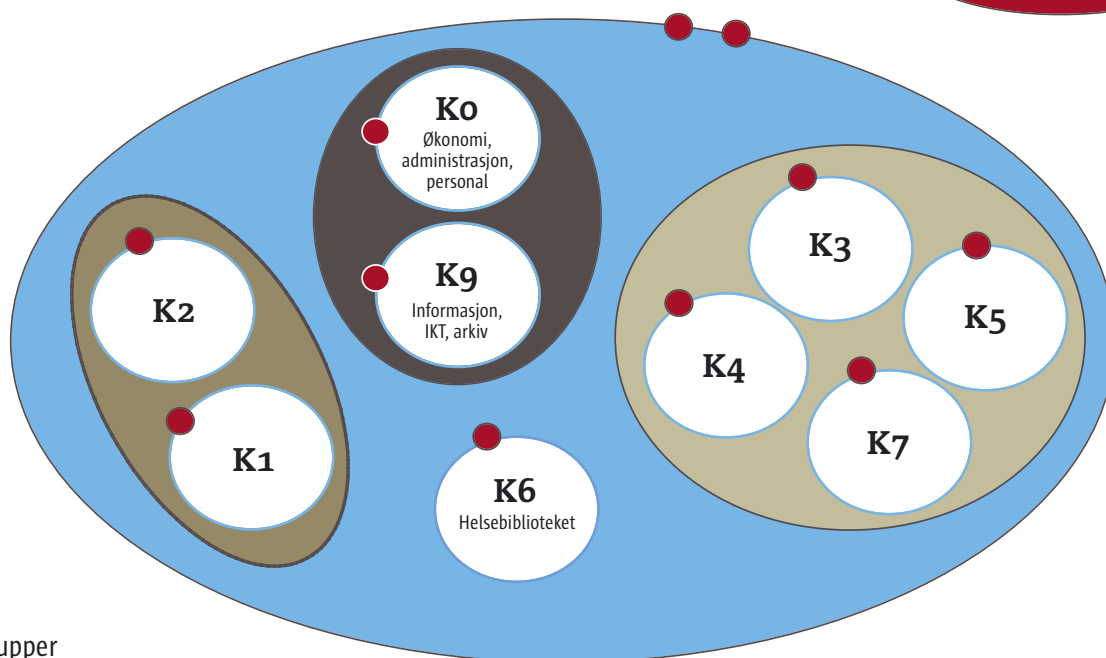
Arbeidsoppgaver i 2006

I 2006 skal det etableres en redaksjon og formel struktur for styring og drift av Helsebiblioteket. Nettstedet www.helsebiblioteket.no skal lanseres. Videre må det etableres en tilgangsløsning for målgruppen - både i og utenfor Norsk Helsenett. Nettstedet Helsebiblioteket skal videreutvikles, blant annet skal det etableres en søkefunksjon. Ulike muligheter for oppretting av selvarkiveringsfunksjon for vitenskapelige artikler produsert i norsk helsetjeneste er også under vurdering. Emnebibliotek psykisk helse skal videreutvikles og følgende emnebibliotek skal planlegges:

- Emnebibliotek kreft
- Emnebibliotek legemidler
- Emnebibliotek giftinformasjon
- Emnebibliotek samfunnsmedisin
- Emnebibliotek eldres helse.

Nøkkeltall og administrasjon

Vitenskapelig
råd



- Grupper
- Lederfunksjoner

Kunnskapssenterets organisering Kunnskapssenteret gjennomførte en omfattende omorganisering 1. mars 2005. Målsettingen var å fremme den nye strategien og å utvikle ett felles senter med en felles kultur. De tidligere avdelingene ble lagt ned til fordel for dynamiske grupper med tidsbegrenset levetid. Gruppene skal ideelt bestå av

10-15 medarbeidere, og være delt inn etter faglige oppgaver og temaansvar. Lederrollen ble definert til en funksjon med en periode på 2 år. På grunn av nye oppgaver blir denne modellen justert våren 2006 (se figur).

2005 i tall

Sum produksjon innen kunnskapshåndtering	21	Sum produksjon innen kvalitetsmåling/monitorering	7
- Antall rapporter kunnskapshåndtering	8	- Antall rapporter kvalitetsmåling/monitorering	2
- Antall notater kunnskapshåndtering	6	- Antall notater kvalitetsmåling/monitorering	4
- Antall hasteoppdrag kunnskapshåndtering	7	- Antall hasteoppdrag kvalitetsmåling/monitorering	1
Antall sluttrapporter for ferdigstilte prosjekter	19	Antall kronikker og debattinnlegg	7
Antall Cochrane/Cambell protokoller	3	Antall innsalg i radio og TV	>3
Antall Cochrane-oversikter med norske medforfattere (akkumulert)	33	Antall omtaler i aviser og tidsskrifter	336
Antall Campbell-oversikter med norske medforfattere (akkumulert)	0	Antall undervisningsoppdrag	52
Antall vesentlige bidrag i eksterne utredninger/rapporter	7	Antall eksterne foredrag/postere nasjonalt	59
Antall publiserte vitenskapelige artikler/bokkapitler nasjonalt	10	Antall eksterne foredrag/postere internasjonalt	31
Antall publiserte vitenskapelige artikler/bokkapitler internasjonalt	23	Antall formidlinger av internasjonale oversikter	6

Kunnskapssenterets ansatte

De ansatte i Kunnskapssenteret har bred faglig kompetanse innenfor medisin, biologi, farmasi, epidemiologi, samfunnsvitenskap og fysioterapi. I tillegg besitter Kunnskapssenteret høy kompetanse innen helseøkonomi, statistikk, etikk, biblioteksforvaltning, IKT og administrasjon.

I 2005 rekrutterte Kunnskapssenteret 23 nye medarbeidere. De var hovedsakelig forskere, helseøkonomer, statistikere og bibliotekarer. Ved utgangen av 2005 hadde senteret 98 ansatte som utførte 83 årsverk. Sykefraværet i 2005 var 5,0 % mot 5,3 % i 2004.

Ledelse

Det ble i 2005 besluttet å gjennomføre et toårig lederutviklingsprogram med oppstart i 2006. Målet med programmet er å styrke den enkelte leders ferdigheter og utvikle ledergruppen. I tillegg skal programmet bidra til organisasjonsutvikling ved å øke kulturen for tilbakemelding og bedre utvekslingen av kompetanse på tvers i organisasjonen.

Personalpolitikk

De som ivaretar personalfunksjonen i Kunnskapssenteret utarbeidet i 2005 en personalpolitikk i samarbeid med de ansatte. Det ble også utarbeidet en handlingsplan for inkluderende arbeidsliv (IA).

Årsregnskap

Kunnskapssenteret hadde i 2005 en grunnbevilgning over statsbudsjettet på 39,1 millioner kroner. I tillegg hadde senteret merinntekter på 28,1 millioner kroner. Dette gir en total finansiering på 67,2 millioner. De samlede utgifter i 2005 var 66,2 millioner kroner. 947 000 kroner av grunnbevilgningen for 2005 søkes overført til grunnbevilgningen for 2006.

Arkivtjenesten

I 2005 har arkivtjenesten arbeidet mest med etableringen av arkivet. Det har vært viktig å etablere og utvikle en felles arkivkultur og arkivforståelse. Det er satset spesielt på å gi opplæring til alle ansatte i hva som er Kunnskapssenterets arkivrutiner og hvilke typer dokumenter og informasjon som skal arkiveres. Resultatet kan ses ved at antall journalposter registrert i arkivet i 2005 har økt betydelig fra foregående år.

Samlokalisering

Kunnskapssenteret skal i 2006 samlokaliseres ved å flytte til det gamle Rikshospitalets kvinneklinikk i Pilestredet Park, et bygg som blir totalt rehabilitert og skal hete Domus Medicus.

Ny IKT-strategi

IKT i Kunnskapssenteret har en todelt funksjon. Den er dels fokusert mot administrative og brukerorienterte områder, og dels fokusert mot utviklings- og forvaltningsoppgaver relatert til de prosjekter som de forskjellige gruppene i Kunnskapssenteret gjennomfører. Det har tidligere resultert i en organisasjonsform med IKT-ressurser spredd over flere grupper, med den hensikt å knytte IKT-ressursene tettere til de enkelte faggruppene.

I 2005 har Kunnskapssenteret utviklet en ny IKT-strategi. Implementering av den nye strategien startet ved årsskifte og vil fortsette i 2006. Kunnskapssenteret valgte den teknologien som Sosial- og helsedirektoratet anskaffet som en del av deres portalsatsning. Intensjonen er at direktoratet skal levere de nødvendige driftstjenester for Kunnskapssenterets nettløsninger.

I IKT-strategien ble det tatt noen sentrale valg som vil ha store konsekvenser for Kunnskapssenterets videre satsing innen IKT:

- IKT-funksjonen organiseres som én enhet
- Kunnskapssenteret skal etablere en sterk utviklerfunksjon
- J2EE er valgt som teknisk plattform.

Satsingen på en egen utviklerfunksjon vil kreve at IKT-funksjonen tilføres kompetanse på dette området.

God virksomhetsstyring

Effektiv ressursutnyttelse er et hovedmål for Kunnskapssenteret. Helhetlig virksomhetsstyring krever gode metoder og verktøy innen både målstyring og aktivitetsstyring.

Målstyring kan bidra til at Kunnskapssenteret når sine strategiske mål. Tanken er at fokus på resultater motiverer til produktivitet og kvalitet. Fra 2005 synliggjøres produksjon av rapporter, artikler, foredrag og lignende, i tillegg at Kunnskapssenteret har fastsatt en rekke mer interne mål.

Aktivitetsstyring i Kunnskapssenteret betyr i praksis prosjektstyring, da aktivitetene i all hovedsak er organisert i prosjekter. I 2005 ble det innført en prosjektmodul i økonomisystemet. Dette er et system for registrering av prosjekttid og arbeidstid, planlegging, budsjettering, rapportering og oppfølging av prosjekter. Prosjektmodulen gir et godt grunnlag både for styring av hvert enkelt prosjekt og Kunnskapssenterets portefølje av prosjekter. Kunnskapssenteret har etablert en rutine med aktivitetsrapportering på prosjektnivå tre ganger i året, der status for alle prosjektene blir rapportert.

Målsettingen for 2006 er at alle som arbeider med prosjekter skal ta i bruk en håndbok for prosjektgjennomføring samt maler for prosjektplaner og rapporter. I tillegg skal alle prosjektledere få opplæring i prosjektstyring.

Better knowledge leads to better health services

In the years ahead, the Norwegian health services face two key challenges: To use resources more efficiently and reduce differences in clinical practice. The aim of the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services is to help tackle these challenges.

The Centre's mission is to gather and disseminate evidence about the effect and quality of methods and interventions within all parts of the health services. The uptake of this evidence by the health services is an important goal. The Centre's goal is to describe the quality of health services (monitoring) and contribute to quality improvement (knowledge management). Monitoring and knowledge management are the Centre's two main areas of concentration. Clients can choose from a wide variety of products such as surveys, reviews, analysis and HTA's.

In 2005, the Centre consisted of five scientific groups, management and staff. The five groups were:

Group K1: Core activities are surveys of patient experience, establishment of a resource bank and patient reported measurements. In 2005, the group conducted surveys of patient experiences among the families of patients at children's hospitals and in psychiatric wards.

Group K2: Core activities are monitoring of secondary care and acting as an information bank/clearing house for quality indicators. In 2005 the group participated in projects related to quality indicators used at home and abroad.

Group K3: Core activities are HTA, reviews and dissemination, cost-benefit analysis and developing decision support resources. Major projects in 2005 included a review of Norwegian hospitals' use of blood transfusion and a web-based information service for various back treatments

Group K4: Core activities are HTA, reviews and dissemination, the electronic health library and the Campbell collaboration. In 2005, the group focused, among others, on the establishment of an electronic library of for mental health. The group also had extensive teaching commitments.

Group K5: Core activities are HTA, reviews and dissemination and method support for the Cochrane Collaboration. Some of the major projects in 2005 were related to research on pharmaceuticals and cancer.

The Norwegian Knowledge Centre has close ties to various domestic and international partners. The Campbell and Cochrane collaborations and the INAHTA network are particularly important.

In 2005 the Centre received funding amounting to MNOK 39,1 through the national budget. The Centre had an additional income of MNOK 28,1. In March 2005, the strategic plan 2005-7 was completed. For the next two years, the Centre's activities will be oriented towards fulfilling five strategic goals related to its role as a national centre of expertise on the quality and effect of health care.



Unni Krogstad er både sykepleier og sosialantropolog. Hun leverte sin doktogradsavhandling like før jul i 2005. – Jeg er fascinert av sykehus som organisasjoner. De er komplekse, med motsetningsfulle kulturer og verdier. For å endre adferd i sykehus, må vi fokusere på kulturen på stedet, sier Krogstad. I tiden fremover skal hun blant annet

arbeide med et prosjekt knyttet til pasientsikkerhet i sykehus. – Det er spennende å jobbe i Kunnskapscenteret fordi jeg møter mange kompetente folk med ulike innfallsvinkler. I tillegg er jeg svært engasjert i den overordnede målsettingen til senteret – å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Oversikt over publikasjoner

Rapporter fra 2005

Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. Rapport nr 10-2005

Lindring av smerter hos kreftpasienter. Rapport nr 9-2005

Transfusjon kontra alternative behandlingsmetoder ved akutte blødninger. Rapport nr 8-2005

Utredning av offentlige, publikumsrettede informasjonstiltak på nett innenfor helse. Rapport nr 7-2005

Virkninger av snus. Rapport nr 6-2005

Samsoving, smokk, amming og krybbedød - finnes det en sammenheng? Rapport nr 5-2005

Dødelighet 30 dager etter innleggelse som kvalitetsindikator for norske sykehus - metodeutvikling og evaluering. Rapport nr 4-2005

Dødelighetsforskjeller mellom Norge og Sverige. Rapport nr 3-2005

Svangerskap og psykisk helse. Rapport nr 2-2005

Effekt av oseltamivir (Tamiflu®) ved profylakse og behandling av influensa. Rapport nr 1-2005

Notater 2005

Fødeavdelinger, fødestuer pasientvolum og behandlingskvalitet. Oktober 2005

Vurdering av forskjeller i effekt mellom ulike annengenerasjons antihistaminer. Oktober 2005

Medisinske kvalitetsregistre i Norge - identifisering og kartlegging av eksisterende registre. August 2005

Miniallogen stamcelletransplantasjon. August 2005

Pasienterfaringer med helsetjenesten blant diabetikere. En gjennomgang av tilgjengelige måleinstrumenter. April 2005

Behandling med sentralstimulerende medikamenter av ADHD hos voksne. Mars 2005

Kan skoleprogram påvirke kunnskap om psykisk helse hos ungdom? Februar 2005

Kunnskapsoppsummering om manuelle behandlingsformer. Februar 2005

Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Kartlegging av dagens situasjon og utviklingsmuligheter framover. Januar 2005

Måling av pårørendes erfaringer ved barns innleggelse i sykehus: Spørreskjema og metode. Januar 2005

Hasteoppdrag 2005

Bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn og ungdom i psykisk helsevern. Oktober 2005

Psykisk helsearbeid i kommunene - kartlegging av eksisterende kvalitetsindikatorer. Juni 2005

Modeller for å organisere legetjenesten ved sykehjem. Mai 2005

Sykefravær blant pleiepersonell i primærhelsetjenesten. April 2005

Påvirker skolemåltider barns helse og kognitive fungering? April 2005

Kan tyggegummitygging motvirke tretthet i trafikken? Mars 2005

Enhanced external counterpulsation. Januar 2005

Psykososiale tjenester ved katastrofer. Hvilke tiltak viser positiv effekt? Januar 2005

Artikler i vitenskapelige tidsskrifter

Stavem K, Bjortuft O, Borgan O, Geiran O, Boe J. Lung transplantation in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a national cohort is without obvious survival benefit. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25: 75-84.

Aasebo W, Midtvedt K, Hartmann A, Stavem K. Predictors of health-related quality of life in hypertensive recipients following renal transplantation. *Clin Transplant* 2005; 19: 756-62.

Solberg OG, Blom GP, Stavem K. En pasient med rundskygge på lungene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2956-7.

Oxman AD, Sackett DL, Chalmers I, Prescott TE. A surrealistic mega-analysis of reorganization theories. *J R Soc Med* 2005; 98: 563-8.

Stavem K, Froland SS, Hellum KB. Comparison of preference-based utilities of the 15D, EQ-5D and SF-6D in patients with HIV/AIDS. *Qual Life Res* 2005; 14: 971-80.

Sevane E, Lewin S, Mariano A, Woelk G, Oxman AD, Matinhure S, Cliff J, Fernandes B, Daniels K. System and market failures: the unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in Mozambique and Zimbabwe. *BMJ* 2005; 331: 765-9.

Aaserud M, Lewin S, Innvaer S, Paulsen EJ, Dahlgren AT, Trommald M, Duley L, Zwarenstein M, Oxman AD. Translating research into policy and practice in developing countries: a case study of magnesium sulphate

- for pre-eclampsia. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 68-71.
- Garratt AM, Bjertnæs ØA, Krogstad U, Gulbrandsen P. **The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals.** *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14: 433-7.
- Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Gulbrandsen P, Hjortdahl P. **Hospital quality improvement in context: a multilevel analysis of staff job evaluations.** *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14: 438-42.
- Selmer R, Halvorsen S, Myhre KI, Wisloff TF, Kristiansen IS. **Cost-effectiveness of primary percutaneous coronary intervention versus thrombolytic therapy for acute myocardial infarction.** *Scand Cardiovasc J* 2005; 39: 276-85.
- Ekeland E, Heian F and Hagen KB. **Can exercise improve self esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials.** *British Journal of Sports Medicine* 2005; 39: 792-98.
- Blix E, Reinart LM, Klovning A, Øian P. **Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review.** *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 112: 1595-1604.
- Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. **Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments.** *Qual Life Res* 2005; 14: 1651-68.
- Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. **Older peoples specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments.** *J Eval Clin Pract* 2005; 11: 315-27.
- Nilsen E, Berge TI, Espeland L, Klock K, Ragne A. **Profylaktisk fjerning av visdomstenner.** *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 582-4.
- Pettersen KI, Reikvam A, Stavem K. **Reliability and validity of the Norwegian translation of the Seattle Angina Questionnaire following myocardial infarction.** *Qual Life Res* 2005; 14: 883-9.
- Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S et al. **Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes.** *The Cochrane Library* 2005; issue 3.
- Lie RT, Lyngstadaas A, Ørstavik KH, Bakketeig LS, Jacobsen G, Tanbo T. **Birth defects in children conceived by ICSI compared with children conceived by other IVF-methods; a meta-analysis.** *Int J Epidemiol* 2005; 34: 696-701.
- Stavem K, Aaser E, Sandvik L, Bjornholt JV, Erikssen G, Thaulow E, Erikssen J. **Lung function, smoking and mortality in a 26-year follow-up of healthy middle-aged males.** *Eur Respir J* 2005; 25: 618-25.
- Bradley P, Nordheim L, De La Harpe D, Innvær S, Carl Thompson C. **A systematic review of qualitative literature on educational interventions for evidence-based practice.** *Learning in Health and Social Care* 2005; 4: 89-94.
- Rossberg E, Larsson PG, Birkeflet O, Soholt LE, Stavem K. **Comparison of traditional Chinese acupuncture, minimal acupuncture at non-acupoints and conventional treatment for chronic sinusitis.** *Complement Ther Med* 2005; 13: 4-10.
- Holte TO, Bjertnæs OA, Stavem K. **Er det sammenheng mellom sykehusstørrelse og pasienterfaringer?** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1685-8.
- Kjelsberg FN, Ruud EA, Stavem K. **Predictors of symptoms of anxiety and depression in obstructive sleep apnea.** *Sleep Med* 2005; 6: 341-6.
- Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. **Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making.** *J Health Serv Res Policy* 2005; 10, Suppl 1: 35-48.
- Tjøflot GK, Waaler HT, Iversen T. **Simulering av ventetid og effektivitet i sykehus.** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1472-5.
- Nestvold K, Lundar T, Mowinckel P, Stavem K. **Predictors of headache 22 years after hospitalization for head injury.** *Acta Neurol Scand* 2005; 112: 13-8.
- Stavem K, Arnesen O. **Use of hip and knee clinical scoring systems in prosthesis surgery in Norwegian hospitals.** *Int Orthop* 2005; 29: 301-4.
- Vist GE, Hagen KB, Devereaux PJ, Bryant D, Kristoffersen DT, David Oxman AD. **Systematic review to determine whether participation in a trial influences outcome.** *BMJ* 2005; 330: 1175-9.
- Grøtvedt L, Stavem K. **Association between age, gender and reasons for smoking cessation.** *Scand J Public Health* 2005; 33: 72-6.

- Bradley P, Oterholt C, Nordheim L, Bjorndal A. **Medical students' and tutors' experiences of directed and self-directed learning programs in evidence-based medicine: a qualitative evaluation accompanying a randomized controlled trial.** *Eval Rev* 2005; 29: 149-77.
- Atkins D, Briss PA, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Harbor RT, Hill S, Jaeschke R, Liberati A, Magrini N, Mason J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schunemann H, Edejer TTT, Vist GE, Williams JW and The GRADE Working Group. **Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations. II: Pilot study of a new system.** *BMC Health Services Research* 2005; 5: 25-31.
- Glenton C, Paulsen EJ, Oxman AD. **Portals to Wonderland: Health portals lead to confusing information about the effects of health care.** *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2005; 5: 7-10.
- Fretheim A, Oxman AD. **International variation in prescribing anti-hypertensive drugs: Its extent and possible explanations.** *BMC Health Services Research* 2005; 5: 21-5.
- Stavem K, Guldvog B. **Long-term survival after epilepsy surgery compared with matched epilepsy controls and the general population.** *Epilepsy Res* 2005 ; 63: 67-75.
- Flottorp S, Bjerkeland E, Bærheim A, Forland F, Forsgren B, Hagerup J, Haavet OR, Malde K, Maartmann-Moe K, Nicolaisen M, Prestegaard K, Thesen J, Vinje L. **Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis?** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 601-2.
- Albrechtsen S, Berge LN, Børdahl PE, Egeland E, Henriksen T, Håheim LL, Øian P. **Ytre vending av foster i seteleie til termin.** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 589-90.
- Garratt AM, Bjertnæs ØA, Krogstad U, Gulbrandsen P. **Pasienterfaringsinstrumentet PasOpp i somatiske poliklinikker.** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 421-4.
- Pettersen KI, Reikvam A, Rollag A, Stavem K. **Reliability and validity of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire in patients with previous myocardial infarction.** *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 235-42.
- Edmunds S, Garratt A, Haines L, Blair M. **Child Health Assessment at School Entry (CHASE) Project: evaluation in ten London primary schools.** *Child, Care, Health and Development* 2005; 31: 143-54.
- Fretheim A, Flottorp S, Oxman AD. **It is a capital mistake to theorize before one has data: a response to Eccle's criticism of the OFF theory of research utilization.** *J Clin Epidemiol* 2005; 58: 119-20.
- Oxman AD, Fretheim A, Flottorp S. **The OFF theory of research utilization.** *J Clin Epidemiol* 2005; 58: 113-6.
- Lyngstadaas A, Ekanger R, Hagen B, Himmelmann A, Iversen OE, Iversen T, Nordal R, Norheim OE, Onsrud M, Tretli S, Tropé C. **Primærbehandling av ovarialcancer.** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 278-81.
- Treweek S, Flottorp S, Fretheim F, Håvelsrud K, Kristoffersen DT, Oxman AD, Aasland OG. **Retningslinjer for allmennpraksis - blir de lest og blir de brukt?** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 300-3.
- Treweek S, Flottorp S, Fretheim A, Håvelsrud K, Kristoffersen DT, Oxman AD, Aasland OG. **Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert?** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 304-6.
- Håvelsrud K, Flottorp S, Fretheim A, Kristoffersen DT, Oxman AD, Treweek S, Aasland OG. **Hva gjør fastlegenes medarbeidere for å holde seg faglig oppdatert?** *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 307-9.
- Vist GE, Hagen KB, Devereaux P, Bryant D, Kristoffersen DT, Oxman AD. **Outcomes of patients who participate in randomised controlled trials compared to similar patients receiving similar interventions who do not participate.** *Cochrane Database Meth Rev* 2005; Issue 1.
- Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, Liberati A, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schunemann H, Tan-Torres Edejer T, Vist GE, Williams JW, The Grade Working Group. **Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations, I: Critical appraisal of existing approaches.** *BMC Health Serv Res* 2004; 4: 38-42.
- Haywood KL, Garratt AM, Dawes PT. **Patient-assessed health in ankylosing spondylitis: a structured review.** *Rheumatology (Oxford)*. 2005; 44: 577-86.



Årsmelding 2005

Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten

ISBN 82-8121-091-5

Prosjektansvarlige: Frøy Lode Wiig,
Sarah Rosenbaum, Arild Bjørndal

Trykkeri: PDC Tangen

Fotograf: Yann Aker

Utgitt: April 2006



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olav plass, N-0130 Oslo
Tlf: (+47) 23 25 50 00 Faks: (+47) 23 25 50 10
www.kunnskapssenteret.no

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Årsrapport 2005

- statusrapport til etatsstyrer

Oslo, 20.02.2006

John-Arne Røttingen
Direktør



Innholdsfortegnelse

1.	Virksomhet	3
2.	Årsregnskap	3
3	Organisering	5
4	Ansatte, årsverk og fravær	6
5	Tidsrapportering	7
5.1	Tidsbruk per programområde	7
5.2	Tidsbruk per temaområde	9
5.3	Andel ikke prosjekttid for faglig ansatte	11
6	Aktivitetsrapportering	12
6.1	Måloppfølging i forhold til tildelingsbrev	12
6.2	Måloppfølging i forhold til oppdragsbrev	14
6.3	Status for prosjektene	15
6.4	De faglige gruppene	16
6.5	Internasjonalt samarbeid	17
6.6	Publikasjoner	19
7	Resultatmål	22
8	Vedlegg: Prosjektliste	23



1. Virksomhet

Kunnskapssenteret fremskaffer og formidler forskningsbasert kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Kunnskapssenterets aktiviteter skal bidra til gode beslutninger på overordnet nivå og i praksis i helsetjenesten.

Det vises for øvrig til den kommende årsmeldingen for 2005.

2. Årsregnskap

	Regnskap	Budsjett	Avvik	Forrige år
Inntekter	28 172 445	30 531 000	-2 358 555	17 721 153
Lønn	40 197 215	41 268 000	1 070 785	33 838 826
Maskiner, inventar og utstyr	5 171 019	1 490 000	-3 681 019	2 323 346
Forbruksmateriell	974 619	830 000	-144 619	713 662
Reiseutgifter m.m.	5 365 581	4 835 000	-530 581	3 550 226
Kontortjenster m.m.	1 804 919	3 482 000	1 677 081	2 350 150
Konsulentbistand	9 397 926	11 133 000	1 735 074	5 915 163
IKT	1 750 085	1 522 000	-228 085	1 385 788
Vedlikehold, drift maskiner	3 282	200 000	196 718	265 121
Bygningmessig vedlikehold	11 025	0	-11 025	0
Bygningers drift, lokalleie	1 510 778	1 532 000	21 222	839 869
Drift	25 989 234	25 024 000	-965 234	17 343 328
Lønn og drift	66 186 448	66 292 000	105 552	51 182 154
Resultat før grunnbevilgning	-38 014 003	-35 761 000	-2 253 003	-33 461 000
Grunnbevilgning	39 064 000	35 623 000	3 441 000	34 589 000
Inntektskrav	103 000	0	-103 000	100 000
Resultat etter grunnbevilgning	946 997	-138 000	1 084 997	1 029 000

Inntektene

Inntektene i 2005 ble 28,2 mill mot 30,5 mill budsjettert, et negativt avvik på 2,3 mill. Avviket skyldes hovedsakelig forventede men ikke realiserte inntekter fra nye prosjekter og budsjetterte inntekter ifm overføring av sosialtjenesteforskning som i stedet har kommet som grunnbevilgningen.

Kunnskapssenteret har mottatt 6 mill fra RHFene og inntektene er blitt fordelt på prosjekter i desember. Inntektene til PasOpp 9 mill, psykisk helse 7 mill og kreftområdet på 1,2 mill er inntektsført på prosjekter i desember.



Inntektene har utgjort 42 % av Kunnskapscenterets finansiering i 2005, mot 34 % i 2004. Grunnbevilgningen utgjør resten av finansieringen (58 % i 2005 mot 66 % i 2004).

Utgiftene

Lønnsutgiftene i 2005 ble 40,2 mill mot 41,3 mill budsjettert, et positivt avvik på 1,1 mill. Årsaken er forsinkelse i forhold til den rekrutteringsplanen som ligger til grunn for budsjettet. Ved utgangen av året var det budsjettert 87,4 årsverk, mens det reelt var 82,7 årsverk, dvs et avvik på 4,7 årsverk. Gjennom hele 2005 var det 79,0 årsverk, mens budsjettet var på 81,4 årsverk.

Andre driftsutgifter ble 26,0 mill mot et budsjett på 25,0 mill, et negativt avvik på 1,0 mill. Dette avviket skyldes i hovedsak innkjøp av møbler og IKT-utstyr i forbindelse med flyttingen til nye lokaler i Pilestredet Park. Underforbruk av porto, trykning og konsulentbistand har trukket i motsatt retning.

De totale utgiftene ble på 66,2 mill mot 66,3 mill budsjettert, et positivt avvik på 0,1 mill.

Resultat før grunnbevilgning

Resultat før inndekning fra grunnbevilgningen ble – 38,0 mill mot -35,8 mill budsjettert, et negativt avvik på 2,2 mill. Forklaringen på avviket er det negative inntektsavviket.

Grunnbevilgning

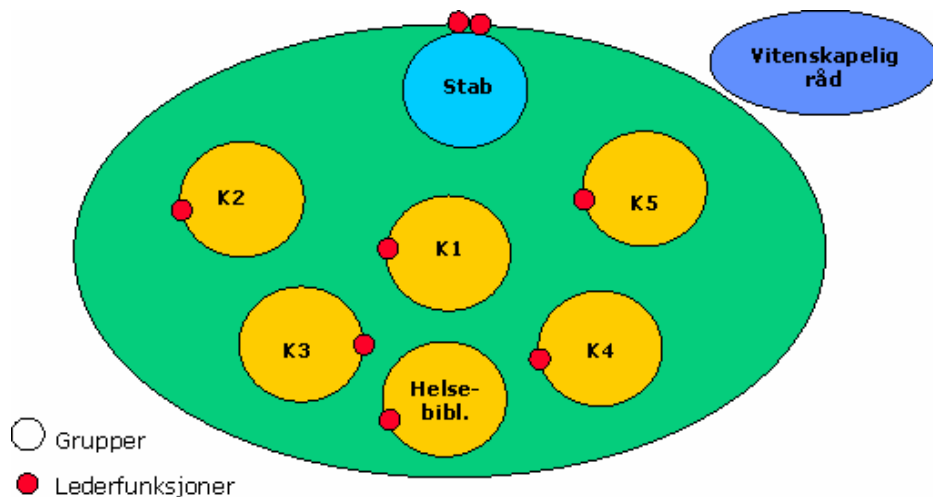
Grunnbevilgningen etter overføringer fra 2004 var 36,1 mill. Det ble i RNB ytterligere bevilget 1 mill til legemiddelsatsningen og 1,45 mill til dekning av utgifter relatert til overført aktivitet innen sosialtjenesteforskning. Bevilgning til dekning av årets lønns- og prisøkning bokført med kr 499 000. Dette gir en grunnbevilgning i 2005 på 39,1 mill, 3,4 mill mer enn budsjettert

Resultatet etter grunnbevilgning

Det kalkulatoriske driftsresultatet i 2005 etter grunnbevilgningen ble på + 0,9 mill mot et budsjettert resultat på - 0,1 mill, et positivt avvik på 1,1 mill. Det vil bli søkt om overføring av resultatet på kr 946 997 til grunnbevilgningen i 2006.

3 Organisering

Organisasjonsmodellen har siden 1. mars 2005 vært slik, med unntak av helsebiblioteket og en midlertidig lederfunksjon for staben:



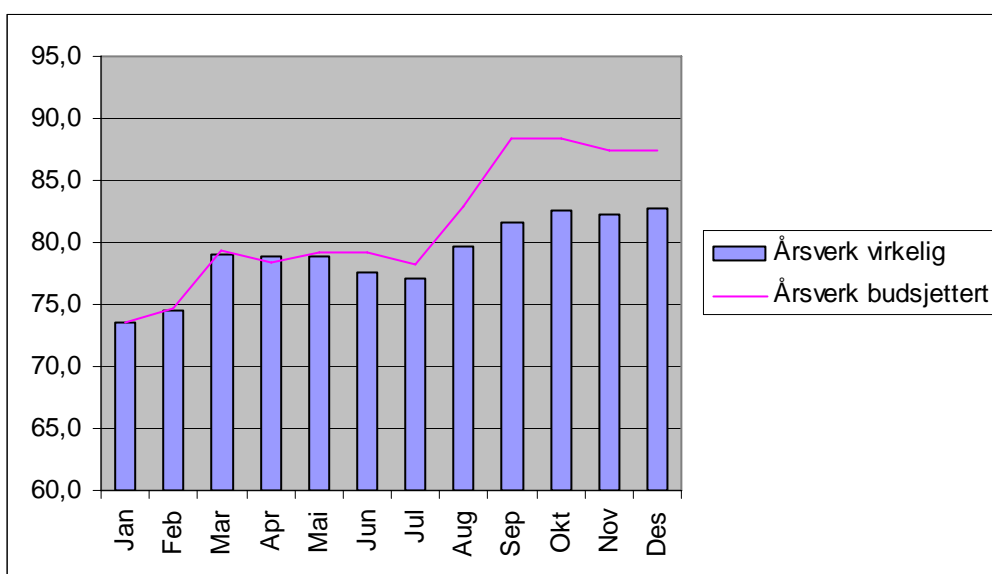
Gruppe	Oppgaver/aktiviteter	Fag/ metodeansvar	Temaansvar
K1	Pasienterfaringer, instrumentbank pasientrapporterte mål	Surveys	Pasient-/ brukerperspektivet
K2	Utvikling monitorering spesialisthelsetjenesten, informasjonsbank/ clearing house for kvalitetsindikatorer	Registre, indikatorer	Spesialisthelsetjenesten
K3	*Fellesoppgaver kunnskapshåndtering, kost- nyttevurderinger, utvikling av beslutnings-støtteressurser	Kontrollerte studier Helseøkonomi	Allmenntidmedisin
K4	*Fellesoppgaver kunnskapshåndtering, Helsebiblioteket	Undervisning Campbell	Folkehelse, screening, psykisk helse, rus, pleie- og omsorgstjenesten, rehabilitering
K5	*Fellesoppgaver kunnskapshåndtering, metodestøtte Cochrane (og andre)	HTA, metodevarsling Cochrane	Diagnostikk Tiltak helsepersonell og system (org./fin.), Legemiddel, Kreft
Staben	Adm., arkiv, informasjon, personal og økonomi		Midlertidig organisert i to grupper informasjon og øvrige stab.

* Fellesoppgaver kunnskapshåndtering: Oppsummering (SR – systematiske oversikter, HTA – metodevurdering, metodevarslinger/rapid reviews/oppsummering av oversikter, hasteredskap), formidling, undervisning.

4 Ansatte, årsverk og fravær

Per 31.12.2005 var det 98 ansatte mot 101 budsjettert, noe som skyldes forskyvning i rekrutteringen i forhold til planen. Antall årsverk var 82,7 ved årsskiftet.

2005	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Ansatte virkelig	86,0	86,0	91,0	91,0	91,0	88,0	87,0	91,0	94,0	97,0	97,0	97,0
Ansatte budsjettert	87,0	88,0	92,0	91,0	91,0	91,0	90,0	96,0	102,0	102,0	101,0	101,0
Årsverk virkelig	73,5	74,5	79,0	78,9	78,9	77,6	77,1	79,7	81,6	82,6	82,2	82,7
Årsverk budsjettert	73,6	74,6	79,4	78,4	79,2	79,2	78,2	82,9	88,4	88,4	87,4	87,4



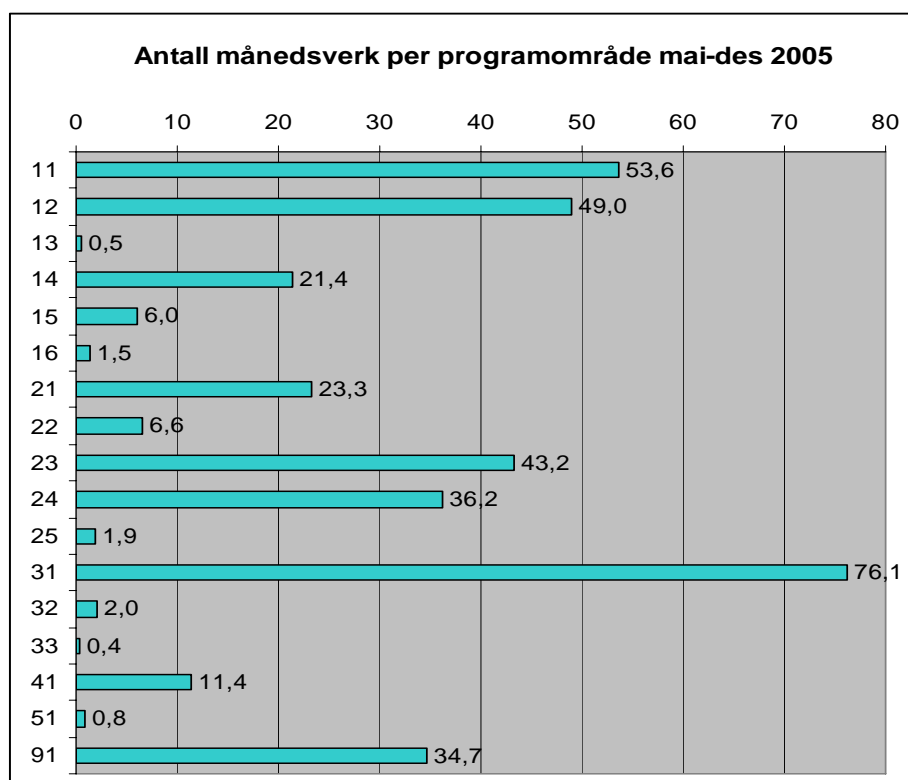
Sykefraværet i 2005 har vært 5,0 % mot 5,3 % i 2004.

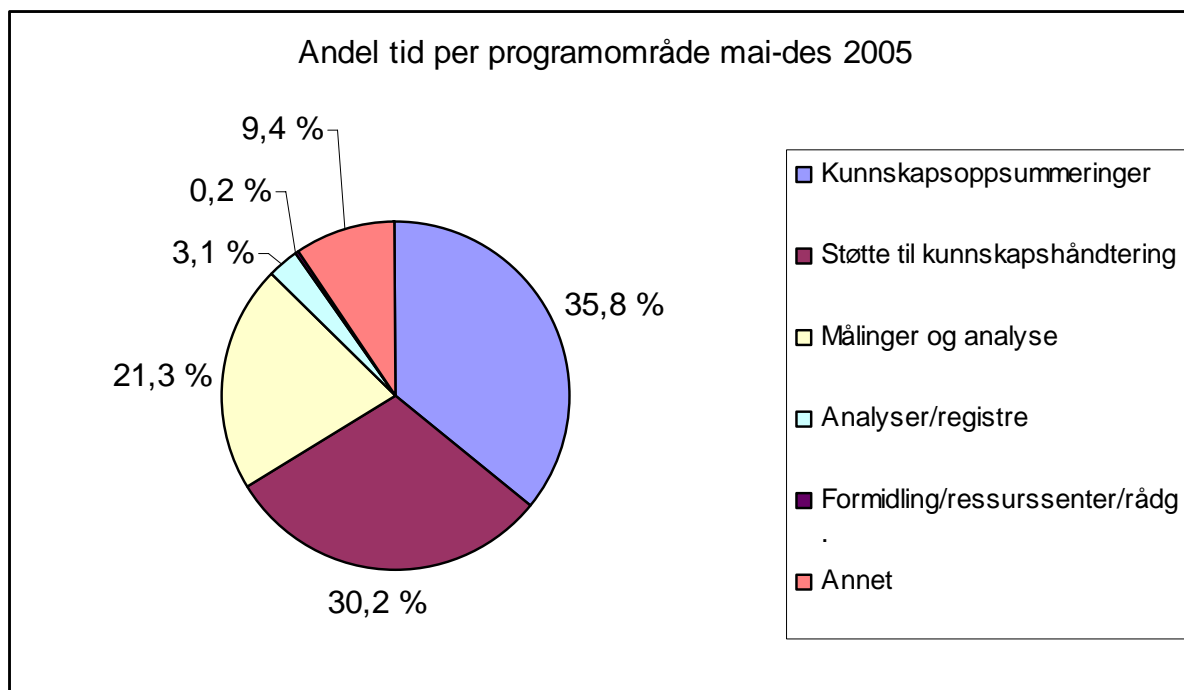
5 Tidsrapportering

5.1 Tidsbruk per programområde

Kunnskapssenteret hadde følgende programområder i 2005:

Kunnskapsoppsummeringer (10-19)	
11	Systematiske oversikter over effektvurderinger (Cochrane, Campbell, andre)
12	Metodevurderinger av effekter og nytte-kostnadsanalyser (Health Technology Assessments) inkludert vurderinger av konsekvenser ved å ta metoden i bruk
13	Metode-/teknologivarslinger – raske oppsummeringer av dokumentasjon av nye metoder
14	Oppsummering av allerede foreliggende internasjonale oversikter, informasjon om tilgjengelige oversikter fra andre
15	Hasteoppdrag
16	Helseøkonomiske evalueringer som selvstendige analyser eller som tillegg til foreliggende internasjonale kunnskapsoversikter
Støtte til kunnskapshåndtering (20-29)	
21	Formidling av oppsummert forskningsbasert kunnskap – bl.a. bidra til Helsebiblioteket
22	Undervisning i kunnskapshåndtering
23	Utvikling av ressurser for å støtte kunnskapshåndtering og forbedre praksis
24	Formidling / Rådgivning / ressurscenter for å styrke kunnskapshåndtering i helsetjenesten
25	Internasjonalt nettverk kunnskapshåndtering
Gjennomføre målinger og analyser (30-39)	
31	Pasienterfaringsundersøkelser
32	Andre pasientrapporterte endepunkt – livskvalitet
33	Kliniske endepunkt
Analyser / registre (40-49)	
41	Pasientregister & kvalitetsregistre
Formidling/ressurscenter/rådgivning (50-59)	
51	Informasjonsbank & metodestøtte
52	Internasjonalt nettverk monitorering
Annet	
91	Annet / diverse

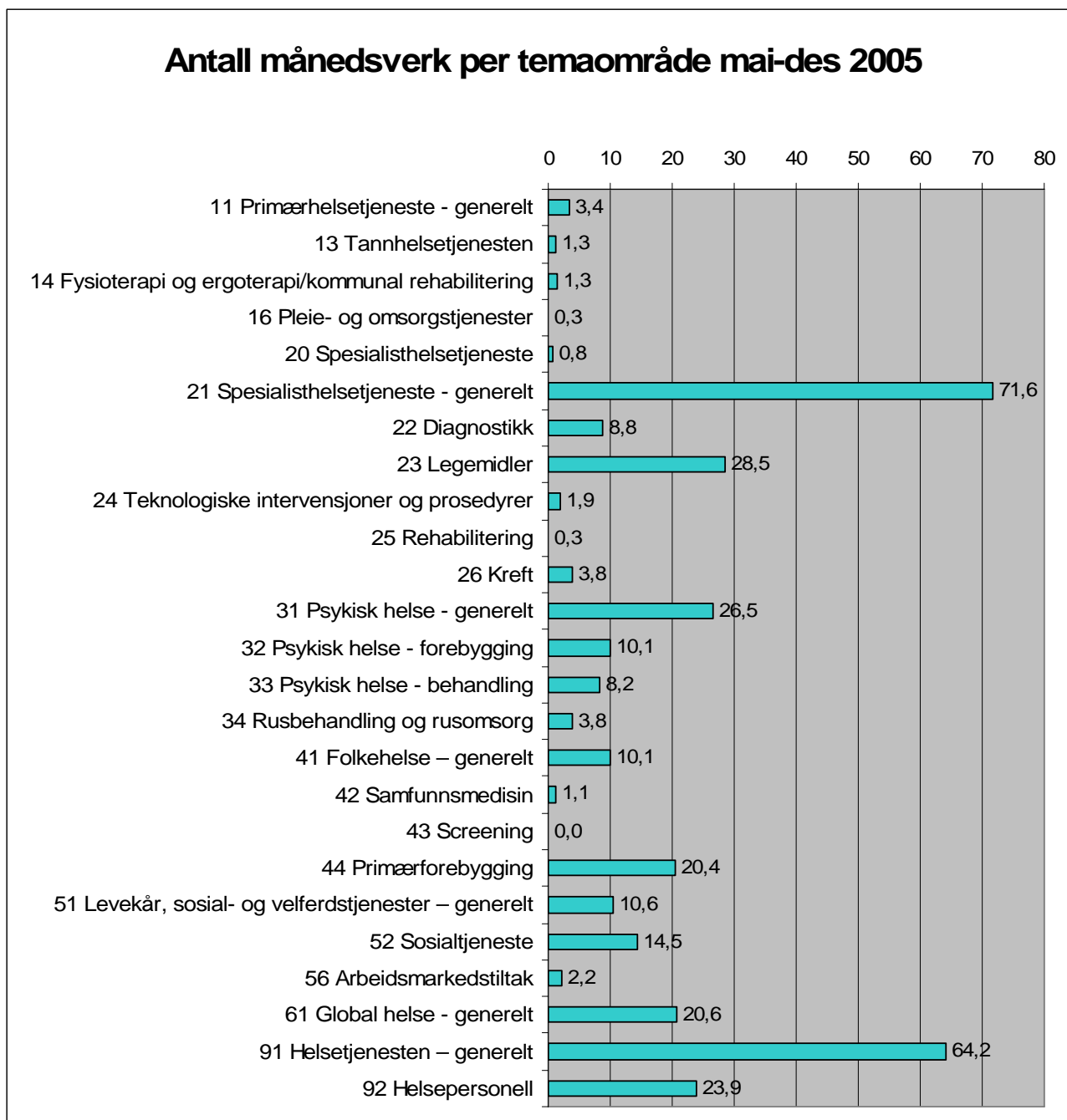


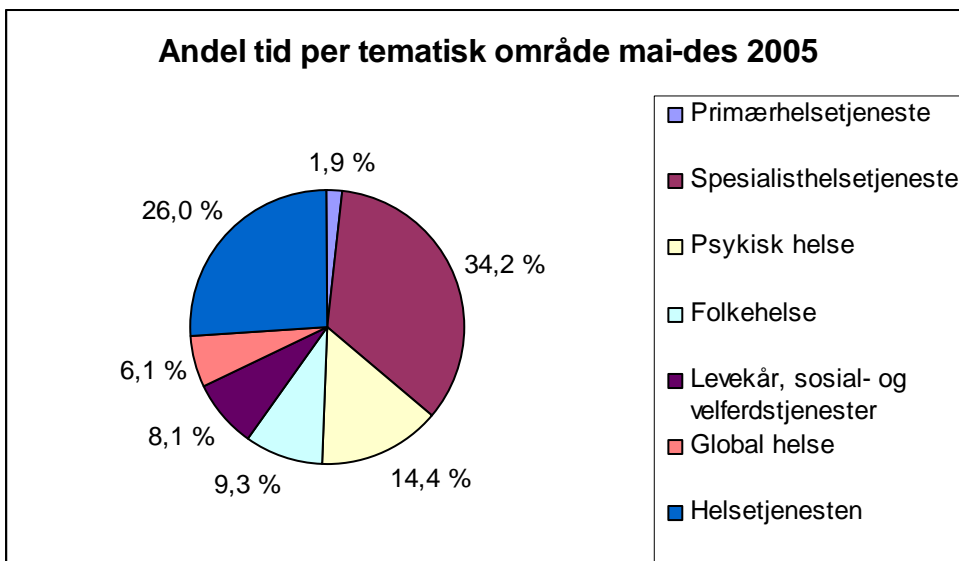


Månedsverkene innen kunnskapsoppsummeringer som ble avsluttet i 2005 fordelte seg som følger:

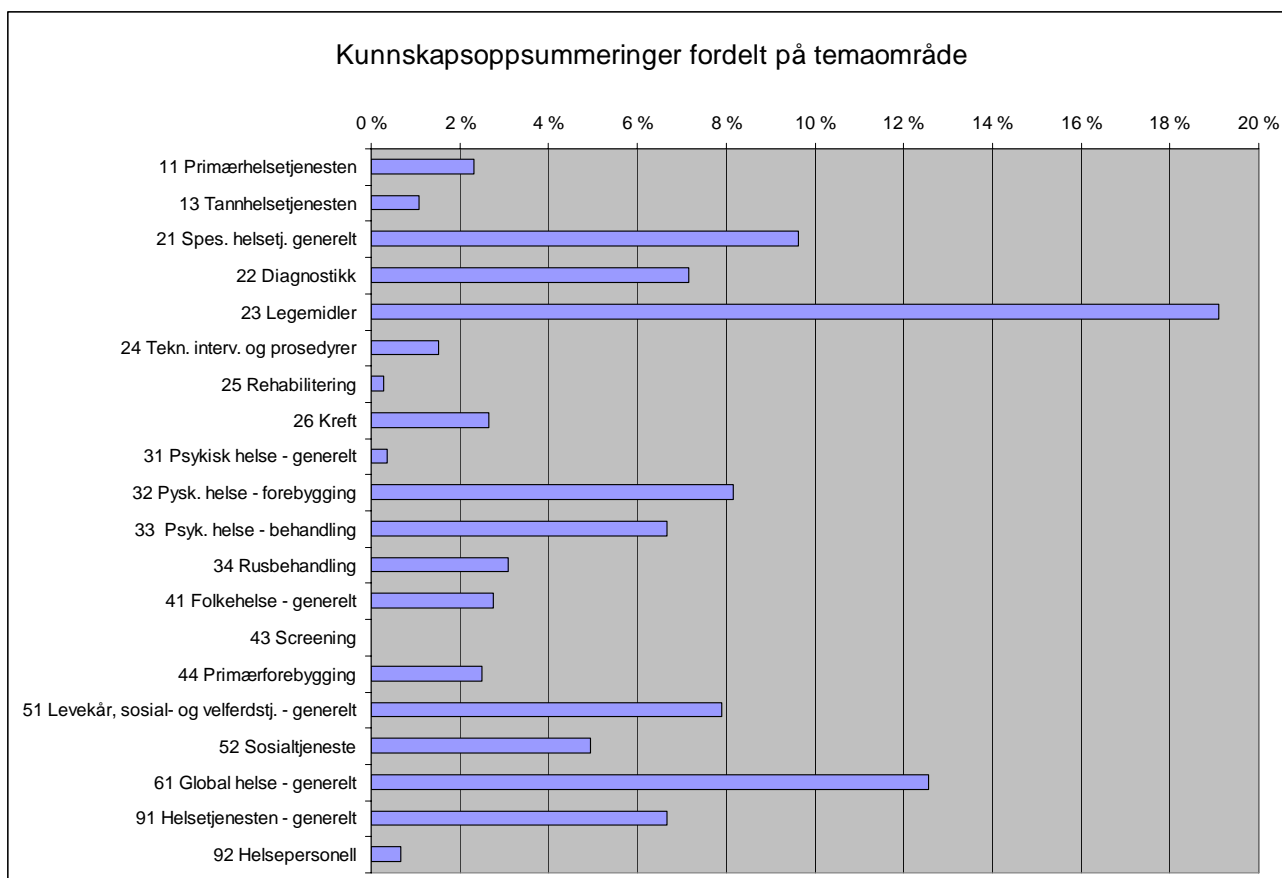
Metodevurderinger	77 %
Oppsummering av oversikter	23 %
Systematiske oversikter (Cochrane, Campbell)	0 %

5.2 Tidsbruk per temaområde



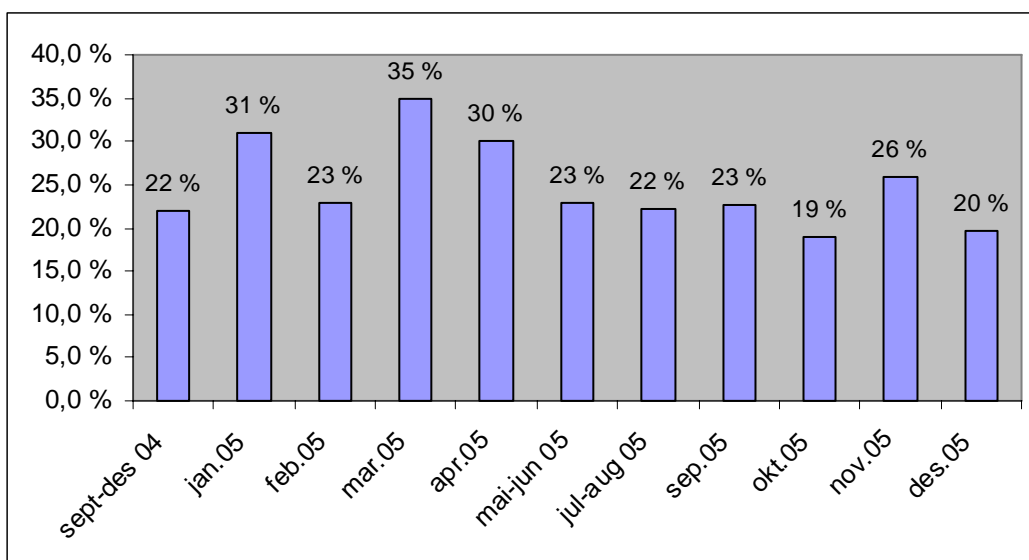


Den tematiske fordelingen innenfor kunnskapsoppsummeringer har vært som følger:



5.3 Andel ikke prosjekttid for faglig ansatte

Andelen tid som ikke har blitt brukt på faglige prosjekter blant faglige ansatte har vinteren 2005 ligget noe høyt grunnet omorganisering og strategiarbeid, men har deretter ligget ned mot eller på et normert nivå på ca 20 %.



6 Aktivitetsrapportering

6.1 Måloppfølging i forhold til tildelingsbrev

2. Prioriteringer og mål (roller)	Status/vurdering
Rolle i forhold til kvalitetsregistre: Kunnskapssenteret skal støtte SHdir's arbeid med koordinering og videreutvikling av de nasjonale medisinske kvalitetsregistre.	Prosessen i gang, men noe forsinket grunnet sen oppstart i SHDir.
Rolle i forhold til sammenstilling av nasjonale data: Kunnskapssenteret har en rolle i forhold til å bidra i direktoratets arbeid med å kvalitetssikre og sammenstille data for aktører i ulike roller og nivåer innen helsetjenesten, fra styrende myndigheter sentralt og på kommunalt nivå, til regionale helseforetak, helseforetak og den enkelte institusjon.	Ingen aktivitet da det ikke har kommet konkrete oppfølging fra SHDir.
Rolle i forhold til Helsebiblioteket: Kunnskapssenteret skal videreføre sitt arbeid med Helsebiblioteket i tråd med tidligere planer og føringer fra SHdir.	Helsebiblioteket etablert som egen gruppe i Kunnskapssenteret fra 1. januar 2006.
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal være nasjonal koordinator for arbeidet med Cochrane Collaboration og Campbell Collaboration. I løpet av 2005 skal Campbell-aktivitet etableres i Kunnskapssenteret og det skal utvikles en strategi for hvordan denne oppgaven skal håndteres, og hvordan samarbeidet med SHdir skal være.	K deltar i det nordiske Cochrane samarbeidet og ivaretar flere sentrale oppgaver innen Cochrane samarbeidet.
Rolle i forhold til Giftinformasjonen: Kunnskapssenteret har vært en støttespiller for Giftinformasjonen i SHdir i oppbygging av den nye nasjonale toksikologiske databasen (GISBAS) og bistått fagpersonell ved utarbeiding av dokumentasjon. Denne støtten videreføres for 2005.	Støtten videreføres og det er fremgang i prosjektet.
Oppgaver/rolle overfor RHFene: Kunnskapssenteret skal tilby tjenester til Regionale helseforetak i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets styringssignaler til foretakene, jf bestillerdokumentene.	Alle prosjekter igangsatt. Noen slutføres i 2006.

2.1 Hovedoppgaver	
Kunnskapshåndtering. Prioritere psykisk helse, rusbehandling og spesialisthelsetjenesten.	Betydelig aktivitet innen psykisk helse og for spesialisthelsetjenesten. Prosjekter innen avhengighetsbehandling (rus) er også iverksatt.
Monitorering av kvalitet.	God fremdrift og økt kvalitet innen pasienterfaringer. Mindre på kvalitetsindikatorer generelt, 30 dagers overlevelse et unntak. Planlegger å etablere en informasjonsbank.
Primærforskning. Innretning. Formidling.	Innretning i tråd med føringene. Arbeider med å gjøre kunnskap om kvalitetsforbedring og implementering lettere tilgjengelig – popularisering.
Undervisning, formidling og støtte.	Fokus mot UoH-sektor samt støtte til SHDir.
2.2 Aktivitets- og resultatmål	
Kunnskapssenteret skal produsere kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger, samt utføre metodevarslinger og formidle foreliggende internasjonale oversikter. Senteret skal videre ha beredskap for hasteoppdrag, og gjøre helseøkonomiske evalueringer.	Stor aktivitet. Se rapportering over tidsbruk per programområde.
Kunnskapssenteret skal utføre og utvikle pasienterfariingsundersøkelsene.	Undersøkelsene er videreført og forskningsaktiviteten er styrket.
Kunnskapssenteret skal i dialog med SHDir utvikle en plan for sitt øvrige arbeid med kvalitetsmonitorering.	Har etterlyst prosess med SHDir. Ikke startet. Påvirkes av beslutning for NPR.
Kunnskapssenteret skal gjennomføre den igangsatte strategiprosessen med henblikk på å innrette virksomheten i forhold til kjerneoppgaver.	Ferdigstilt i mai 05.
Kunnskapssenteret skal arbeide for å innarbeide sosiale fordelingseffekter som vurderingstema i kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger, samt i senterets øvrige arbeid.	Har arrangert seminar om sosial ulikhet.
Kunnskapssenteret skal søke å få samlokalisert sine enheter, og se dette i sammenheng med den interne organiseringen i senteret.	Justering av organisasjonen forestas før innflytting i nye lokaler i Pilestredet Park i april eller mai 2006.
Bidra til at ekstern evaluering igangsettes innen utgangen av 2005.	Utsatt.
Kap. 0743 Statlige stimuleringsmidler til psykisk helse	Utført. Viser til egen rapportering.
Kap. 0720 Pasienterfariingsundersøkelser	Utført. Viser til egen rapportering.

6.2 Måloppfølging i forhold til oppdragsbrev

Oppdragsbrevet til Kunnskapscenteret var utformet med utdypende føringer som et vedlegg til Tildelingsbrevet for 2005. Oppdragsbrevet var organisert i følgende hovedpunkter:

Helsebiblioteket	Arbeidet er videreført i tråd med oppsatte planer, bortsett fra forslaget om et emnebiblioteket for eldreomsorg som er noe forsinket i forhold til den oppsatte frist 1.oktober. Helsebiblioteket er etablert som en gruppe i Kunnskapscenteret fra 1. januar 2006.
Kunnskapshåndtering	Oppdragene var sortert avdelingsvis i SHdir, og omfattet i hovedsak kunnskapsoppsummeringer (ca 30). I tillegg var deltagelse i diskusjoner og arbeidsgrupper ønsket på flere områder. Det var få / ingen tidsrammer angitt for prosjektene i oppdragsbrevet. Det har vært nødvendig med avklaringer og nærmere dialog om de fleste oppdragene, noe som nå stort sett er gjennomført, slik at prosjektene nå er startet opp og i god gjenge. Kunnskapscenteret har utarbeidet prosjektplaner og etablert utredningsgrupper der det er relevant, i forståelse med oppdragsgiverne. Kunnskapscenteret startet opp 33 kunnskapsoppsummeringer i 2005, og 19 prosjekter ble ferdigstilt (se status for prosjekter 6.3).
Følgene prosjekter er <i>ikke startet opp, eller endret</i> i forhold til oppdragsbrevet:	
Avd for psykisk helse/ Opptrappingsplanen:	Utsatt fra oppdragsgivers side: <i>Behandlingsmetoder ved dobbeltdiagnoser</i> <i>Effektevaluerte forebyggende-og helsefremmende tiltak for personer med psykisk lidelse</i> <i>Brukermedvirkning som virkemiddel i behandling av psykisk syke</i>
Avd. for ernæring:	Under avklaring med avdelingen.
Avd for fysisk aktivitet:	Kunnskapsoppsummering om <i>effektive tiltak innen fysisk aktivitet</i> er iverksatt i form av deltagelse i SBUs metodevurdering om Metoder for å fremme fysisk aktivitet. Ytterligere er vi i dialog om effektive tiltak for folkehelsen. <i>Kartlegging av norsk helsetjenestes bruk av fysisk aktivitet i behandling og rehabilitering</i> må avklares nærmere med SHdir, og knyttes opp mot spesifikke diagnoser (f eks Rehabilitering etter brystkreft, som Kunnskapscenteret har startet opp).

Avd for primærhelsetj.:	<i>Osteoporotiske brudd og hofteoperasjoner: Venter på avklaring fra avd. Følgende prosjekter er avlyst i forståelse med avd: Kartlegging av veiledere for avdekking og oppfølging av seksuelle overgrep Kunnskapsoppsummering av holdningsarbeid ved omskjæring</i>
Avd for spesialisthelsetj.:	<i>Flere kreftrelaterte prosjekter er iverksatt. Dette er delvis koordinert innenfor Handlingsplan for kreftbehandling og som oppdrag fra RHF. Følgende prosjekter er avlyst i forståelse med avd: Behandlingsopplegg for pasienter som er ut og inn av sykehus Kost nytte av infeksjonstester for blod Tinnitus EI-overfølsomhet</i>
Avd for kom. velferdstj.:	<i>Rinkebymodellen i Sverige og familienettverk (Canada): Avventer avklaring fra avd.</i>
Monitorering av kvalitet	<i>Arbeidet videreføres i tråd med oppsatte planer, avhengig av SHdirs egne prosjekter</i>
Primærforskning Avd for psykisk helse/ opptrappingsplan:	<i>Spørreundersøkelse om holdningsendring befolkningen: Avventer avklaring, noe er allerede bygget inn i årets undersøkelse</i>
Undervisning, formidling og støtte	<i>Arbeidet videreføres i tråd med oppsatte planer</i>

6.3 Status for prosjektene - avviksrapportering

Kunnskapssenteret har etablert en rutine med aktivitetsrapportering på prosjektnivå tre ganger i året, og slik at disse tidsmessig kommer i forkant av etatsstyringsmøtene på våren og høsten og etter nyttår i forbindelse med årsrapporteringen. Denne rapporteringen viser status for de prosjektene vi har jobbet med gjennom året. Prosjektrapporteringen er lagt opp slik at hvert pågående prosjekt får en fargekode som viser status. Grønn farge betyr at prosjektet går etter planen, gul farge betyr at prosjektet har mindre avvik, og rød farge betyr at det er store avvik i forhold til innhold, fremdrift eller økonomi. I sistnevnte tilfelle skal det avgis en egen statusrapport på en side der tiltak og oppfølging skal angis i tillegg til selve statusbeskrivelsen i forhold til prosjektplan. Blå fargekode betyr at prosjektet er avsluttet.



Følgende prosjekter har rød fargekode:

Prosjekt 122 Brukermedvirkning i retningslinjer: Prosjektets er lagt ned.

Prosjekt 141 Pasientvolum og behandlingskvalitet: Prosjektets slutføring må vurderes.

Prosjekt 224 Utvikling av håndbok for kunnskapsoppsummeringer: Forsinket.

Prosjekt 233 HPV-test for livmorhalskreft: Ikke startet. Må kanskje avsluttes.

Prosjekt 235 Fast track - evaluering av arbeidsmiljø: Prosjektet må avklares.

Prosjekt 242 PasOpp metodeutvikling: Delprosjekt om statistiske elementer i PasOpp er forsinket pga. kapasitetsproblemer.

Prosjekt 243 PasOpp teknologiutvikling: Forsinket pga kapasitetsproblemer.

Plattoformvalg.

Prosjekt 267 Schizofreni - diagnostikk og behandling: Utsatt. Hatt dialog med SHDir.

Prosjekt 282 Opptrening etter leddproteseoperasjoner: Ikke startet. Må lages prosjektplan og må finne en ny prosjektleder.

Prosjekt 283 Brukermedvirkning - virkemiddel psykisk syke: Blir ikke realisert.

Prosjekt 288 Behandling av spiseforstyrrelser: Gjennomføres som notat.

Prosjekt 289 Mammografi på yngre kvinner: Forsinket. Må avklares.

Kunnskapssenteret startet opp 61 prosjekter i 2005 og ferdigstilte 24.

6.4 De faglige gruppene

K1

Gruppe K1 har hatt stor suksess i arbeidet med prosjekter knyttet til pasienterfaringer, instrumentbank og andre brukerrapporterte mål. Gruppen har et spesielt ansvar for surveymetodikk og brukerperspektivet. Oppgavene spenner fra driftsoppgaver/datainnsamling til analyse, utvikling, forskning og formidling. Anvendt forskning er en viktig del av utviklingsprosessene i prosjektene (for eksempel gjennom validering av instrumenter), men også grunnforskning på metodiske problemstillinger er en viktig aktivitet. Forsknings- og utviklingsprosjektene understøtter undersøkelsene som gjennomføres. Sistnevnte gir input til nye forsknings- og utviklingsprosjekter. Samlet sett må derfor gruppen ha spisskompetanse innen flere områder.

K2

Den organisatoriske status for gruppen K2 har vært endret i 2005. Høsten 2005 ble gruppen reetablert, fortsatt med hovedansvar for å avklare Kunnskapssenterets engasjement og rolle på området monitorering (kvalitetsmåling). Gruppen har hovedansvar for senterets videre arbeid med kvalitetsregistre og med utvikling av og informasjon om kvalitetsindikatorer. Innsatsen innen monitorering rettes primært mot prosess- og resultatmåling i spesialisthelsetjenesten.

Gruppen består av ni personer, inkludert tre som har oppgaver knyttet til IKT (kapittel 6.8). De øvrige har faglig bakgrunn innen statistikk, epidemiologi, medisin, farmasi/farmakologi og indikatorproblematikk.

Det er utlyst stilling som seniorforsker/faglig leder i kvalitetsmåling inkludert en II-stilling ved Universitetet i Oslo.



K3

K3 deler ansvar for fellesoppgaver innen kunnskapshåndtering med K4 og K5. Dette innebærer medansvar for ulike typer kunnskapsoppsummeringer (systematiske oversikter, HTA –metodevurdering, metodevarslinger/rapid reviews/oppsummering av oversikter, hasteberedskap), formidling og undervisning.

K3 har et særskilt faglig ansvar og metodeansvar i forhold til kontrollerte studier. K3 har videre ansvar for helseøkonomi, som særlig innebærer kostnad-effekt og kostnad-nyttevurderinger i kunnskapsoppsummeringer, og for utvikling av ressurser for beslutningsstøtte. Tematisk har K3 ansvar for primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten) og for tjenester innen rehabilitering.

K4

K4 er en tverrfaglig sammensatt gruppe med særlig sterk kompetanse innen kunnskapshåndtering og formidling. Gruppen har 15 medarbeidere (1. januar 2006). K4 har et særskilt ansvar for å koordinere Kunnskapssenterets undervisningsaktivitet, for arbeid knyttet til The Campbell Collaboration, og for de tematiske områdene folkehelsearbeid, screening, psykisk helse og avhengighet. Kunnskapssenterets arbeid med Helsebiblioteket var forankret i K4 til 1. januar 2006.

K5

Gruppen har i utgangspunktet en tverrfaglig kompetanse (medisin, biomedisin, farmasi, samfunnsvitenskap, helsefag og biblioteksfag). K5 har i 2005 hatt ansvar for Kunnskapssenterets oppfølging av nye satsningsområder. Gruppen har hatt et særlig fokus på oppfølging av legemiddelmeldingen og samarbeid med legemiddelverket om foretrukket legemiddel. Gruppen har også hatt et ansvar knyttet til oppfølging av samarbeid med SHDir og onkologiske faggrupper om kreftbehandling. I tillegg har gruppen et fellesansvar innen Kunnskapshåndtering med K3 og K4.

6.5 Internasjonalt samarbeid

Cochrane Collaboration

Kunnskapssenteret har ansvar for den norske greinen av det nordiske Cochrane-samarbeidet (cochrane.no). Cochrane-samarbeidet er en internasjonal, ideell organisasjon som har som mål å hjelpe folk med å ta velinformerte beslutninger i spørsmål knyttet til helse og sykdom. Dette skjer gjennom å utarbeide, oppdatere og sikre lett tilgang til systematiske oversikter om effekt av helsetiltak.

Cochrane-oversikter utgis elektronisk i The Cochrane Library. Ansvar for utarbeidelse av oversiktene ligger hos 50 oversiktsgrupper som til sammen dekker de fleste områder innenfor helsevesenet. Gruppene er tverrfaglige og består bl.a. av forskere, helsetjenestepersonell og pasientrepresentanter.

Den norske greinen har som mål å støtte norske bidragsyttere til Cochrane-samarbeidet. Samtidig er det også et ansvar for å bidra med å utvikle og støtte det internasjonale samarbeidet. Herunder ligger både et ansvar for Cochrane Methodology Review Group, men også konkrete prosjekter.



Campbell Collaboration

Campbell Collaboration (C2) er en internasjonal organisasjon som svarer på spørsmål om hvilke tiltak som virker på områdene sosialt arbeid, utdanning og kriminalitetsforebyggende arbeid. Målet er å hjelpe folk til å ta godt informerte beslutninger. Det gjør vi blant annet ved å utarbeide, oppdatere og formidle systematiske oversikter over intervensjonsstudier. Vi bidrar også til å holde oversikt over aktuell forskning gjennom databasene C2-RIPE (systematiske oversikter) og C2-SPECTR (effektstudier).

Campbell-gruppen i Norge støtter og veileder forfattere av systematiske oversikter og produserer selv systematiske oversikter. Vi deltar i det internasjonale samarbeidet gjennom styreverv og med ansvar for 'The Campbell Collaboration Social Welfare Review Group', samt deltar i et nordisk Campbell-samarbeid med felles møter, workshops og strategiutvikling.

HTA

Kunnskapssenteret har ansvar som det norske HTA-senteret (Health Technology Assessment). Innen dette ansvaret ligger betydelig aktivitet innen det internasjonale HTA-samarbeidet, og gjennom dette en bred internasjonal kontakt med de overordnede nettverk og med enkeltorganisasjoner tilknyttet INAHTA og HTAi. Sammen med disse partnerne utvikles en felles metodologi, for søk etter, vurdering og analyse av dokumentasjon på effekt av ulike former for tiltak i helsetjenesten. Det er dessuten en kilde for informasjonsutveksling og mulighet for felles prosjekter der målet er å unngå dobbeltarbeid. Samarbeidspartnerne ivaretar også kontakt med brukere av HTA, viktigst har vært beslutningstakere i helsevesenet, industrirepresentanter og pasientorganisasjoner. Det er etablert et spesielt samarbeid mellom de nordiske HTA-sentrene: SBU (Sverige), FinoHTA (Finland) og DACEHTA (Danmark). Ansvaret for det internasjonale HTA-samarbeidet, inkludert det nordiske samarbeidet, er lagt til Berit Mørland, president for det internasjonale HTA-samarbeidet.

6.6 Publikasjoner

Forskningsresultater i Kunnskapssenteret dokumenteres gjennom to publikasjonsserier rapporter og notater, og gjennom vitenskapelige tidsskrift, innlegg og postere på vitenskapelige konferanser. Nedenfor vises rapporter, notater og hasteoppdrag publisert i 2005. I tillegg vises Cochraneoversikter der Kunnskapssenterets medarbeidere er forfattere eller medforfattere. For liste over publiserte kronikker, innlegg og vitenskaplige artikler henvises til årsmeldingen eller Kunnskapssenterets hjemmeside (www.kunnskapssenteret.no).

Kunnskapshåndtering:

Rapporter:

Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år_

Rapport nr 10-2005

Lindring av smerter hos kreftpasienter

Rapport nr 9-2005

Transfusjon kontra alternative behandlingsmetoder ved akutte blødninger

Rapport nr 8-2005

Utredning av offentlige, publikumsrettede informasjonstiltak på nett innenfor helse

Rapport nr 7-2005

Virkninger av snus

Rapport nr 6-2005

Samsoving, smokk, amming og krybbedød - finnes det en sammenheng?

Rapport nr 5-2005

Svangerskap og psykisk helse

Rapport nr 2-2005

Effekt av oseltamivir (Tamiflu®) ved profylakse og behandling av influensa

Rapport nr 1-2005

Notater:

Fødeavdelinger, fødestuer pasientvolum og behandlingskvalitet

Oktober 2005

Vurdering av forskjeller i effekt mellom ulike annengenerasjons antihistaminer

Oktober 2005

Miniallogen stamcelletransplantasjon

August 2005

Behandling med sentralstimulerende medikamenter av ADHD hos voksne

Mars 2005

Kan skoleprogram påvirke kunnskap om psykisk helse hos ungdom?

Februar 2005

Kunnskapsoppsummering om manuelle behandlingsformer

Februar 2005

Hasteoppdrag:

Bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn og ungdom i psykisk helsevern

Oktober 2005

Modeller for å organisere legetjenesten ved sykehjem

Mai 2005

Sykefravær blant pleiepersonell i primærhelsetjenesten

April 2005

Påvirker skolemåltider barns helse og kognitive fungering?

April 2005

Kan tyggegummitygging motvirke tretthet i trafikken?

Mars 2005



Enhanced external counterpulsation

Januar 2005

Psykososiale tjenester ved katastrofer. Hvilke tiltak viser positiv effekt?

Januar 2005

Cochraneoversikter (der Kunnskapssenterets medarbeidere er forfattere/medforfattere)

Advice to stay active as a single treatment for low-back pain and sciatica

Forfatter/medforfatter i K: Gro Jamtvedt

Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes

Forfatter/medforfatter i K: Gro Jamtvedt, Doris Tove Kristoffersen, Andy Oxman

Bed rest for acute low-back pain and sciatica

Forfatter/medforfatter i K: Gro Jamtvedt

Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes

Forfatter/medforfatter i K: Andy Oxman

Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes

Forfatter/medforfatter i K: Andy Oxman

Exercise to improve self-esteem in children and young people

Forfatter/medforfatter i K: Lena Nordheim

Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes

Forfatter/medforfatter i K: Andy Oxman

Outcomes of patients who participate in randomised controlled trials compared to similar patients receiving similar interventions who do not participate

Forfatter/medforfatter i K: Gunn Vist, Doris Tove Kristoffersen, Andy Oxman

Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials

Forfatter/medforfatter i K: Gunn Vist, Andy Oxman

Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases

Forfatter/medforfatter i K: Andy Oxman

Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes

Forfatter/medforfatter i K: Signe Flottorp



Kvalitetsmåling/Monitorering 2005

Rapporter:

Dødelighet 30 dager etter innleggelse som kvalitetsindikator for norske sykehus – metodeutvikling og evaluering

Rapport nr 4-2005

Dødelighetsforskjeller mellom Norge og Sverige

Rapport nr 3-2005

Notat:

Medisinske kvalitetsregistre i Norge - identifisering og kartlegging av eksisterende registre_

August 2005

Pasienterfaringer med helsetjenesten blant diabetikere. En gjennomgang av tilgjengelige måleinstrumenter

April 2005

Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser.

Kartlegging av dagens situasjon og utviklingsmuligheter framover

Januar 2005

Måling av pårørendes erfaringer ved barns innleggelse i sykehus: Spørreskjema og metode

Januar 2005

Hasteoppdrag:

Psykisk helsearbeid i kommunene – kartlegging av eksisterende kvalitetsindikatorer_

Juni 2005

7 Resultatmål

Som angitt i rapporten til etatsstyringsmøtet 28.09.2005 har Kunnskapssenteret etablert et sett med resultatmål. Noen av produksjonsmålene har en noe mangelfull kvalitet.

Kategori	Resultatmål	2004	2005
Produksjon	Antall sluttrapporter for ferdigstilte prosjekter		19
	- Antall rapporter kunnskapshåndtering	10	8
	- Antall notater kunnskapshåndtering	2	6
	- Antall hasteoppdrag kunnskapshåndtering	3	7
	Sum produksjon innen kunnskapshåndtering	15	21
	- Antall rapporter kvalitetsmåling/monitorering	11	2
	- Antall notater kvalitetsmåling/monitorering	0	4
	- Antall hasteoppdrag kvalitetsmåling/monitorering	0	1
	Sum produksjon innen kvalitetsmåling/monitorering	11	7
	Antall Cochrane/Campbell protokoller		3
	Antall Cochrane-oversikter med norske medforfattere (akkumulert)		33
	Antall Campbell-oversikter med norske medforfattere (akkumulert)		0
	Antall vesentlige bidrag i eksterne utredninger/rapporter		7
	Antall publiserte vitenskapelige artikler/bokkapitler nasjonalt	12	10
	Antall publiserte vitenskapelige artikler/bokkapitler internasjonalt	38	23
	Antall kronikker og debattinnlegg	18	7
	Antall innslag i radio og TV		>3
	Antall omtaler i aviser og tidsskrifter		336
	Antall undervisningsoppdrag (omfang > ½ dag)		52
	Antall eksterne foredrag/postere (omfang 0,5 – 2 timer) nasjonalt		59
	Antall eksterne foredrag/postere (omfang 0,5 – 2 timer) internasjonalt		31
	Antall formidlinger av internasjonale oversikter		6
	Antall opphold for internasjonale gjesteforskere		N/A
Interne prosesser	Antall registrerte journalposter i arkivet	1790	2627
Ansatte	Andel som har gjennomført kurs i løpet av året		60 %
	Antall gjennomførte doktorgrader		0
	Medarbeidertilfredshet generelt		
	Medarbeidertilfredshet administrative tjenester		
	Turnover (andel ansatte i fast stilling som slutter)	9,6 %	10,9 %
	Korttidsfravær (under 14 dager)	1,1 %	1,9 %
Målgruppe	Brukertilfredshet/omdømme		
Økonomi	Avvik fra utgiftsbudsjettet	10,9 %	0,2 %

8 Vedlegg: Prosjektlister

Ledelse og stab

Prosjektnr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Prog. omr.	Tematiske områder	Dato fra	Slutt dato	Status
222	Handlingsplan for fysisk aktivitet	Mørland, Berit	HOD	91	44	01.10.2004	31.05.2006	
280	Kunnskapsbaserte behandlingsmet. ved dobbeltdiagn.	Mørland, Berit	SHDIR	14	33	24.11.2005	28.02.2006	
283	Brukermedvirkning - virkemiddel psykisk syke	Mørland, Berit	SHDIR	14	33	01.10.2005	30.12.2006	
290	Vitaminer og mineralers plass i beh. av psyk syke	Mørland, Berit	SHDIR	14	33	24.11.2005	01.06.2006	
308	Kostholds betydning for psykisk helse	Mørland, Berit	SHDIR	14	32	25.11.2005	30.01.2006	

K1

A) Programområde 31 Pasienterfaringsundersøkelser etter resultatmål VP 2005					
Områdeledere: Andrew Garratt metutv, Jon Helgeland teknutv, Gøril Groven surveyer					
OMRÅDE	Resultatmål 2005	Nummer Prosjektnavn	Prog.omr	Prosjektleder	Status
Survey	Nasjonal undersøkelse på som. barneavdelinger.	240 PasOpp Nasjonal somatikk 2005	31	Gøril Groven	
Survey	Nasjonal undersøkelse blant voksne døgnspsykiatriske pasienter	241 PasOpp Nasjonal psykiatri 2005	31	Gøril Groven	
Metutv	Pilot ved barneavdelingen på AHUS som grunnlag for nasj. und	242 PasOpp Metodeutvikling	31	Gøril Groven	
Metutv	Pilot ved psykiatrisk divisjon ved Helse Stavanger før nasj. und	242 PasOpp Metodeutvikling	31	Kari Dahle	
Metutv	Utredning av mulighet for å utvikle instrumenter blant kronikere	242 PasOpp Metodeutvikling	31	Ingrid Saunes	
Metutv	Utredning av sentrale statistiske elementer i PasOpp	242 PasOpp Metodeutvikling	31	Jon Helgeland	
Metutv	Etablere et internasjonalt samarbeid på pasienterfaringsfeltet	242 PasOpp Metodeutvikling	31	ØAB/AG	
Metutv	Publisere minst fem vitenskapelige artikler	242 PasOpp Metodeutvikling	31	Andrew Garratt	
Metutv	Utrede mul. for å ta rede på pasientenes livskvalitet etter behandling	242 PasOpp Metodeutvikling	31	Andrew Garratt	
Metutv	Vurdere hvordan senteret kan bidra til komparative studier	242 PasOpp Metodeutvikling	31	ØAB/AG	
Teknutv	Web-basert spørreskjema for pasienterfaringskjemaer	243 PasOpp Teknologiutvikling	31	Jon Helgeland	
Teknutv	Software-løsning for analyse av utleverte data	243 PasOpp Teknologiutvikling	31	Jon Helgeland	
B) Programområde 31 Pasienterfaringsundersøkelser - andre prosjekter					
OMRÅDE	Beskrivelse	Nummer Prosjektnavn	Prog.omr	Prosjektleder	Status
Metutv	Utviklingsprosjekt om fastlegenes evaluering av DPS	271 Fastlegenes evaluering av DPS (PasOpp)	31	Gøril Groven	
Metutv	Validering av instrumenter for somatiske poliklinikker	201 Validering somatikk poliklinikk (PasOpp)	31	Andrew Garratt	
Metutv	Utvikling av instrument rehabilitering (søknad Helse/Rehab)	242 PasOpp Metodeutvikling	31	Andrew Garratt	
Survey	Prosessforbedring produksjonsapparat	218 PasOpp adm/ledelse	31	ØAB	
Teknutv	Utvikling av elektronisk innsamlingsverktøy	243 PasOpp Teknologiutvikling	31	Jon Helgeland	
Teknutv	Etablering av datavarehus	243 PasOpp Teknologiutvikling	31	Jon Helgeland	
Teknutv	Utvikling av statistikkbank	243 PasOpp Teknologiutvikling	31	Jon Helgeland	
Indikator	Kvalitetsindikatorer for psykisk helsearbeid i kommunene	253 Kvalitetsindikatorer kommunepsykiatri	31	Ingrid Saunes	
B) Programområde 41 Pasientregister & Kvalitetsregistre og andre prosjekter i programområde 91					
OMRÅDE	Beskrivelse	Nummer Prosjektnavn	Prog.omr	Prosjektleder	Status
Registre	Kartlegging av medisinske kvalitetsregistre	260 Kartlegging av med kvalregistre	41	Ingrid Saunes	
Dr.grad	Gode vilkår for god sykepleie	106 Gode vilkår for god sykepleie	91	Ingeborg Sjetne	
Dr.grad	Livskvalitet ved akutt hjerteinfarkt	269 Livskvalitet ved akutt hjerteinfarkt	91	Kjell Pettersen	
Primærforskning	Spenningshodepine	209 Spenningshodepine	91	Christofer Lund.	
Primærforskning	Betalingsvilje og røykeslutt	191 Betalingsvilje og røykeslutt	91	Knut Stavem	
Primærforskning	Primærforskning - Knut Stavem	270 Primærforskning Knut Stavem	91	Knut Stavem	



K2

Prosjektnr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Prog. omr.	Tematiske områder	Dato fra	Slutt dato	Status
110	EU-Project International Network for Child Health	Clench-Aas, Jocelyne	INTERNT	41	51	01.01.2004	31.03.2006	
176	30 dagers overlevelse som kvalitetsindikator	Clench-Aas, Jocelyne	SHDIR	33	21	01.01.2002	30.09.2005	
185	Norsk intensivregister - oppbygging av database mm	Mørland, Berit	SHDIR	41	21	01.01.2004	31.12.2005	
186	30 d overlevelse-statistikkforskning, registr data	Kristoffersen, Doris Tove	INTERNT	33	21	01.01.2004	30.12.2007	
191	Betalingsvilje og røykeslutt	Stavem, Knut	INTERNT	91	40	01.01.1999	30.03.2006	
209	Spenningshodepine	Ekstern, .	RHF	91	21	01.06.2004	31.12.2005	
239	Sosiale ulikheter - barn/unge	Clench-Aas, Jocelyne	SHDIR	41	41	01.12.2004	01.04.2006	
269	Livskvalitet ved akutt hjerteinfarkt	Petersen, Kjell Ingar	INTERNT	32	21	01.01.2004	31.12.2006	
270	Primærforskning - Knut Stavem	Stavem, Knut	INTERNT	91	21	01.01.2004	31.03.2006	
276	Strategi for prioritering av kvalitetsregistre	Undeland, Karl Anton	SHDIR	41	21	15.08.2005	31.12.2005	
277	Forarbeid til forskrift om kvalitetsregistre	Undeland, Karl Anton	SHDIR	41	21	15.08.2005	31.12.2005	
278	Arbeidsgruppe-kvalitetsregistre-felles løsninger	Nguyen, Man Hoang	SHDIR	41	21	23.08.2005	01.11.2005	
297	Informasjonsarkitektur K2	Helgeland, Jon	SHDIR	31	21	01.10.2005	01.06.2006	
301	Dødelighet og Charlson comorbidity index	Clench-Aas, Jocelyne	INTERNT	33	21	01.05.2005	01.12.2006	
302	30 dagers dødelighet og slag	Clench-Aas, Jocelyne	INTERNT	33	21	01.05.2005	01.12.2006	
307	Informasjonsbank for kvalitetsindikatorer	Rygh, Liv	SHDIR	51	91	01.11.2005	30.12.2006	

K3

Prosjektnr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Prog. omr.	Tema omr.	Dato fra	Slutt dato	Status
113	HIPPO - Helse informasjon prosjekt	Carling, Cheryl	NFR	21	91	01.01.2000	31.12.2006	
118	Fysisk aktivitet og depresjon	Larun, Lillebeth	INTERNT	11	32	01.01.2002	31.03.2006	
119	Brukermedvirkning	Nilsen, Elin Strømme	INTERNT	11	91	01.01.2003	31.03.2006	
125	Syst. overs. over effekter av legemiddelpol.tiltak	Oxman, Andrew David	INTERNT	11	23	01.01.2000	31.12.2007	
127	EPOC-review - Changing professional practice	Flottorp, Signe Agnes	INTERNT	14	91	01.01.2003	30.12.2007	
132	Modell for forløp frem til kardiovaskulær lidelse	Wisløff, Torbjørn	INTERNT	16	91	01.06.2003	30.05.2006	
136	Transfusjon og alt. beh.ved akutt blødning	Håheim, Lise Lund	HF	12	21	01.01.2004	01.09.2005	
165	Rygginfo - kvalitetssikret informasjonstjeneste	Glenton, Claire	INTERNT	24	91	01.01.2004	31.12.2007	
166	ReBEQI-Research Based Education and Quality Improv	Treweek, Shaun	EU	23	91	01.12.2002	31.01.2006	
167	Practhc - Pragmatic Trials in Health Care Systems	Treweek, Shaun	EU	23	61	01.12.2002	31.01.2006	
169	FEK- forskningsbasert etterutdanning	Flottorp, Signe Agnes	INTERNT	24	11	01.01.2002	31.03.2006	
198	IN SUPPORT - søknad EU prosjekt	Oxman, Andrew David	UNIV	23	61	01.08.2004	31.12.2005	
200	MPH-oppgave - psykiatrisk pasient hos allmennlegen	Hviding, Krystyna	INTERNT	14	31	01.08.2004	28.04.2006	
204	Tidlig intervensjon i helsestasjon - omsorgssvikt	Hviding, Krystyna	SHDIR	12	15	01.08.2004	01.11.2005	
206	Medikamentell forebygging av hjerte-karsykdommer	Håheim, Lise Lund	SHDIR	12	23	01.10.2004	31.05.2006	
217	Forskningspuls	Oxman, Andrew David	INTERNT	24	91	01.12.1998	31.12.2007	
221	Psykososiale tiltak ved ulykker og katastrofer	Myrhaug, Hilde Tinderholt	SHDIR	12	32	01.10.2004	30.06.2006	
226	Behandling av stemningslidelser	Loland, Nina W.	SHDIR	14	33	01.02.2005	31.12.2005	
236	Cochrane - syst. review. Instr. for å måle helsev.	Carling, Cheryl	INTERNT	11	91	01.01.2003	30.12.2006	
238	Sosiale ulikheter helse - konferanse	Oxman, Andrew David	SHDIR	23	K3	01.12.2004	31.12.2005	
244	KroniskUtmattelsessyndr. Myalgisk Encephalomyliitt	Larun, Lillebeth	SHDIR	12	91	01.02.2005	30.06.2006	
265	Support study- Evidence-informed health policy	Oxman, Andrew David	INT	24	91	01.04.2005	28.02.2006	
273	Jordmorstyre fødestuer - er det sikkert nok?	Myrhaug, Hilde Tinderholt	RHF	14	91	15.08.2005	30.04.2006	
279	Utskiifting av amalgamfyllinger	Håheim, Lise Lund	SHDIR	12	13	10.10.2005	01.06.2006	
281	Barnehabilitering	Kakad, Meetail	RHF	12	25	03.10.2005	30.06.2006	
284	Glidning i indikasjon? Ved overkapasitet/god kapas	Linnestad, Kristin Kamilla	RHF	12	91	03.10.2005	30.03.2006	
285	Effekt av selvhjelpsgrupper	Loland, Nina W.	SHDIR	14	33	03.10.2005	30.08.2006	
295	Healthy ageing	Loland, Nina W.	EU	91	11	01.10.2004	01.10.2007	
312	European Network for Health Technolohg Assessment	Lund Håheim, Lise	EU	24	61	01.01.2006	30.12.2008	

K4

Prosj. nr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Prog omr.	Tema omr.	Dato fra	Slutt dato	Status
120	Cochraneovers:Lepra-Interventions for skin changes	Reinar, Liv Merete	INTERNT	11	61	01.01.2003	31.12.2006	
121	Cochraneoversikt: Audit and feedback	Jamtvedt, Gro	INTERNT	11	91	01.01.2000	01.07.2006	
154	Undervisning for Shdir og annen forvaltning	Bjørndal, Arild	ANNET	22	91	01.01.2002	31.12.2007	
155	Undervisning i grunn-, etter- og videreutdanning	Jamtvedt, Gro	ANNET	22	91	01.01.2002	31.12.2007	
159	Diskusjonslister - kunnskapsbasert praksis	Reinar, Liv Merete	INTERNT	22	92	01.01.2004	31.12.2007	
160	Utvikling av undervisningsmaterieill	Jamtvedt, Gro	ANNET	23	92	01.01.2005	31.12.2007	
172	Bidrag til studieprogam-/planutvikling i UoH-sekt	Jamtvedt, Gro	ANNET	22	92	01.01.2004	31.12.2007	
174	Fysioterapi	Jamtvedt, Gro	INTERNT	24	14	01.01.2004	30.12.2006	
221	Psykososiale tiltak ved ulykker og katastrofer	Kornør, Hege	SHDIR			01.10.2004	30.06.2006	
224	Utvikling av håndbok for kunnskapsopsummeringer	Arild Bjørndal	INTERNT	23	0	01.01.2004	31.03.2006	
237	Metodevurdering: Svangerskapsdiabetes	Reinar, Liv Merete	SHDIR	14	15	01.05.2005	30.12.2005	
254	Undervisning av lærere i UoH-sektor	Jamtvedt, Gro	ANNET	22	92	01.01.2004	31.12.2007	
255	The Campbell Collaboration - generelt	Bjørndal, Arild	HOD	11	51	01.01.2002	31.12.2007	
256	Campbell - Nordisk register over effektstudier	Wingsvold, Aina	HOD	24	51	01.03.2005	31.12.2007	
257	Samarbeid med undervisningsstasjonene om kunnsk.	Gjerberg, Elisabeth	SHDIR	22	16	01.06.2004	31.12.2007	
261	Cochraneoversikt: Continuing education	Forsethlund, Signe Louise	INTERNT	11	92	01.01.2005	30.12.2006	
262	Campbelloversikt: Arbeid for sosialhjelp	Smedslund, Geir	SHDIR	11	52	01.09.2002	30.06.2006	
264	Kognitiv atferdsterapi for partnervold	Smedslund, Geir	INTERNT	14	33	01.01.2003	01.06.2006	
266	Cochrane Collaboration:Brukertest Cochrane Library	Rosenbaum, Sarah	INTERNT	23	92	20.05.2005	01.06.2006	
267	Schizofreni - diagnostikk og behandling	Kornør, Hege	SHDIR	14	33	01.05.2005	01.06.2006	
268	Oppfølgingsprogram for for tidlig fødte barn	Reinar, Liv Merete	SHDIR	14	11	01.06.2005	01.03.2006	
286	Forebyggende aktiviteter i arbeidslivet	Jamtvedt, Gro	RHF	14	32	01.10.2005	30.01.2006	
289	Mammografi på yngre kvinner	Bjørndal, Arild	SHDIR	14	43	01.10.2005	04.11.2005	
291	Kunnskapshåndtering i helseforetakene	Bjørndal, Arild	RHF	24	21	01.10.2005	31.12.2007	
296	Internundervisning i kunnskapshåndtering	Jamtvedt, Gro	ANNET	22	0	01.01.2002	31.12.2007	
299	Naltrexonimplantat for opioidavhengighet	Kornør, Hege	INTERNT	11	34	15.09.2005	15.10.2006	
300	Fysioterapi ved kneleddsartrose	Jamtvedt, Gro	ANNET	24	14	01.08.2005	30.12.2007	
303	Ukeskurs i kunnskapshåndtering Hanke	Reinar, Liv Merete	INTERNT	22	92	01.10.2005	01.08.2006	
306	Tiltak i sosialtjenesten til voldsutsatte kvinner KOS	Smedslund, Geir	NOR SAM	14	52	15.10.2005	30.11.2006	
313	Utvikling av mestringsverktøy for emosjonelt arb.	Gjerberg, Elisabeth	SHDIR	91	91	01.03.2005	01.12.2006	
895	Løpende designoppgaver	Rosenbaum, Sarah	ANNET	91	0	26.09.2005	31.12.2007	

K5

Prosj nr.	Prosjektnavn	Prosjektleder	Oppdr. giver	Prog. omr.	Tema omr.	Dato fra	Sluttdato	Status
114	Rapp-Rasjonell legemiddelforskrivning i alm. pr	Fretheim, Atle	INTERNT	11	23	01.01.2001	01.06.2006	
122	Brukermedvirkning i retningslinjer	Johansen, Marit	INTERNT	11	0	01.01.2003	30.06.2006	
124	The Cochrane Collaboration	Oxman, Andrew David	HOD	11	61	01.07.1994	31.12.2007	
139	Inneklima - betydning for astma og allergi	Norderhaug, Inger Natvig	RHF	12	41	01.10.2000	30.04.2006	
141	Pasientvolum og behandlingskvalitet	Norderhaug, Inger Natvig	HOD	12	21	01.01.2003	31.05.2006	
142	Lindring av smerter hos kreftpasienter	Lyngstadaas, Anita	HOD	12	26	01.09.2003	28.01.2006	
144	Diagnostikk og behandling av søvnaphnoe	Myhre, Kurt I.	NOR SAM	12	22	01.02.2004	30.03.2006	
203	Retningslinjer for høyde- og vektmålinger	Seierstad, Anne	SHDIR	12	44	01.12.2004	31.05.2006	
220	Selvmordsforebygging i spesialisthelsetjenesten	Myhre, Kurt I.	SHDIR	12	32	01.09.2004	31.05.2006	
225	Nakkeslengskader - diagnostikk	Elvsaa, Ida-Kristin Ørjasæte	SHDIR	12	22	01.03.2005	28.02.2006	
232	In-vitro fertilisering ved mannlig infertilitet	Arentz-Hansen, Helene	SHDIR	12	24	01.01.2006	30.10.2006	
233	HPV-test for livmorhalskreft	Norderhaug, Inger Natvig	SHDIR	12	26	01.10.2005	01.07.2006	
246	Benzodiazepiner ved behandling rusavhengighet	Nilsen, Ellen Mathilde	FP	12	34	01.06.2005	01.07.2006	
252	Isolering som tiltak mot luftbåren smitte	Nilsen, Ellen Mathilde	HTILSYN	12	21	01.03.2005	01.03.2006	
272	Kreftrehabilitering med oppfølging av brystkreftp.	Elvsaa, Ida-Kristin Ørjasæte	HF	12	26	01.07.2005	31.10.2006	
275	Antihistaminer - forskjeller i effekt?	Fretheim, Atle	SLV	12	23	08.08.2005	31.05.2006	
282	Opptrening etter leddproteseoperasjoner	Elvsaa, Ida-Kristin Ørjasæte	RHF	12	24	03.10.2005	01.12.2006	
298	Misporostol ved induksjon av fødsel	Karianne, Johansen	HTILSYN	12	23	01.11.2005	30.06.2006	
305	Trastuzumab ved tidlig stadium av brystkreft	Karianne, Johansen	RHF	12	26	18.11.2005	30.03.2006	
314	Alderstesting av mindreårige asylsøkere	Hofmann, Bjørn	SHDIR	12	22	10.10.2005	01.05.2006	
152	Proton terapi	Norderhaug, Inger Natvig	FP	13	26	01.01.2004	31.05.2006	
274	Radiofrekvensablasjon til beh. av atrieflimmer	Vist, Gunn Elisabeth	HF	14	24	01.08.2005	01.06.2006	
288	Behandling av spiseforstyrrelser	Seierstad, Anne	RHF	14	33	01.10.2005	30.08.2006	
292	TNF-hemmere ved revmatisme	Arentz-Hansen, Helene	RHF	14	23	15.10.2005	01.09.2006	
293	Behandling av depresjon hos flyktninger	Innvær, Simon	SHDIR	14	33	01.08.2005	28.02.2006	
304	Pasientsikkerhet	Krogstad, Unni	RHF	14	21	19.10.2005	01.06.2006	
162	Distant learning undervisningsopplegg	Norderhaug, Inger Natvig	UNIV	22	K5	01.05.2003	31.12.2007	
168	GRADE - Grading of Recommendations	Vist, Gunn Elisabeth	INTERNT	23	K5	01.01.2004	31.12.2007	
216	Tuberculosis treatment (DOT vs. SAT)	Fretheim, Atle	INTERNT	23	61	01.01.2004	31.12.2006	
250	Bruk av kunnskap i sosialkontortjeneste	Innvær, Simon	INTERNT	23	52	01.03.2005	30.06.2006	
263	Evaluering av tiazid-regel	Fretheim, Atle	HOD	23	23	02.05.2005	30.06.2006	
108	KIS-Kontinuitet i sykehus	Krogstad, Unni	INTERNT	91	92	01.01.2004	01.01.2006	
193	Fremme samarb med institusjoner - int helse	Fretheim, Atle	INTERNT	91	61	01.03.2000	31.12.2007	
235	Fast track - evaluering av arbeidsmiljø	Krogstad, Unni	INTERNT	91	91	01.09.2004	31.12.2005	
251	Prosessevaluering av løsninger i arbeid	Innvær, Simon	FHI	91	56	01.03.2005	30.06.2006	
897	Koordinering av bibl.tjenester, metodeutvikling	Nordheim, Lena Victoria	ANNET	91	0	01.01.2004	31.12.2007	