

Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2014

Notat fra Kunnskapssenteret
September 2015

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

Notat: ISBN 978-82-8121-978-6

September 2015

 kunnskapssenteret

Tittel	Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2014
English title	Information of research gaps from NOKC systematic reviews and HTA-reports in 2014
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Vist, Gunn Elisabeth <i>Seksjonsleder, Kunnskapssenteret</i> Jamtvedt, Gro <i>Avdelingsdirektør, Kunnskapssenteret</i> <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
ISBN	978-82-8121-978-6
Publikasjonstype	Notat
Antall sider	31
Oppdragsgiver	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Emneord (MeSH)	Kunnskapshull, forskningsbehov
Sitering	Vist GE, Jamtvedt G. Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2014. Notat fra Kunnskapssenteret –2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

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

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, september, 2015

Hovedfunn

Kunnskapssenteret publiserer årlig en oversikt over kunnskapshull som vi har identifisert gjennom arbeidet med systematiske forskningsoversikter. Dokumentasjonsgrunnlaget i Kunnskapssenterets forskningsoversikter skal bidra til kunnskapsbaserte beslutninger i helse- og velferdstjenester i Norge. Kunnskapshullene som er identifisert er knyttet til spørsmålene som Kunnskapssenteret har fått i oppdrag å vurdere i 2014, men dekker selvfølgelig bare noen av kunnskapshullene innen helse- og velferd fag nasjonalt og internasjonalt.

Flere av forskningsoversiktene som ble publisert i 2014, konkluderte med at det er behov for mer og bedre forskning om effekt av tiltakene som ble vurdert. Det er også behov for nye systematiske oversikter og oppdatering av eksisterende. Dette gjelder for spørsmål innen folkehelse, screening, diagnostikk, legemidler, psykisk helse, kroniske tilstander, traume og kirurgi, organisatoriske tiltak og velferdstiltak.

To forskningsoversikter, om henholdsvis effekt av elektronisk timebestilling hos fastlege og om effekt av nasjonale elektroniske meldesystemer, fant at det helt mangler studier som kan belyse spørsmålene.

Basert på oversiktene publisert av Kunnskapssenteret er det for eksempel behov for studier som sammenligner effekten av:

- Ulike perioder på frisklivssentral
- Livsstilskampanjer i sosiale medier med tradisjonelle informasjonskanaler som avis, TV og radio
- Ulike strategier for screening av abdominal aortaaneurisme
- Ulike nye blodsukkersenkende medikamenter
- Fedmekirurgi med ikke-kirurgisk behandling

Mange av forskningsoversiktene etterlyser lengre oppfølgingstid på studiene og rapporterer at det mangler informasjon om viktige utfallsmål.

Tittel:

Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2014

Publikasjonstype:

Notat

Hvem står bak denne publikasjonen?

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Key messages (English)

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services publish yearly a report of the knowledge gaps that we identify during our work with the systematic reviews and health technology assessments (HTA) that we conduct. The identified gaps do not cover the needs for research in Norway, but reflects the needs that were identified for the questions that was prioritized for our systematic reviews and HTA reports for 2014.

Several of our systematic reviews and HTA's conducted in 2014 concluded that there is a further need for more research. There is also a need for more systematic reviews and updates of existing reviews. This includes questions regarding public health, screening, diagnostics, drugs, mental health, chronic illness, trauma and surgery, organizational interventions, and various welfare interventions.

Two systematic reviews, about the use of electronic appointment schedules for physicians, and electronic national incident reporting systems, found a complete lack of studies of effect.

Based on the reports published in 2014, there is a need for studies comparing:

- Organized follow up at healthy living centres for different lengths of time
- Use of social media in campaigns with traditional channels of information such as newspapers, TV and radio
- Strategies for screening for abdominal aneurism in the aorta
- New anti-diabetic medications for type 2 diabetes
- Surgery for obesity with non-surgical treatment

Many of the reports asks for longer follow up periods and reports a lack of information regarding important outcomes.

Title:

Information of research gaps from NOKC systematic reviews and HTA-reports in 2014

Type of publication:

Memorandum

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Innhold

HOVEDFUNN	2
KEY MESSAGES (ENGLISH)	3
INNHold	4
INNLEDNING	5
METODE	8
RESULTAT	9
Folkehelse	9
Screening	12
Diagnostikk	12
Legemidler	13
Psykisk helse	14
Kroniske tilstander	15
Traume og kirurgi	18
Organisatoriske tiltak	20
Velferdstiltak	22
Forskningsmetodiske kunnskapshull	24
DISKUSJON	26
REFERANSER	28

Innledning

Kunnskapssenteret publiserer systematiske oversikter og metodevurderinger som besvarer spørsmål om effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av tiltak på oppdrag for helse- og velferdstjenestene i Norge. Målet med forskningsoversiktene er å bidra til velinformerte beslutninger slik at brukerne mottar best mulig tjenester.

Spørsmålene som er besvart i våre oversikter er på ingen måte dekkende for alle behov og spørsmål som tjenestene trenger svar på, men dekker de oppdragene vi har mottatt gjennom våre forslags- og bestillerprosesser.

De viktigste kanalene for oppdrag er gjennom RHF Bestillerforum for Nasjonalt system for innføring av nye metoder og gjennom Kunnskapssenteret sin egen forslags- og prioriteringsprosess. Senterets prioriteringsforum, som er sammensatt av representanter fra blant annet helseforvaltningen, helseforetakene, kommunehelsetjenesten, profesjonsforeninger og pasientforeninger hjelper oss å prioritere hvilke av de foreslåtte spørsmålene som vi besvarer hvert år.

Dette notatet sammenfatter kunnskapshull fra våre systematiske oversikter og metodevurderinger fra 2014.

Våre systematiske oversikter og metodevurderinger inneholder alle enten en systematisk oversikt over enkeltstudier (primærstudier) eller en (systematisk) oversikt over oversikter. Metodevurderingene inneholder i tillegg en helseøkonomisk evaluering, eventuelt også vurderinger av organisatoriske, juridiske og etiske konsekvenser. Vi utfører kun en systematisk oversikt over enkeltstudier der det ikke allerede finnes en.

En systematisk oversikt kan konkludere om videre forskningsbehov for primærstudier, og avdekke når vi vet nok.

I en oversikt over oversikter er det kun søkt etter systematiske oversikter. Derfor kan det være vanskelig å uttale seg om behov for nye enkeltstudier all den tid det ikke direkte er søkt etter slike, og det kan ha tilkommet nye studier siden søket i oversiktene ble utført. Oversikter over oversikter kommenterer gjerne kun behov for nyere oversikter eller behov for oppdatering av eksisterende.

Forskningsoversiktene kan konkludere med at et tiltak har klar effekt eller mulighet for skade, eller som ofte er tilfelle, at forskningen ikke danner godt nok grunnlag for tydelige konklusjoner. Noen ganger konkluderer vi med at det helt mangler forskning om effekten av viktige tiltak. De er alle viktige i vurdering av hvilken ny forskning det er behov for, for eksempel som grunnlag for finansiering av studier. Der oversikter viser at det er klare konklusjoner om effekten av tiltak er det et vel så viktig signal om at det ikke er behov for mer forskning om akkurat dette spørsmålet.

Generelt bør all forskning, både forskning som involverer mennesker og dyr, skje i lys av hvor mye/lite forskning som allerede finnes på det aktuelle spørsmålet. Prinsippet om «Kunnskapsbasert forskning», at nye studier er forankret i summen av tidligere forskning bidrar til å redusere «waste» i forskning og får nå økende oppmerksomhet, blant annet ved etablering av et nettverk for evidence-based research, ebrnetwork.org. (1, 2).

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

Det er en internasjonal enighet om at det er nyttig å koble de forskerne som skriver systematiske oversikter og metodevurderinger og derved identifiserer kunnskaps-hull med forskerne som faktisk utfører forskning, og ikke minst med de som finansierer forskning.

Det er også en økende andel av forskningsmidler internasjonalt som blir øremerket oppdragsforskning (targeted research), for eksempel i PCORI og det store Health Technology Assessment (HTA) Programme i UK (<http://www.nets.nihr.ac.uk/programmes/hta>). Programmene er satt opp for å bestille forskning som er basert på identifiserte kunnskapshull. Helse- og omsorgsdepartementet signaliserer at dette vil være en satsning fremover innen forskningsfinansiering i Norge også.

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

For mange tiltak kan det være vanskelig å utføre store nok studier, særlig for enkeltland med små populasjoner slik som Norge. Det er behov for mer både nasjonal

forskningsstøtte slik som NORCRIN (<http://www.norcrin.no>) og internasjonalt forskningssamarbeid slik som ECRIN (<http://www.ecrin.org>) for Europa. Som del av samarbeidet om HTA i Europa gjennom EUnetHTA Joint Action 2 er det etablert en database med anbefalinger om videre forskningsbehov: EVIDENT databasen, se www.eunetha.eu.

I dette notatet har vi samlet hva forskningsoversiktene publisert i 2014 har identifisert av kunnskapshull. Behov for forskning i Norge må vurderes i sammenheng med annen informasjon. Derfor har vi i dette notatet presentert både hovedkonklusjonen på problemstillingen vi har vurdert og behovene for videre forskning.

Metode

Vi har innhentet informasjon om kunnskapshull fra systematiske oversikter og metodevurderinger som Kunnskapscenteret publiserte i 2014.

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

Resultat

I 2014 publiserte Kunnskapssenteret 25 systematiske oversikter og metodevurderinger som svar på oppdrag fra de norske helse- og velferdstjenestene. Vi har sammenfattet informasjon om behov for videre forskning fra disse forskningsoversiktene. Først presenterer vi forskningsbehovene tematisk og deretter lister vi metodiske forskningsbehov som vi har identifisert.

Folkehelse

Fem forskningsoversikter omhandlet folkehelse. To oversikter over oversikter omhandlet effekten av smitteverntiltak i barnehager og skoler (3) og tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten (4). Tre systematiske oversikter over primærstudier omhandlet innhentingsvaksine mot HPV av unge kvinner (5), effekten av mer en tre måneders organisert oppfølging på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med økt risiko for livsstilsrelatert sykdom (6) og bruk av sosiale medier i kampanjer for å fremme sunne levevaner (7).

Smitteverntiltak i barnehager og skoler

Hovedkonklusjonene til rapporten om effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler er at det er best dokumentasjon for at det å kombinere flere tiltak bidrar til å redusere smitte (3). Denne dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet og viser at kombinasjonen av håndvask og opplæring i smittevern rettet mot barn og ansatte i barnehager trolig gir betydelig reduksjon i diarétilfeller, og at forekomsten av luftveisinfeksjoner avtar hos de yngste barna spesielt. Tilsvarende tiltak gitt i første klasse i tre måneder, reduserer trolig fraværet pga. influensasykdom. Bruk av hånddesinfeksjon i tillegg til håndvask og opplæring i smittevern, bidrar trolig til en betydelig reduksjon i sykefravær pga. infeksjoner blant skolebarn (5–12 år).

Kunnskapshull- smittevern i barnehager og skoler

- Det er behov for oppdaterte systematiske oversikter som omhandler alle relevante utfallsmål etter smitteverntiltak
- Vi fant kunnskapshull for spørsmålet om effekt av fysiske smitteverntiltak (fasiliteter, areal, ventilasjon, inne-/utetider osv) i barnehager og skoler

- Det mangler forskningsbasert dokumentasjon om effekt av smitteverntiltak i spesialskoler og -barnehager

Tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten

Rapporten om effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten omhandler ti systematiske oversikter. Hovedkonklusjonen er at bare deler av formålet kan belyses. Dette skyldes ikke bare et lavt antall systematiske oversikter med relevante tiltak og mangel på primærstudier. Mange systematiske oversikter skiller ikke ut effekten av tiltak gitt eller tilpasset til sårbare grupper fra tiltak gitt universelt (4). Fire hovedkategorier av tilpassede tiltak viste mulig effekt på minst ett utfallsmål; Veiledning, opplæring og informasjon om amming fra helsearbeidere, hjemmebesøksprogram, tilpassede foreldretreningsprogram; og støtte eller oppsøkende arbeid utført av likemenn eller lekfolk. Alle tiltakene var tilpasset til familier med lav sosioøkonomisk status. Flere av studiepopulasjonene besto av etniske minoriteter, men ingen av oversiktene belyste spesifikt effekt av tiltak tilpasset etniske minoriteter.

Kunnskapshull- tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten

- Det mangler oppsummert kunnskap om effekt av tiltak som tilpasser helsestasjonstjenester til etniske minoriteter, spesielt immigranter og urbefolkninger. Det er sannsynligvis datagrunnlag i både eldre og nyere primærstudier til å gjennomføre systematiske oversikter om tilpassede tiltak til spesifikke grupper av foreldre med barn i alderen 0-6 år
- Det er behov for mer dokumentasjon om foreldretreningsprogram for tenåringsmødre og om tiltak for deprimerte mødre kan påvirke mors samspill med barnet

Innhentingsvaksine mot HPV av unge kvinner

Den systematiske oversikten over effekt av innhentingsvaksinering mot HPV av unge kvinner viser en beskyttende effekt av HPV-vaksinasjon mot CIN2 + lesjoner som er assosiert med HPV-typene som er i vaksinene (høy kvalitet på dokumentasjonen), og indikerer en beskyttende effekt mot alle CIN2+ lesjoner (moderat kvalitet på dokumentasjonen) (5). Langtidsoppfølging (inntil 8 år) etter HPV vaksinerings viser liten eller ingen forskjell i alvorlige bivirkninger sammenlignet med kontrollgruppen (moderat kvalitet på dokumentasjonen).

Kunnskapshull- innhentingsvaksine mot HPV av unge kvinner

- Videre forskning er nødvendig for å undersøke om det er en assosiasjon mellom HPV-vaksinasjon og insidens av HPV-relatert kreft, kreftdødelighet og langtids sikkerhet

Frisklivssentral for mer enn tre måneder

Effekter av mer enn tre måneders organisert oppfølging på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med økt risiko for livsstilsrelatert sykdom er oppsummert i en systematisk oversikt med 38 inkluderte studier (6). Hovedkonklusjonen i denne rapporten er at det er stor usikkerhet knyttet til om, og i hvilken grad disse tiltakene bidrar til økt fysisk aktivitet eller bedret kosthold over tid. Det skyldes både at resultatene varierer fra ingen effekt til stor effekt, og at kvaliteten på dokumentasjonen er høyst variabel. Det foreligger ikke dokumentasjon som tyder på at oppfølgingstid på mer enn et år gir bedre resultater enn på under et år, men direkte sammenlikninger mangler.

Kunnskapshull- frisklivssentral for mer enn tre måneder

- Det er fortsatt behov for å evaluere effekter av de tiltak som gis i frisklivssentraler. Vi mener at det er oppfølging til et år som er mest hensiktsmessig å evaluere. Dels er det nært til aktuell praksis og dels pekte dokumentasjonen mot at tiltak med lengre varighet har liten eller ingen effekt.
- Vi vil enda sterkere fremheve behovet for konsensus om mer standardisering av utfall og metoder for å måle fysisk aktivitet og kosthold og behovet for langtidsoppfølging av resultatene som minimum burde gjennomføres et år etter avsluttet tiltak.
- Det er fortsatt behov for å evaluere kostnad i forhold til nytte av organisert oppfølging i frisklivssentraler.
- Vi mener det er ønskelig og mulig å gjennomføre randomiserte eller klyngerandomiserte kontrollerte studier.
- Det er ønskelig med fagmiljøer som har evne til å gjennomføre store studier og som har kompetanse innen samfunnsmedisin og allmenntidmedisin, og i tillegg helseøkonomisk kompetanse.

Sosiale medier i kampanjer for å fremme sunne levevaner

Rapporten om effekt av å benytte sosiale medier i kampanjer for fremme sunne levevaner fant svært mange ulike intervensjoner, og at de fleste sammenligningene og utfallene ble målt kun av én liten studie. Disse studiene var små og hadde flere metodiske svakheter. På bakgrunn av dette dokumentasjonsgrunnlaget kan vi ikke trekke noen klare konklusjoner om hvorvidt bruk av sosiale medier i helserettede kampanjer har noen effekt (7).

Kunnskapshull- sosiale medier i kampanjer for å fremme sunne levevaner

- Vi trenger mer forskning om bruk av sosiale medier i helserettede kampanjer for å kunne si noe sikkert om hvilken effekt dette eventuelt kan ha på å fremme sunne levevaner.

- For å kunne si noe spesifikt om effekten av å bruke sosiale medier, bør det utføres studier der man ser på effekten av å bruke sosiale medier alene sammenlignet med vanlige kampanjer eller med ingen tiltak.
- Randomiserte kontrollerte studier krever lukkede enheter, én gruppe som får tiltaket som skal undersøkes og minst én kontrollgruppe som ikke får noe tiltak eller et annet tiltak. Slike studier vil være vanskelige å gjennomføre på store, befolkningsrettede kampanjer. Det kan derfor være hensiktsmessig å i stedet bruke avbrutte tidsserier der man undersøker utfallsmålene ved baseline og flere ganger underveis og etter kampanjen.
- Det er behov for studier som sammenligner bruk av sosiale medier med bruk av tradisjonelle informasjonskanaler som aviser, TV og radio.

Screening

En metodevurdering omhandlet effekt av screening: abdominalt aortaaneurisme (AAA) screening.

Abdominalt aortaaneurisme screening

Denne systematiske oversikten konkluderer at AAA-screening kan være gunstig for menn over 65 år, da AAA relatert dødelighet reduseres med bortimot ca. 50 % både på kort og lang sikt (8). Dette er trolig ikke tilfellet hos kvinner, men her er det stor usikkerhet knyttet til resultatene. Derimot ser ikke AAA-screening ut til å ha noen effekt på totaldødelighet verken hos menn eller kvinner. Som følge av AAA-screening kan antall akutte operasjoner bli redusert, mens antall elektive operasjoner kan øke. Med hensyn til sikkerhet er de mest alvorlige effektene av AAA-screening knyttet til det kirurgiske inngrepet som følger påvisningen av et AAA med høy risiko for ruptur, altså i tilfellene der operasjonsindikasjon foreligger.

Kunnskapshull – abdominalt aortaaneurisme screening

- Fremtidig forskning trengs for å optimalisere screeningsstrategier inklusive mer forskning omkring optimale screeningsintervaller, behandlingsnivåer og trening og opplæringsnivå
- Mer forskning trengs for å vurdere nytten av AAA screening for kvinner

Diagnostikk

To metodevurderinger omhandler diagnostikk, en omhandler rhesus typing av foster basert på blodprøve fra rhesus negative gravide (9), og en omhandler S100B sammenlignet med CT ved lettere hodeskader (10).

Rhesus typing av foster fra blodprøve av rhesus negative gravide

Hovedkonklusjonen til rapporten om Rhesus typing av foster basert på blodprøve fra rhesus negative gravide er at det er god diagnostisk nøyaktighet, noe som betyr at det er sannsynlig at NIPT (non-invasive prenatal testing) gir en svært treffsikker RhD-typing av fosteret (9). Men den kunne ikke konkludere om klinisk effekt av å innføre NIPT for RhD-typing av foster hos alle RhD-negative gravide kvinner.

Kunnskapshull- Rhesus typing av foster fra blodprøve av rhesus negative gravide

- Ved eventuell innføring av programmet med NIPT-veiledet profylakse, vil det være viktig med en systematisk innføring og oppfølging av programmet
- Det er behov for en systematisk oversikt over den kliniske effekten av NIPT for RhD-typing av foster hos alle RhD-negative gravide

S100B sammenliknet med CT ved lettere hodeskader

Rapporten om S100B sammenliknet med CT ved lettere hodeskader konkluderer med at foreliggende dokumentasjon av S100B sammenliknet med CT for pasienter med lettere hodeskader ikke nødvendigvis gir identisk utfall for pasientene. Basert på tilgjengelig dokumentasjon kan vi ikke utelukke at man i sjeldne tilfeller kan overse alvorlige, behandlingstrengende skader (10).

Kunnskapshull- S100B versus CT ved lettere hodeskader

- Videre forskning bør kartlegge ytterligere evnen til å oppdage hodeskader, og ikke minst omfanget og eventuelle følger av hodeskaden (klinisk betydning) for de pasienter som ikke detekteres av S100B testen
- Videre forskning bør kartlegge kostnader knyttet til endring i behandlingsvei

Legemidler

En forskningsoppsummering omhandler effekt av nye blodsukkersenkende medikamenter i kombinasjon med metformin sammenliknet med sulfonylurea i kombinasjon med metformin hos pasienter med type-2 diabetes.

Nye blodsukkersenkende medikamenter

Denne oversikten over oversikter har to inkluderte oversikter og konkluderer at fortsatt finnes det ingen dokumentasjon eller bare dokumentasjon av lav kvalitet på forskjeller mellom DPP-4-hemmere eller GLP-1-analoger i kombinasjon med metformin versus sulfonylurea i kombinasjon med metformin for viktige utfall som dødelighet og mikro- og makrovaskulære komplikasjoner (11). Det er forskjeller i intermedie utfall som HbA1c endring, vektendring og hypoglykemiske hendelser men

ulike legemidler kommer best ut for ulike utfall. Den direkte kostnaden av sulfonylurea i kombinasjon med metformin er betydelige lavere enn for både DPP-4- hemmere og GLP-1-analoger i kombinasjon med metformin.

Kunnskapshull- nye blodsukkersenkende medikamenter

- Videre forskning trengs for å undersøke kliniske endepunkt som dødelighet, hjerteinfarkt, slag, nyresvikt og sikkerhet
- Det trengs forskning med lengre oppfølgingstid og inkludering av uønskede hendelser
- Det er behov for direkte sammenlignende studier

Psykisk helse

To forskningsoppsummeringer av typen oversikter over oversikter omhandler psykisk helse, en om effekten av psykososiale tiltak for forebygging og behandling av depresjon og angst blant risikoutsatte barn og ungdommer (12), og en om psykologiske tiltak i primærhelsetjenesten for barn med alvorlig somatisk sykdom (13).

Psykososiale tiltak for risikoutsatte barn og ungdom

Rapporten om effekt av psykososiale tiltak for forebygging og behandling av depresjon og angst blant risikoutsatte barn og ungdom konkluderer med at forskning tyder på at behandlingstiltak som kognitiv terapi trolig hjelper barn med angst, posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelse (12). Psykologiske/pedagogiske tiltak er muligens gunstig for depresjon sammenlignet med ingen tiltak, men har muligens ingen effekt sammenlignet med narretiltak. Sammen med antidepressiv medisin har kognitiv terapi muligens liten eller ingen effekt på depresjon, funksjonsevne eller tilfriskning fra depresjon, men kan muligens være gunstig for barn med tvangslidelse. Det er usikkert om psykososiale tiltak har effekt når de brukes forebyggende, fordi kunnskapsgrunnet var mangelfullt.

Kunnskapshull- psykososiale tiltak for risikoutsatte barn og ungdom

- Det er behov for nyere systematiske oversikter av høy kvalitet, særlig ønskelig med oversikter som omfatter risikopopulasjoner
- Det er ønskelig at nyere systematiske oversikter i tillegg til utfall om mentalhelse (slik som depresjon, angst, og andre symptomer) også omfatter livskvalitet, sosiale nettverk og hvordan det går på skolen siden disse er viktige forebyggende faktorer mot tilbakefall av mentalproblemer hos barn og unge
- Det er behov for lengre oppfølging etter tiltakene

Psykologiske tiltak for barn og ungdom med alvorlig somatisk sykdom

Rapporten om psykologiske tiltak i primærhelsetjenesten for barn med alvorlig somatisk sykdom inkluderer ti oversikter og konkludere med at psykologiske tiltak som kognitiv atferdsterapi, støtte og rådgivning av psykolog og familiesystem-terapi muligens kan redusere psykiske plager hos barn med type 1 diabetes (13). Det mangler studier om psykologiske tiltak gitt i primærhelsetjenesten til barn med alvorlig somatisk sykdom. Vi har derfor konkludert med at vi ikke kan si noe sikkert om i hvilken grad psykologiske lavterskeltilbud fremmer psykisk helse gjennom å redusere symptomer på angst, depresjon eller å styrke livskvalitet, mestring og psykososial fungering hos barn med astma, diabetes, blodsykdommer og CFS/ME.

Kunnskapshull- psykologiske tiltak for barn og ungdom med alvorlig somatisk sykdom

- Det er generelt behov for flere komparative studier som undersøker effekten av psykologiske tiltak til barn med alvorlig somatisk sykdom som er relevante for primærhelsetjenesten, for eksempel studier som evaluerer effekten av tiltak til barn med medfødt hjertefeil, kreft, nevrologiske sykdommer, revmatiske tilstander, medfødte misdannelser eller skader

Kroniske tilstander

Fire oversikter over oversikter omhandler kroniske tilstander. To rapporter omhandler personer med demens, en som ser på psykologiske tiltak (14) og en som ser på fysisk aktivitet og omsorgstiltak (15). Begge disse oversiktene over oversikter om demens har kun inkludert Cochrane-oversikter. En rapport omhandler langtids mekanisk ventilasjon til personer med kols og cystisk fibrose (16), den fjerde omhandler livets slutfase – om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende (17).

Psykologiske tiltak for personer med demens

Hovedkonklusjonen til rapporten om psykologiske tiltak for personer med demens er at kognitiv stimulering trolig gir bedre kognitiv fungering og livskvalitet umiddelbart etter at tiltaket er avsluttet (14). Forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant ved oppfølging etter tre måneder. Funksjonell analyse rettet mot uønsket atferd hos personer med demens har trolig liten eller ingen effekt på depresjon og atferdsproblemer, samt omsorgsbyrde og depresjon hos pårørende. Psykologiske tiltak rettet mot angst og depresjon hos personer med demens gir trolig noe mindre depresjon og muligens noe mindre angst, men har trolig liten eller ingen effekt på kognitiv fungering, samt depresjon hos pårørende. I tillegg fant vi at tiltak som kog-

nitiv trening og rehabilitering, erindringsterapi og valideringsterapi muligens har liten eller ingen effekt for personer med demens. Vi kan ikke konkludere om musikkterapi og sansestimulering har effekt for personer med demens.

Kunnskapshull – psykologiske tiltak for personer med demens

- Det mangler dokumentasjon for flere viktige utfall
- Det er en gjennomgående mangel på oppsummert forskning om utfallet heldøgnsomsorg
- Det er behov for oppdatering av oversiktene for å finne nyere enkeltstudier
- Det er behov for tiltak med lengre varighet og lengre oppfølgingsperiode
- I enkelte av studiene var det svært få personer med demens som deltok og nyere studier bør ha tilstrekkelig antall deltagere til at funnene blir statistisk mer robuste og pålitelige
- Nyere studier bør følge eksisterende retningslinjer for rapportering av metode og resultater

Fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens

Rapporten om effekt av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens inkluderte sju systematiske oversikter, én om fysisk aktivitet og seks om ulike omsorgstiltak. Hovedkonklusjonen er at fysisk aktivitet har trolig liten eller ingen effekt på depresjon hos personer med demens, men gir muligens noe bedre kognitiv funksjonsevne og daglig funksjonsevne (15). Belysningstiltak om morgenen gir muligens noe bedre daglig funksjonsevne, men har muligens liten eller ingen effekt på kognitiv funksjonsevne, depresjon og atferdsproblemer. Vi kan ikke konkludere om avlastning, spesialiserte demensavdelinger og massasje og berøring har effekt for personer med demens, og det mangler oppsummert dokumentasjon om tiltak mot vandring.

Kunnskapshull- fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens

- De inkluderte systematiske oversiktene besvarer ikke kompleksiteten i vår brede problemstilling.
- Oversiktene kan med fordel oppdateres med nyere litteratursøk.
- Det mangler oppsummert forskning på flere sentrale endepunkter for mange av sammenligningene.
- Vi fant ingen Cochrane-oversikter om omsorgstiltak som for eksempel ansvarsgrupper, kurs og kompetansetiltak til ansatte i demensomsorgen, miljøarbeid, legemiddelgjennomgang, tilrettelegging og tilpasningstiltak
- Studier som bruker like måleverktøy og måler de samme utfallene øker muligheten for fremtidige meta-analyser som kan gi oss mer robuste konklusjoner. Nye enkeltstudier bør benytte seg av valide målemetoder for å måle effekten av tiltak.

- Forfattere av enkeltstudier bør beskrive studiene på en slik måte at andre kan vurdere hvor robuste designet er, blant annet forhold som skjult randomisering av deltagerne, blinding av deltagere, de som leverer intervensjonene og forskerne som analyserer data, og om forskerne inkluderer et tilstrekkelig antall deltagere for å få statistisk robuste tall.

Langtids mekanisk ventilering, pasienter med kols og cystisk fibrose

Rapporten om effekt av langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) for pasienter med kols og cystisk fibrose baserer seg på to systematiske oversikter. Hovedkonklusjonen i rapporten er at dokumentasjon av moderat kvalitet viser at LTMV ikke bidrar til vesentlig bedring i gassutveksling hos pasienter med stabil kols (16). Forskning gir per i dag ikke grunnlag for å hevde at LTMV bedrer overlevelse eller reduserer behovet for sykehusinnleggelse ved stabil kols, men dokumentasjonen har for lav kvalitet til at vi kan trekke sikre konklusjoner.

Kunnskapshull- langtids mekanisk ventilering, pasienter med kols og cystisk fibrose

- Det trengs mer forskning om effektene av behandling med LTMV på lang sikt, med spesiell vekt på pasientnære utfall som overlevelse, livskvalitet og behov for sykehusinnleggelser
- Videre forskning bør innrettes på en slik måte at den gir gode svar på om det finnes subgrupper av pasienter som kan forvente større nytte av LTMV enn andre, og om ventilatorinnstillinger (høy- eller lavintensivt) er avgjørende for effekten

Livets slutfase

Hovedkonklusjonene i rapporten om livets slutfase - om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende er følgende: Forskning viser at de fleste, men ikke alle, ønsker å være informert om sin sykdom og prognose, og de ønsker i større eller mindre grad å delta i beslutninger rundt egen sykdom (17). Dette synes å være uavhengig av diagnose og etnisitet. Vi fant ingen dokumentasjon for negative konsekvenser for pasienten av å ta opp problemstillinger knyttet til livets slutfase. Forskningen viser også at det å kjenne til pasientens egne ønsker og preferanser om livsforlengende behandling gjør beslutningsprosessen rundt behandlingsbegrensning i livets slutfase lettere for pårørende og helsepersonell. Bruk av kompetanse innen palliativ (lindrende) medisin kan gi færre sykehusinnleggelser, kortere sykehusopphold, mindre bruk av høyteknologisk behandling og en større andel som dør hjemme blant de som ønsker det (17). Det foreligger lite kunnskap om hvilken organisatorisk modell for palliativ behandling som er best. Forhåndsdirektiv/-erklæring om å avstå fra medisinsk behandling i gitte situasjoner, eventuelt oppnevning av en stedfortreder, kan styrke pasientens autonomi i beslut-

ninger om behandlingsbegrensning når pasienten selv er ute av stand til å delta i beslutningene. Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om disse spørsmålene for barn og unge.

Kunnskapshull- livets slutfase

- Det er et stort mangfold av forskning om medisinsk behandling og omsorg i livets slutfase. Gode prospektive studier med kontrollgruppe er en mangelvare, og burde kunne gjennomføres for flere av de aktuelle problemstillingene, selv om vi også må være klar over de etiske og metodiske utfordringer som forskning på denne pasientgruppen innebærer
- Det er behov for å dokumentere effekt og konsekvenser av innførte eller planlagte tiltak både for pasienter, pårørende og helsepersonell
- Spesielt når det gjelder organisatoriske tiltak er det behov for godt koordinerte forskningsinitiativ som følger pasientgrupper over lengre perioder og helst på tvers av helsetjenestene
- Vi trenger også pålitelig forskning, gjerne med kvalitative metoder, om hva som foregår i beslutningsprosessene og hva som er viktig for å få disse prosessene til på en best mulig måte

Traume og kirurgi

Tre systematiske oversikter omhandler traume og kirurgi. To forskningsoppsummeringer omhandler kvinnelig kjønnslemlestelse, en omhandler de umiddelbare helsekonsekvensene (18), og en omhandler gynekologiske konsekvenser (19). Den tredje omhandler langtidseffekter av fedmekirurgi (20).

Umiddelbare helsekonsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse

Rapporten om umiddelbare helsekonsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse har 56 studier og konkluderer slik: Kunnskapsgrunnlaget, som dekker over et halvt århundre av forskning fra mer enn 20 land i og utenfor Afrika, viser utvetydig at kvinnelig kjønnslemlestelse fører til umiddelbare helsekomplikasjoner (18). Selv om det nøyaktige omfanget av komplikasjoner er usikker og tolkning av resultatene må gjøres med forsiktighet, så er det svært lite sannsynlig at fremtidig forskning vil vise at det ikke er umiddelbare helsekomplikasjoner assosiert med kjønnslemlestelse.

Kunnskapshull- umiddelbare helsekonsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse

- Vi mener at det er tilstrekkelig kunnskap til å konkludere at kvinner som kjønnslemlestes opplever umiddelbare helsekonsekvenser. Videre forskning er svært usannsynlig at vil endre denne konklusjonen

- Men det er behov for forskning om hva som er akseptabel og mest effektiv behandling til jenter og unge kvinner som er kjønnslemlestet og lider av konsekvensene

Gynekologiske konsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse

Rapporten om gynekologiske konsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse har 136 studier som fant at kvinner som er kjønnslemlestet i større grad opplever skadelige gynekologiske konsekvenser enn kvinner som ikke er kjønnslemlestet (19). Vi fant ingen indikasjoner på at kjønnslemlestelse har helsemessige gevinster.

Kunnskapshull- gynekologiske konsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse

- Vi mener at det er tilstrekkelig kunnskap til å konkludere at kvinner som kjønnslemlestes har en større risiko for fysiske komplikasjoner enn kvinner som ikke er kjønnslemlestet. Videre forskning er svært usannsynlig at vil endre denne konklusjonen
- Men det er behov for forskning om hva som er akseptabel og mest effektiv behandling til jenter og unge kvinner som er kjønnslemlestet og lider av komplikasjoner

Langtidseffekter etter fedmekirurgi

Metodevurderingen som omhandler langtidseffekter etter fedmekirurgi konkluderer med at det er usikkert om fedmekirurgi reduserer totaldødelighet og antall kardiovaskulære dødsfall. Fedmekirurgi er mer effektivt enn ikke-kirurgisk behandling på vektnedgang og insidens og tilbakegang av diabetes mellitus type 2 i en periode på inntil 10 år, men effektestimatet vil variere avhengig av operasjonstype (20). Det er mulig at fedmekirurgi også har en positiv langtidseffekt på hypertensjon, men størrelsen på effektestimatet er usikkert. I en studie ble det rapportert lavere insidens av kreft hos kvinner, men ikke hos menn. Det ser ut til at fysiske helse rapportert i ulike livskvalitetsskjema bedres etter fedmekirurgi, men resultatene for mental helse og sosial fungering er usikre. For symptomer på angst og depresjon er effekten av fedmekirurgi usikker. Våre resultater er svært usikre og mangelfulle når det gjelder antall og forekomst av bivirkninger og tilbakefall etter tilbakegang av følgesykdom (20).

Kunnskapshull- langtidseffekt etter fedmekirurgi

- Det er behov for godt designede kontrollerte studier som systematisk rapporterer langtidseffekter etter fedmekirurgi sammenliknet med ikke-kirurgisk behandling og spesielt intensive livsstilsintervensjoner
- Det er behov for godt designede kontrollerte studier som systematisk rapporterer bivirkninger og uønskede hendelser både på kort og lang sikt

Organisatoriske tiltak

Fem forskningsoppsummeringer omhandler organisatoriske tiltak, en oversikt over oversikter om koordinerende tiltak for kreftpasienter i kommunene (21), og fire systematiske oversikter. En omhandler effekten av lokale akutte døgntilbud sammenlignet med innleggelse i sykehus (22), og en omhandler tiltak mot sykefravær og uførhet hos helsepersonell (23). To systematiske oversikter omfatter elektroniske løsninger, henholdsvis elektronisk timebestilling hos fastlegen (24) og elektronisk meldeordning (25).

Koordinerende tiltak for kreftpasienter i kommunene

Rapporten om effekt av koordinerende tiltak for kreftpasienter i kommunene inkluderte seks oversikter. Rapportens hovedkonklusjon er at koordinerende tiltak for kreftpasienter i kommunene kan øke livskvaliteten hos kreftpasienter (21). Effekten på andre sentrale utfallsmål som funksjon og symptomer viser ingen forskjell. Det er usikkert om bruk av koordinerende tiltak for kreftpasienter gir økt pasienttilfredshet og om det påvirker bruk av andre helsetjenester og involvering i beslutninger.

Kunnskapshull- koordinerende tiltak for kreftpasienter i kommunene

- Det er først og fremst behov for bedre forskning om hva som er effekten av koordinerende tiltak for kreftpasienter på sentrale utfallsmål som funksjon, symptom, tilbakefall, og nye innleggelser i sykehus, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester
- Det er også behov for mer robust effektforskning på hvilke komponenter i koordineringen som virker, slik at en i større grad kan identifisere hvilke faktorer som bidrar til denne effekten

Lokale akutte døgntilbud versus sykehusinnleggelse

Forskningsoppsummeringen om lokale akutte døgntilbud sammenlignet med innleggelse i sykehus konkluderer med at det er mulig at innleggelse i lokal akutt døgnenhet sammenlignet med innleggelse i sykehus gir litt bedre pasienttilfredshet, men kvaliteten på dokumentasjonen er lav (22). Rapporten fant også at det ikke er mulig å avgjøre om innleggelse i lokal akutt døgnenhet sammenlignet med innleggelse i sykehus påvirker pasientutfall som fysisk funksjon og livskvalitet eller påvirker antall reinnleggelser.

Kunnskapshull- lokale akutte døgntilbud versus sykehusinnleggelse

- Vi trenger randomiserte kontrollerte forsøk med mange nok deltagere til å kunne påvise en klinisk viktig effekt. I tilfeller der det dreier seg om enheter med få pasienter kan det være aktuelt med multisenterstudier. Det beste designet rent

prinsipielt vil være forsøk som er designet for å kunne teste om resultatene er ekvivalente eller ikke-underlegne (non-inferior), men slike design krever flere deltagere enn tradisjonelle randomiserte kontrollerte forsøk.

- For å besvare spørsmålet om kommunale akutte døgntilbud fører til færre innleggelser i sykehus, trenger man prospektive studier som sammenligner antall innleggelser i sykehus i et område som har tilgang til både lokalt akutt døgntilbud og sykehus med ett område der befolkningen kun har tilgang til sykehus, korrigert for avstand. En slik studie bør gjennomføres flere steder for at vi skal kunne trekke sikrere konklusjoner.
- Alternativt kan vi også ha nytte av avbrutte tidsserieanalyser. Dette er sannsynligvis det beste designet for å evaluere effekten av etableringen av akutte døgnenheter i Norge, siden det allerede er vedtatt å innføre dette tilbudet. I så fall haster det med å begynne med innhenting av før-data.

Sykefravær og uførhet hos helsepersonell

Rapporten om effekter av tiltak mot sykefravær og uførhet hos helsepersonell fant effektforskning om fysisk trening, opplæring i emosjonsrettet omsorg, influensavaksine, sykefraværsoppfølging, kognitiv atferdsterapi og prosessveiledning (23). I sykehjem er det usikkert om fysisk trening eller opplæring i emosjonsrettet omsorg har effekt på sykefravær. På sykehus gir influensavaksine muligens ingen eller liten forskjell på sykefravær, og det er usikkert om fysisk trening, fysisk trening og forflyttingsopplæring, trinnvis oppfølging ved sykefravær, kognitiv atferdsterapi eller prosessveiledning har effekt på sykefraværet. Vi identifiserte ingen studier som rapporterte funn på uførhet.

Kunnskapshull- sykefravær og uførhet hos helsepersonell

- Det er behov for gode systematiske oversikter som vurderer effektene av ulike typer tiltak, for eksempel turnusordninger og arbeidstid, for å påvirke sykefravær. Disse burde ha forhåndsdefinert relevante subgruppe-analyser som kan vise mulige effekter for ansatte i ulike sektorer og ulike profesjoner

Elektronisk timebestilling hos fastlegen

Forskningsoppsummeringen som søkte etter studier om effekt av elektronisk timebestilling hos fastlegen identifiserte ingen effektstudier som undersøkte effekten av elektronisk timebestilling mellom pasienter og fastlegen (24).

Kunnskapshull- elektronisk timebestilling hos fastlegen

- Siden fastleger allerede er pålagt å ta imot bestillinger elektronisk, er det også lite sannsynlig at det framover vil bli gjort noen studier som undersøker effekten av slik timebestilling sammenliknet med timebestilling per telefon eller ved

oppmøte, i alle fall i Norge. Derimot kan det være aktuelt å undersøke effekten av ulike timebestillingssystemer, om noen er bedre enn andre

Nasjonale elektroniske meldesystem

Forskningsoppsummeringen som søkte etter studier om effekt av nasjonale elektroniske meldeordninger i spesialisthelsetjenesten fant ingen studier som hadde vurdert effekt av nasjonale eller regionale elektroniske meldesystem (25).

Kunnskapshull- nasjonale elektroniske meldesystem

- Et nasjonalt elektronisk meldesystem er nå innført i Norge

Velferdstiltak

To forskningsoppsummeringer omfatter velferdstiltak, en omhandler tiltak mot overskjenking, skjenking til mindreårige og alkoholrelatert vold/skader i tilknytning til skjenkesteder (26), og en omhandler tiltak for å øke befolkningens tillit til politiet (27).

Overskjenking, skjenking til mindreårige og vold/skader

Den oversikten over systematiske oversikter som omhandler effekter av tiltak mot overskjenking, skjenking til mindreårige og alkoholrelatert vold/skader i tilknytning til skjenkesteder fant fem oversikter, disse konkluderte med få positive effekter av forebyggende tiltak mot overskjenking, skjenking til mindreårige og alkoholrelatert vold i tilknytning til skjenkesteder (26). Servitøropplæringstiltakene gir trolig liten eller ingen forskjell i observert aggresjon hos gjester, betjening eller i selvrapportert servitøratferd målt ved atferdsskåre. Opplæringen for servitører og eier/leder gir muligens liten eller ingen forskjell i observert servitøratferd, når dette er målt ved skuespillere som agerer beruset (26). Håndheving av alkohollovgivning (økte kontroll) gir muligens en liten forskjell i observert servitøratferd målt ved salg av alkohol til mindreårige på kort sikt. Forsterkede politiovervåkingstiltak for skjenking til mindreårige og til berusede gir muligens liten eller ingen forskjell i vold. Tiltak i lokalsamfunn for å forebygge overskjenking gir muligens litt færre politirapporterte voldstilfeller. Disse tiltakene gir muligens liten eller ingen forskjell i mindreåriges kjøpsforsøk, ølsalg til mindreårige og tilgang til alkohol (26).

Kunnskapshull- overskjenking, skjenking til mindreårige og vold/skader

Det er behov for oppdaterte systematiske oversikter og for flere studier av høy metodisk kvalitet som studerer effekt av tiltak for å forebygge overskjenking, skjenking til mindreårige og alkoholrelatert vold, særlig gjelder dette:

- Metodene for å identifisere kunder som er beruset, mindreårige eller begge deler

- Ytterligere studier for å vurdere hvor effektiv forsterket håndheving av lover om overskjenking er i å redusere overskjenking og alkoholrelatert vold
- Studier for å vurdere rollen som media har når det gjelder publisering av forsterket håndheving
- Den potensielle rolle som ansvarsbevisst alkohol skjenkingsopplæringsprogram har for å redusere overskjenking og alkoholrelatert vold/skade
- Randomiserte kontrollerte studier med skjult allokering og blinding hvis mulig, og godt utførte ikke-kontrollerte studier når tilfeldig allokering ikke er mulig
- Utvidelse av fokus til annet enn effektiviteten av servitøropplæringstiltak som nå dominerer forskningen

Befolkningens tillit til politiet

Den systematiske oversikten om effekt av, og erfaringer med, tiltak for å øke befolkningens tillit til politiet konkluderer med at opplæring i kommunikasjonsferdigheter hos politifolk kan ha positiv effekt på befolkningens tillit til politiet (27). Samme tiltak kan ha marginal eller ingen effekt på *fornærmedes* tillit til politiet. Kun én av de inkluderte studiene er fra et nordisk land og det er derfor behov for studier om tillitsskapende tiltak i politiet i en norsk og nordisk kontekst. Videre mangler det kunnskap om hvilke tiltak som kan bidra til å forbedre tilliten til politiet i de gruppene man kanskje spesielt ønsker å øke tilliten hos, som ofre for kriminalitet og minoritetsgrupper.

Kunnskapshull- befolkningens tillit til politiet

- Det er behov for kontrollerte effektstudier på tillitsfremmende tiltak, så vel som polititiltak generelt, i en norsk/nordisk kontekst
- Videre er det behov for forskning om effekt på oppfatning av politiet.
- Det er også behov for mer forskning på tiltak som kan ha positiv effekt i subgrupper man antar har lav tillit til politiet, som minoritetsgrupper og personer som er ofre for kriminalitet

Forskningsmetodiske kunnskapshull

To av våre forskningsoppsummeringer i 2014 konkluderer med å ikke anbefale mer forskning (18,19):

- Vi mener at det er tilstrekkelig kunnskap til å konkludere at kvinner som kjønnslemlestes opplever umiddelbare helsekonsekvenser. Videre forskning er svært usannsynlig at vil endre denne konklusjonen
- Vi mener at det er tilstrekkelig kunnskap til å konkludere at kvinner som kjønnslemlestes har en større risiko for fysiske komplikasjoner enn kvinner som ikke er kjønnslemlestet. Videre forskning er svært usannsynlig at vil endre denne konklusjonen

Tre andre forskningsoppsummeringer er skeptiske til nytten av nye studier da omtalte tiltak allerede er innført, dette omfatter lokale akutte døgntilbud (22), elektronisk timebestilling hos fastlege (24) og nasjonale elektroniske meldesystem (25).

Behov for systematiske oversikter

For smittevern i barnehager og skoler så var det behov for systematisk oversikt som omhandler alle relevante utfallsmål etter smitteverntiltakene i samme oversikt.

Denne oversikten har Kunnskapssenteret nå laget og publisert (28).

Det mangler systematiske oversikter som omhandler effekt av tiltak som tilpasser helsestasjonstjenestene til etniske minoriteter (4), den kliniske effekten av NIPT for RhD-typing av foster hos alle RhD-negative gravide (9), effekten av psykososiale tiltak for forebygging og behandling av risikoutsatte barn og ungdommer (12) og tiltak for å påvirke sykefravær og uførhet hos helsepersonell (23).

Det er behov for oppdatering av oversikter om psykososiale tiltak for personer med demens (14), og om effekten av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens (15) og tiltak mot overskjenking, skjenking til mindreårige og alkoholrelaterte vold/skader i tilknytning til skjenkesteder (26).

Behov for primærstudier om effekt

Mange av forskningsoppsummeringene etterlyser (flere) primærstudier av god design og kvalitet (7, 8, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 26, 27).

Behov for lengre oppfølgingstid

Mange av forskningsoppsummeringene etterlyser også lengre oppfølgingstid for utfallene som måles (5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 20).

Behov for sammenlignende studier

Det er behov for direkte sammenligning av organisert oppfølging for en periode i frisklivssentraler med flere perioder (6). Det etterlyses en direkte sammenligning av

bruk av sosiale medier i kampanjer med tradisjonelle informasjonskanaler som aviser, TV og radio (7). Det er behov for å sammenligne forskjellige strategier for å identifisere den optimale AAA screeningsstrategien (8). Det er behov for direkte sammenligninger av nye blodsukkersenkende medikamenter (11), og det er behov for studier som direkte sammenligner fedmekirurgi med ikke-kirurgisk behandling (20).

Behov for relevante resultatmål/ utfall

Det er behov for konsensus og mer standardisering av utfall og metoder for å måle fysisk aktivitet og kosthold (6). Det er viktig at også bivirkninger og uønskede hendelser rapporteres (11, 20). Det er ønskelig at flere pasientnære utfall også rapporteres (12, 16, 17). Flere andre forskningsoppsummeringene etterlyser flere relevante utfall (14, 15, 21, 26, 27),

Behov for mer informasjon om kostnader

Forskningsoppsummeringen om mer enn tre måneders organisert oppfølging på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med økt risiko for livsstilsrelatert sykdom etterlyser en evaluering av kostnader (6).

Diskusjon

Kunnskapshullene fra forskningsoversiktene til Kunnskapssenteret i 2014 er samlet og presentert i dette notatet. Disse kunnskapshullene er begrenset til de oppsummeringsspørsmålene som ble prioritert i vårt bestillerforum og utført i 2014. Behovene for forskning som er identifisert i oversiktene viser til behov for studier og informasjon til viktige beslutninger i Norge eller internasjonalt.

Mange av Kunnskapssenterets oversikter fra 2014 fant kunnskapshull. Fordi spørsmålene som vi søker å besvare er ansett som viktige å få belyst for norsk helsetjeneste, mener vi at kunnskapshullene som er avdekket viser til behov for forskning som det kan være nyttig å få utført. Derfor er det viktig å samle disse erfaringene og dele dem med de aktørene som finansierer og utfører forskning i Norge.

Som nevnt i innledningen bør man alltid basere ny forskning på en systematisk oversikt som viser at det faktisk er behov for å bruke ressurser på å avklare gjeldende spørsmål (1, 2). Kunnskapssenteret har sammen med Høyskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis (29) tatt initiativ til å etablere et internasjonalt nettverk for å fremme kunnskapsbasert forskning, www.ebrnetwork.org. Både forskere, de som finansierer forskning, etiske komiteer og redaktører i tidsskrift kan bidra til å fremme prinsippet om kunnskapsbasert forskning.

Vi skiller mellom behov for flere forskningsoversikter og behov for flere primærstudier. Det kan finnes gode og oppdaterte systematiske oversikter uten at det finnes primærstudier som besvarer spørsmålet, eventuelt at tilgjengelige studier ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å konkludere. Da er det ikke behov for flere oversikter før det finnes (flere) primærstudier.

Mangelfull rapportering av utførte studier er et problem for alle som skal benytte informasjon fra studiene til å ta beslutninger eller valg basert på denne informasjonen. Det samme problemet gjelder for forskningsoversikter. Deler av utfordringen kan løses ved at forfatterne av primærforsknings inkluderer mer informasjon i sine publikasjoner, til hjelp finnes veilederne (30, 31, 32, 33). Tidsskriftredaktører kan etter spørre dette i referee prosesser. Det er også en etisk utfordring om studier som involverer deltakelse fra pasienter, ikke blir rapportert på en tilfredsstillende måte. En

enda bredere involvering av pasientene i tidligere faser av studiedesign og gjennomførelse vil også kunne hjelpe til å gjøre forskningen enda mer relevant, og man kan muligens unngå at viktige utfallsmål savnes fra studiene. Brukermedvirkning i forskning vil i sterkere grad bli et krav i søknader og i gjennomføring av helseforskning i Norge. RHFene har for eksempel fulgt opp oppdraget gitt fra HOD om dette i en rapport (34). Forskningsrådet vil også følge opp dette i sine programområder.

Flere av de systematiske oversiktene og metodevurderingene utført av Kunnskaps-senteret i 2014 konkluderte med at det er behov for mer forskning. Det er ikke så unaturlig når en ser på hvilke spørsmål som prioriteres for oppsummering i Kunnskaps-senteret. Oftest handler om tiltak der effekten er usikker, der praksis varierer og det er faglig uenighet eller der man ønsker å innføre en ny behandling. Forskningen som foreligger er derfor ofte begrenset. Allikevel var det av de 25 forsknings-oversiktene fra 2014 hele fem som ikke etterlyste mer forskning (18, 19, 22, 24, 25).

Flere av Kunnskapssenterets internasjonale samarbeidspartnere og søsterorganisa-sjoner slik som James Lind Alliance i Storbritannia, SBU i Sverige og HTA senteret i Alberta, Canada utfører liknende aktiviteter for å identifisere og samle kunnskaps-hull internasjonalt, dette er beskrevet i en av våre tidligere kunnskapshullnotater (35).

Referanser

1. Jamtvedt G, Lund H, Nortvedt MW. Kunnskapsbasert forskning? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 10-1.
2. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, Howells DW, Ioannidis JPA, Oliver S. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. Lancet 2014; 383: 156-65.
3. Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A, Berg RC, Mathisen M, Vist GE. The effect of infection control interventions in day-care facilities and schools. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 17–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
4. Mosdøl A, Blaasvær N, Vist GE. Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 19–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
5. Sæterdal I, Couto E, Juvet L, Harboe I, Klemp M. Effect of catch-up HPV vaccination of young women. Report from Kunnskapssenteret no. 4–2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2014.
6. Denison E, Underland V, Berg RC, Vist GE. Effects of more than three months organized follow-up on physical activity and diet for people with increased risk of lifestyle related disease. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
7. Strømme H, Mosdøl A, Nordheim LV, Vist GE. Effekt av å benytte sosiale medier i kampanjer for fremme sunne levevaner. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 26–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
8. Frønsdal KB, Sæterdal I, Harboe I, Klemp M, Fure B. Effect of abdominal aortic screening. Health Technology Assessment (HTA) from Kunnskapssenteret 2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2014.
9. Arentz-Hansen H, Brurberg KG, Kvamme MK, Stoinska-Schneider A, Hofmann B, Ormstad SS, Fure B. Rhesus typing av foster basert på blodprøve fra rhesus negative gravide.

Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 25–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

10. Ringerike T, Nevjar J, Jimenez E, Harboe I, Klemp M. S100B sammenliknet med CT ved lettere hodeskader. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 23–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

11. Desser AS, Ringerike T, Klemp M. Effect of new anti-diabetic medications in combination with metformin compared to sulfonylurea in combination with metformin in patients with type 2 diabetes. Report from Kunnskapssenteret no. 9–2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2014.

12. Munthe-Kaas HM, Johansen S, Blaasvær N, Hammerstrøm KT, Nilsen W. The effect of psychosocial interventions for depression and anxiety among at-risk children and adolescents. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 22–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

13. Dahm KT, Smedslund G, Håvelsrud K, Hafstad E, Reinart LM. Psykologiske tiltak i primærhelsetjenesten for barn med alvorlig somatisk sykdom. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 10–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

14. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinart LM. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 28–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

15. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinart LM. Effekt av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

16. Brurberg KG, Dahm KT. Effekt av langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) del 3 – kols og cystisk fibrose. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 12–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

17. Skår Å, Juvet L, Smedslund G, Bahus MK, Pedersen R, Fure B. Livets slutfase - om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 18–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

18. Berg RC, Underland V. Immediate health consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C). Report from Kunnskapssenteret no. 8–2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2014.

19. Berg Rigmor C, Underland Vigdis. Gynecological consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C). Report from Kunnskapssenteret no. 11–2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2014.
20. Giske L, Lauvrak V, Elvsaa IKØ, Hofmann B, Håvelsrud K, Vang V, Fure B. Langtidseffekter etter fedmekirurgi. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 1–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
21. Steiro, A; Jeppesen, E; Kirkhei, I; Pedersen, WP, Reinart, LM. Effect of municipality coordination for cancer patients. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 15–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
22. Forsetlund L, Holte HH, Straumann GH. Lokale akutte døgntilbud sammenlignet med innleggelse i sykehus. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
23. Larun L, Dalsbø TK, Hafstad E, Reinart, LM. Effekter av tiltak mot sykefravær og uførhet hos helsepersonell. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 2–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
24. Straumann GH, Underland V. Effekt av elektronisk timebestilling hos fastlegen. Notat fra Kunnskapssenteret 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
25. Vist GE, Holte HH, Mathisen M, Lidal IB, Nøstberg AM, Lindahl AK. Nasjonale elektroniske meldeordninger i spesialisthelsetjenesten: Hvilke finnes, hvilke effekter har de, og hvordan evalueres meldeordningene? Notat fra Kunnskapssenteret, april 2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2014.
26. Kurtze N, Wollscheid S, Denison E. Effekter av tiltak mot overskjenking, skjenking til mindreårige og alkoholrelatert vold/skader i tilknytning til skjenkesteder. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 13–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
27. Johansen S, Borren I, Hammerstrøm KT, Nilsen W. Effekt av, og erfaringer med, tiltak for å øke befolkningens tillit til politiet. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 3–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
28. Lidal IB, Berg RC, Austvoll-Dahlgren A, Hval Straumann G, Vist GE. Smittevern i barnehager: Effekt av håndhygiene, opplæring og fysiske tiltak. Rapport fra Kunnskapssenteret - Systematisk oversikt nr. 6 - 2015. ISBN 978-82-8121-947-2 ISSN 1890-1298.
29. Chalmers I, Nylenna M. A new network to promote evidence-based research. *Lancet* 2014; 384: 1903-4.

30. Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D, Gøtzche PC, Lang T, for the CONSORT Group. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 2001; 134: 663-94.
31. Armstrong R, Waters E, Moore L, Riggs E, Cuervo LG, Lumbignon P, Hawe P. Improving the reporting of public health intervention research: advancing TREND and CONSORT. *J Public Health* 2008; 30: 103-9.
32. von Elm E, Altman DG, Pocock SJ, Gøtzche PC, Vandenbroucke JP, for the STROBE initiative. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ* 2007; 335: 806-8.
33. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, Leeflang MMG, Sterne JAC, Bossuyt PMM, and the QUADAS2 Group. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Ann Intern Med* 2011; 155: 529-36.
34. Brukermedvirkning i helseforskning i Norge. Forslag til retningslinjer og tiltak http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Regionalt%20brugerutvalg/Regional%20brugerkonferanse/10022014_Rapport_Brukermedvirkning%20i%20helseforskning.pdf
35. Norderhaug IN, Lindahl AK, Mørland B, Jamtvedt G. Informasjon om forskningsbehov fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter i 2010. Notat 2011. ISBN 978-82-8121-410-1.