

# Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – deler kunnskap og formidler fag

*Michael 2008;5:85–95.*

*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble opprettet for å bistå helsetjenesten og helseforvaltningen med å håndtere den overveldende informasjonsflommen innen helseområdet. Tanken var at noen må systematisere og oppsummere den kunnskapen som finnes. Kunnskapssenteret innhenter, analyserer og formidler kunnskap, og utvikler systemer for kunnskapshåndtering. Slik gjør vi det lettere å praktisere på basis av holdbar kunnskap, og bidrar til at beslutningstakere baserer sine valg på dokumentert kunnskap. Kunnskapssenteret har dermed en sentral rolle i kunnskapsdeling og fagformidling. Hvordan skjøtter vi oppgaven? Og hvordan kan den forbedres?*

*I denne artikkelen beskriver vi hvordan vi arbeider med formidling innen ett av våre hovedområder, kunnskapsoppsummering, og peker på aktuelle måter å forbedre og videreutvikle innsatsen på.*

## God kunnskap former helsetjenesten

Å utvikle en god helsetjeneste krever at vurderinger og avgjørelser baseres på best mulig kunnskap.

Både for myndigheter, utøvere og brukere av helsetjenesten blir det stadig viktigere at tiltakene som innføres i helsevesenet blir gjenstand for en systematisk faglig vurdering. Hvordan virker tiltaket eller metoden? Hvem virker den for? Er mulige bivirkninger undersøkt? Hvilke konsekvenser vil bruk av metoden ha, inkludert kostnader og organisatoriske tiltak?

Behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen før i større grad å kunne nå helsepolitiske mål, dannet bakteppet da *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* ble opprettet 1. januar 2004, ved en sammenslåing av Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), SINTEF Unimed, Stiftelse for helsetjenesteforskning

(HELTEF) og Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet.

Oppdraget var blant annet å bistå helsetjenesten med systematisk oppsummert kunnskap om medisinske og helsefaglige metoder eller teknologier, dvs. alle tiltak som benyttes i helsevesenet – forebygging, diagnostikk, behandling, organisering, pleie og rehabilitering.

At virksomheten skulle være faglig uavhengig, ble og blir understreket i så vel Kunnskapssenterets vedtekter (1), som fra politiske myndigheter. Stortinget har uttalt at «det er helt avgjørende for senterets troverdighet og legitimitet i forhold til både fagmiljøer, kompetanse og samfunn at det er organisert på måter som ivaretar kravene til kvalitet, kompetanse og faglig uavhengighet. Dette innebærer bl.a. at FOU-relatert virksomhet organiseres på måter som sikrer faglig uavhengighet i forhold til forvaltningen og gis roller og oppgaver som er tydelig avgrenset fra andre nasjonale FOU-miljøer».

Siden har Kunnskapssenteret vokst i omfang og arbeidsområder. Fra 1. mars 2005 ble Campbell-gruppen i Avdeling for sosialtjenesteforskning, Sosial- og helsedirektoratet, overført til Kunnskapssenteret, 1. januar 2006 ble Helsebiblioteket etablert og innlemmet i senteret, og fra 1. januar 2007 ble Gruppe for kvalitetsforbedring i helsevesenet (GRUK) inkludert. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble startet opp i mai 2007, og sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble lagt til senteret fra 2007.

## **Kunnskapshåndtering**

Kunnskapssenterets virksomhetsidé er å innhente, analysere og formidle kunnskap, støtte helsetjenesten i håndtering av kunnskap for å medvirke til gode beslutninger på alle nivåer i helsetjenesten, og bidra til virksomme og trygge tjenester som ivaretar brukernes behov. Kunnskapssenteret ønsker å være en kunnskapsmegler i helsetjenesten. Kunnskapshåndtering er en fellesnevner for alle enheter i senteret, og griper inn i våre fem hovedarbeidsområder: Kunnskapsoppsummeringer (praksis og systemnivå), kunnskapsformidling, kvalitetsmåling, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Vi vil her se på Kunnskapssenterets virksomhet innen systematiske kunnskapsoppsummeringer, og vil ikke gå nærmere inn på de andre arbeidsområdene.

## **Kunnskapsoppsummering**

Kunnskapsoppsummeringer er en av de sentrale tjenestene som Kunnskapssenteret leverer – seks ulike fagseksjoner har kunnskapsoppsummeringer som sin hovedvirksomhet. Kunnskapsoppsummeringer er basert på



Fig 1: Skjematisk kan prosessen for kunnskapsoppsummering beskrives slik.

systematikk i alle deler av prosessen fra litteratursøk, kvalitetsvurdering av studier, vurdering og gradering av resultatmål (2), til måten konklusjonene formuleres og formidles på. En systematisk kunnskapsoppsummering kjennetegnes av åpenhet om kriterier for utvelgelse av studier, gode beskrivelser av søkestrategier, dobbeltlesing av litteraturutvalg og kritisk vurdering av alle funn. Denne systematikken er basert på internasjonalt samarbeid (3) om kunnskapsoppsummering, og skal gjøre det mulig å dele og etterprøve resultater. Det finnes flere typer kunnskapsoppsummeringer, og vi har internasjonale standarder for mange av disse. *Åpenhet* gir innsyn i hvordan og hvorfor en kunnskapsoppsummering konkluderer som den gjør. *Systematikk* er viktig for å hindre at vi gjør feil ved søk etter studier, utvelgelse og sammenfatning av resultater fra studiene. *Kritisk vurdering* er nødvendig for å skille god forskning fra dårlig.

### Virker legemiddel A bedre enn legemiddel B?

Oppdragene innen kunnskapsoppsummeringer dreier seg i hovedsak om å vurdere effekt. Virker legemiddel A bedre enn legemiddel B? Kan kampanjer redusere røyking hos ungdom? Vil innføring av behandlingslinjer forkorte liggetid på sykehus? Effektstudier krever gode spørsmål – og gode studier. Men det er først når vi sammenfatter resultater fra flere studier at vi med større grad av sikkerhet kan si noe om effekt og sikkerhet i et bredere perspektiv. Kunnskapscenteret gjør ikke egne primærstudier, men sammenfatter funn fra andres studier, såkalt sekundærforskning.

Det er en realitet at våre brukere og bestillere har behov for ulike kunnskapsoppsummeringer. Noen ganger haster det veldig med å få informasjon om f.eks et behandlingstiltak, andre ganger en vurdering av kostnader eller etikk.

Kunnskapssenterets ulike rapporttyper skal dekke ulike behov.

- Korte vurderinger av nye metoder/ny teknologi legges ut på databasen MedNytt ([www.mednytt.no](http://www.mednytt.no)), som oppdateres mot tilsvarende «varslingsbaser» hver måned.
- Hasteoppdrag som gir en rask vurdering av allerede tilgjengelige systematiske kunnskapsoppsummeringer innen feltet. Hasteoppdrag løses vanligvis innen 14 dager.
- Kunnskapsoppsummeringer innen Cochrane og Campbell følger fastlagt metodikk (systematic reviews), og koordineres via et felles internasjonalt system for å hindre dobbeltarbeid. Alle Cochrane og Campbell-rapporter er fritt tilgjengelige, linker er lagt bl.a. på Helsebiblioteket.
- HTA eller Health Technology Assessment-rapporter (tidligere kalt medisinske metodevurderinger) bygger på en systematisk kunnskapsoppsummering om effekt, men i tillegg skal det være en helseøkonomisk vurdering og en konsekvensvurdering for implementering i norsk helsetjeneste. I konsekvensvurderingen tas det hensyn til etiske og organisatoriske konsekvenser basert på egen eller internasjonal kunnskapsoppsummering. En HTA-rapport er derfor det mest omfattende produktet Kunnskapssenteret leverer, og det kan ta 1-2 år fra bestilling mottas til en HTA-rapport er ferdig.
- Frittstående notater om helseøkonomi, konsekvensvurderinger og etikk uten kobling til en fullstendig oppsummering av primærstudier kan også bestilles fra Kunnskapssenteret.
- Kunnskapssenteret støtter retningslinjeprosesser og handlingsplaner, som regel ved å formidle systematiske kunnskapsoppsummeringer som disse kan bygge på, og ved å identifisere gode internasjonale retningslinjer hvor kunnskapsgrunlaget er eksplisitt angitt og vurdert.

### Bestillerforum

Kunnskapssenteret kan ikke håndtere alle problemstillinger som helsetjenesten ønsker svar på. Et bredt sammensatt bestillerforum skal sikre riktig prioritering av oppdragene. I Bestillerforum sitter representanter fra de regionale helseforetakene, universitetene, Kommunenes sentralforbund, brukerorganisasjoner, profesjonsforeninger og Sosial- og helsedirektoratet. I tillegg til generelle prioriteringssignaler fra overordnet myndighet, legger

Kunnskapssenteret vekt på følgende momenter ved prioritering av oppdrag:

- Faglig uenighet
- Usikker effekt
- Stor variasjon i norsk praksis
- Viktig tema; mange pasienter, alvorlig tilstand
- Allmenn interesse
- Konsekvenser for ressursbruk

### **Kunnskapsdeling over landegrenser**

Kunnskapssenteret har en viktig rolle som formidler av ulike aktiviteter fra våre internasjonale samarbeidspartnere. Dette kan være kunnskapsoppsummeringer fra andre organisasjoner, Cochrane- og Campbell-oversikter, HTA-rapporter og metodevarslinger. Vi ser det som vesentlig å utnytte den samlede internasjonale kapasitet og hindre dobbeltarbeid.

*The Cochrane Collaboration* er et internasjonalt samarbeid innen kunnskapsoppsummeringer i helsefagene. En internasjonal dugnad sikrer metodeutvikling og produksjon av nye oppsummeringer. Innen Cochrane oppdateres rapporter ca. hvert annet år, egne formidlingsprosjekt sørger for å formidle kunnskapen på en standardisert og forståelig måte, og det finnes egne prosjekter for kunnskapsoppsummeringer i utviklingsland og på områder uten kommersielle interesser. Kunnskapssenteret er den norske grenen i det nordiske Cochrane-senteret og er sekretariat for to review-grupper, og har deltatt både i metodeutvikling og i tallrike Cochrane-rapporter.

*The Campbell Collaboration* (C2) er en internasjonal organisasjon som besvarer spørsmål om hvilke tiltak som virker innen områdene sosialt arbeid, utdanning og kriminalitetsforebygging. Campbell utarbeider, oppdaterer og formidler systematiske oversikter over intervensjonsstudier, og bidrar til oversikt over aktuell forskning gjennom databasene C2-RIPE (Register of C2 Systematic Reviews of Interventions and Policy Evaluation) og C2-SPECTR (The Campbell Collaboration Social, Psychological, Educational and Criminological Trials Register). Fra 2008 og i tre år fremover er Campbell-organisasjonens hovedkontor lagt til Kunnskapssenteret, med Arild Bjørndal som en av to styreledere.

Kunnskapssenteret har ansvar som det norske *HTA-senteret* (Health Technology Assessment). Vi har bred kontakt med de internasjonale nettverkene INAHTA, Euroscan og EUnetHTA og med enkeltorganisasjoner tilknyttet disse. INAHTA er sammenslutningen av alle offentlige HTA-sentre internasjonalt. HTAi er det internasjonale selskapet som inkluderer

institusjoner, enkeltforskere og brukere av HTA. Berit Mørland har inntil nylig vært president for denne organisasjonen. EUnetHTA er et EU-finansiert prosjekt som har som mål å etablere et permanent nettverk av HTA-organisasjoner i Europa for å styrke samarbeidet og bidra til mer koordinert arbeid. Disse samarbeidsorganisasjonene er en kilde for informasjonsutveksling og mulighet for felles prosjekter der målet er å unngå dobbeltarbeid. Samarbeidspartnere ivaretar også kontakt med brukere av HTA, viktigst har vært beslutningstakere i helsevesenet, industrirepresentanter og pasientorganisasjoner. Det finnes et eget forum (HTAi's Policy Forum) for samarbeid mellom offentlige HTA-sentra, helsemyndigheter og representanter for internasjonal industri, farmasøytisk og utstyr. Det er etablert et spesielt samarbeid mellom de nordiske HTA-sentrene, og det arbeides med planer for sterkere koordinering og arbeidsdeling mellom de nordiske landene.

Felles mål for all denne aktiviteten er å legge til rette for gode beslutninger i forvaltningen og for kunnskapsbasert praksis, dvs. praksis basert på best tilgjengelig forskning, kombinert med utøverens erfaring og pasientens preferanser. Den kunnskapsbaserte praksis hviler i tillegg på vurderinger av etikk, jus, preferanser og helseøkonomi.

### **Hvilke nytte har vi av Kunnskapssenteret?**

Hvorfor er det viktig å ha en virksomhet som Kunnskapssenteret? Behovet ligger nedfelt i oppdraget – å bistå helsetjenesten med systematisk oppsummert kunnskap om medisinske metoder eller teknologi. I alle industrialiserte land har helse- og omsorgstjenesten utviklet seg til å bli en av samfunnets mest komplekse kunnskapsorganisasjoner. Utviklingen innen medisinsk teknologi, diagnostikk og behandling er formidabel. Hvert år utgis det tusenvis av helsefaglige forskningsartikler. Mange av dem har implikasjoner for folks liv og helse, og mange bør påvirke helsepersonells praksis. Men for den enkelte helsearbeider er det en umulig oppgave å lese alle artikler som er relevante, og dermed når ikke ny kunnskap ut til dem som skal bruke den. Det er et gap mellom hva forskning indikerer at det er mest hensiktsmessig å gjøre, og hva som gjøres i praksis. Innad i norsk helsetjeneste varierer dessuten praksis fra sted til sted.

Kunnskapssenteret ble opprettet for å bistå helsetjenesten med å håndtere den overveldende informasjonsflommen. Vi skal med dette bidra til at beslutningstakere i norsk helsetjeneste får et godt dokumentert kunnskapsgrunnlag for å treffe faglige beslutninger og gjøre gode prioriteringer, for å minske forskjellene i praksis og bedre kvaliteten. Samtidig er Kunnskapssenterets nytteverdi også avhengig av at andre aktører tar ansvar for at

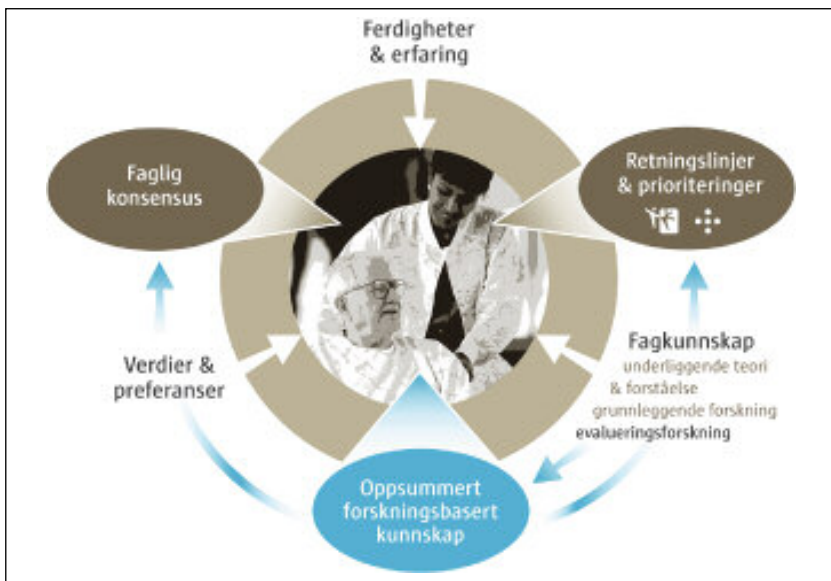


Fig 2: En god beslutning er basert på mange aspekter og kunnskapskilder – ikke bare forskning.

kunnskapen som leveres blir tatt i bruk, fører til endret atferd, eller legges til grunn for beslutninger.

### Kunnskapssenterets rolle i kunnskapsdeling og fagformidling

Kunnskapssenteret har som mål å gjøre helsetjenesten bedre. I våre strategiske mål for perioden 2008 – 2010 fremgår blant annet at Kunnskapssenteret skal være en sentral ressurs for kunnskap om kunnskapshåndtering og kunnskapsformidling. *Hvordan* kan Kunnskapssenteret gjøre helsetjenesten bedre? Hvilken nytte har helsepersonell og beslutningstakere på ulike nivå, og dermed til syvende og sist pasientene, av Kunnskapssenteret?

Kunnskapssenteret og «evidence based medicine/practice» blir ofte tilagt et reduksjonistisk kunnskapssyn: Bare forskningsbasert, kvantitativ, dobbelt-blind og randomisert kunnskap tillegges informasjonsverdi. Når man skal endre praksis og innføre nye tiltak, bør det ligge robust forskning til grunn. Det har vist seg at randomiserte og dobbeltblindede studier er viktige for spørsmål om effekt. Samtidig er det en erkjennelse at enkelte fagområder ikke har ressurser til å finansiere slike studier, eller at andre studiedesign er nødvendige. Riktig metode bør brukes for hver enkelt problemstilling – det kan være at kvalitative studier og praksisregistrering er

riktig metode! Men – det er spilleregler og kvalitetshierarkier, særlig for å vurdere og konkludere om hvilke helsetiltak som faktisk virker.

I møtet mellom pasient og helsearbeider må man bruke klinisk skjønn for å integrere eksplisitt, forskningsbasert kunnskap med ferdigheter og erfaringer, og pasientenes verdier og preferanser. Kunnskapssenteret bidrar med oppsummert kunnskap om evalueringsforskning, profesjons- og fagmiljøene bidrar ofte med eksplisitt eller implisitt faglig konsensus, mens myndigheter og eiere av helsetjenesten utarbeider retningslinjer eller tar prioriteringsbeslutninger. Det er viktig å presisere at kunnskapsbegrepet er bredere enn resultatet av en kunnskapsoppsummering. Forskningsbasert kunnskap må settes inn i en sammenheng og vurderes ut fra erfaringer, preferanser, ferdigheter, verdigrunnlag til pasient og helsetjeneste, samt det lov- og forskriftsgrunnlag som helsetjenesten hviler på.

### **Utfordringer i nær fremtid**

Kunnskapssenteret har per 1. januar 2008 eksistert i fire år. Det er naturlig å spørre: Er vi på rett kurs? Og – er vi blitt en relevant og viktig samarbeidspartner for de ulike aktørene i helsetjenesten når de har behov for systematiske kunnskapsoppsummeringer? Ikke minst er dette viktig for senterets strategiarbeide for neste periode.

Forutsetninger for at kunnskapen tas i bruk, er at den er av god kvalitet og at brukerne har tillit til den, at den kommer i rett tid og er lett tilgjengelig. En vesentlig forutsetning er også forankring i kliniske fagmiljøer.

### **Nettverk med fagmiljøer**

Den nylig gjennomførte eksterne evalueringen av Kunnskapssenteret (4) konkluderer med at Kunnskapssenteret nyter stor tillit og at våre produkter høster anerkjennelse for god kvalitet og relevans. Samtidig retter evalueringen oppmerksomhet mot behovet for forankring i og mer synlighet overfor fagmiljøene. Her er det muligheter og behov for forbedringer.

I Kunnskapssenterets strategiske arbeid de kommende årene blir det sentralt å vurdere hvordan forankring i fagmiljøene kan styrkes. Kunnskapssenteret benytter i dag en rekke fagpersoner i sine prosjekter. Det er nødvendig å vurdere hvordan de blir valgt ut og involvert.

Kontakten med fagmiljøene må styrkes generelt, men Kunnskapssenteret vil særlig konsentrere seg om å bygge en geografisk bredere kontaktflate. Én konkret arena for denne innsatsen er Kunnskapssenterets årlige konferanser. I 2007 ble årskonferansen lagt til Trondheim og arrangert i samarbeid med fagmiljøene ved St. Olavs hospital og Det medisinske fakultet ved NTNU. Vi vil fortsette å legge konferansen utenfor Oslo. I inneværende år



vil Tromsø være åsted for konferansen, som har læring i helsetjenesten som tema.

I strategien legger vi også en plan for å utvikle regionale nettverk. Dette kan utnyttes innen alle våre aktivitetsområder. Norske fagmiljøer har i liten grad ønsket å satse på å utarbeide systematiske kunnskapsoppsummeringer, og helseøkonomiske forskningsmiljøer har eksplisitt uttalt at de ikke ønsker å satse på kostnad-nytte studier. En regional strategi forutsetter dermed at Kunnskapscenteret sammen med de regionale miljøene bidrar til at det på sikt bygges opp kompetanse regionalt, som kan ta på seg konkrete utredningsoppdrag. Innen kvalitetsmåling og pasientsikkerhet er det allerede gode regionale miljøer. Et samarbeid er både naturlig og ønskelig.

Kunnskapscenteret frikjøper fagpersoner for å delta i utredningsgrupper og fagfellevurdering. En annen form for frikjøp som vi vil vurdere, er hoserteringsordninger.

## **Formidling til leg og lærd**

Hvordan kan Kunnskapscenteret utvikle kanaler som bringer kunnskapen fra oss og ut i verden, slik at produktene blir kjent og benyttet?

Formidling er en integrert del av samtlige aktiviteter i Kunnskapscenteret. Alle rapporter fra Kunnskapscenteret er tilgjengelige på våre nettsider, nye rapporter omtales og legges ut i Nyhetsbrev hver 14. dag. Våre ansatte deltar på seminarer i inn- og utland, underviser, skriver artikler og holder foredrag for å formidle og dele kunnskapen vi oppsummerer.

Kunnskapscenteret har en sentral rolle i det internasjonale Cochrane-samarbeidet med hensyn til utvikling innen forskningsformidling. Senteret har et løpende prosjekt, Formidlingsprosjektet. Målet er å spre kunnskap og informasjon fra våre internasjonale samarbeidspartnere (Cochrane, HTA og Campbell) til befolkningen generelt og helsepersonell spesielt, og videreutvikle og forbedre kunnskap og kompetanse i formidling av forskning.

Fire ganger i året velger våre ansatte som er involvert i Formidlingsprosjektet ut spesielt interessante systematiske oversikter fra Cochrane Library og nye internasjonale HTA-rapporter, interessante i den forstand at det er funnet studier som peker i én retning slik at det er en tydelig konklusjon, samt at de kan være relevante for norske forhold.

Stikkord for arbeidet er å presentere relevant, pålitelig og forståelig informasjon. Forskerne lager pressemeldinger bygget opp etter journalistiske prinsipper, dvs. at informasjonen blir presentert etter synkende viktighet, for lettere å nå frem til leseren. Formidlingsprosjektet har et særlig samarbeid med Jordmortidsskriftet og Tidsskriftet Sykepleien. Hittil har ikke

Tidsskrift for Den norske legeforening ønsket å formidle slike korte oppsummeringer av systematiske oversikter.

Prosjektet fungerer også som intern opplæring i formidling av forskning ved at forskere i Kunnskapssenteret øves opp i hvordan man trekker ut essensen i oversikten, og hvordan man presenterer dette på en forståelig måte.

ForskningsPuls er et annet prosjekt for formidling av forskning og forskningsmetode til befolkningen. Dette er et samarbeid mellom Kunnskapssenteret og NRK-Puls, hvor seerne innføres i enkel forskningsmetode og inviteres til å delta i studier. Det har vært gjennomført en studie om søvnløshet. Nylig gikk startskuddet for Tøyningsstudien, hvor man ønsker å måle hvilken effekt tøyning før og etter trening har på skade.

Både deltakerne i studiene og andre seere kan følge forskningsprosessen fra start til slutt i sendingene til NRK-Puls og på Kunnskapssenterets nettsider. Seerne får være med på å bestemme hva det skal forskes på, delta i forskningen og de får direkte svar på om behandlingen som studien omhandler hjelper eller ikke.

### **Mer fart på fagformidling og kunnskapsdeling**

Likevel er det klart at Kunnskapssenteret har forbedringspotensial med hensyn til synlighet, både hva gjelder befolkningen generelt og for våre viktigste målgrupper.

Derfor styrker Kunnskapssenteret sin satsing på formidling. En kommunikasjonsstrategi for Kunnskapssenteret er under utarbeidelse. Den vil blant annet bidra til bedre markedsføring, både av Kunnskapssenterets eksistens, omdømme og ulike produkter. Vi har også en ambisjon om å øke målgruppenes innsikt i selve kunnskapsideologien til Kunnskapssenteret, og bidra til økt bevissthet om kunnskap i helsetjenesten.

Helsebiblioteket er Kunnskapssenterets viktigste formidlingskanal til helsepersonell (5). Økt kjennskap til Kunnskapssenterets totale aktivitet vil være avhengig av flere kanaler. En mer målrettet lansering og formidling av enkeltrapporter gjennom seminarer og tidsskrifter, og mer systematisk innsats i undervisning, blir en naturlig del av kommunikasjonsstrategien.

## Litteratur

1. Vedtekter for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=119>
2. The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.
3. Moher D, Cook DJ, Eastwood S et al, Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. *Lancet* 1999; 354: 1896-900.
4. [http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Evalueringsrapport\\_K\\_endelig\\_eng.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Evalueringsrapport_K_endelig_eng.pdf)
5. Nylenna M, Strand G, Tell GS, Forland F, Røttingen J-A. helsebiblioteket.no. *Michael* 2008;5:70-84.

*Hanne Thürmer*  
*hth@kunnskapssenteret.no*  
*Avdelingsdirektør*

*Ingrid Margaretha Høie*  
*imb@kunnskapssenteret.no*  
*Informasjonssjef*

*Berit Mørland*  
*mor@kunnskapssenteret.no*  
*Assisterende direktør*

*John-Arne Røttingen*  
*jor@kunnskapssenteret.no*  
*Direktør*

*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*  
*Postboks 7004 St Olavs plass*  
*0130 Oslo*