

**Evidensbevægelsens udvikling,
organisering og arbejdsform
En kortlægningsrapport**

af

Yosef Bhatti
Hanne Foss Hansen
Olaf Rieper

Akf forlaget
Maj 2006

Forord

Formålet med denne rapport er at kortlægge evidensbevægelsens udbredelse, organisering og arbejdsform, idet der sættes fokus på »anden ordens« videninstitutioner forstået som organisationer, der sammenfatter resultaterne fra flere enkeltstående undersøgelser.

Da debatten om evidensbevægelsen er intensiv, men kendskabet til den på en del områder samtidig synes begrænset, har vi lagt vægt på at få kortlægningsrapporten hurtigt ud uden i denne omgang i særligt omfang at inkludere dybdegående teoretisk refleksion. Rapporten udgives fra projektet: »Metaevaluering: Akkumulering af viden i et vidensamfund?«. Projektet er støttet af Forskningsrådet for Samfund og Erhverv under Det Frie Forskningsråd i Danmark og gennemføres i samarbejde mellem Institut for Statskundskab ved Københavns Universitet og akf. Projektet løber indtil medio 2007. Kortlægningsrapporten er den første rapport fra projektet. Den vil senere blive fulgt op af andre publikationer, blandt andet en rapport om anvendelsen af den viden, evidensbevægelsen producerer.

Vi vil gerne sige tak til de personer, som har stillet sig til rådighed for interview i forbindelse med projektet. Deres navne fremgår af afsnit 7.3.

Projektet ledes af professor Hanne Foss Hansen, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, i samarbejde med forskningsleder Olaf Rieper, akf. Yosef Bhatti er studentermedarbejder på projektet.

Yosef Bhatti

Hanne Foss Hansen

Olaf Rieper

Maj 2006

Indhold

Sammenfatning	7
1 Indledning	11
1.1 Baggrund og formål	11
1.2 Hvad er evidens?	13
1.3 Hvordan kan evidensbevægelsen analyseres?.....	14
1.4 Praktisering: Hvordan kan evidens tilvejebringes?.....	15
1.5 Datagrundlag og afgrænsninger	18
1.6 Rapportens struktur.....	19
2 Sundhed	21
2.1 Adoption	21
2.1.1 Baggrund.....	21
2.1.2 Den internationale adoption og institutionalisering	23
2.1.3 Den internationale spredning	25
2.1.4 Adoption og spredning i Danmark.....	27
2.2 Organisering.....	29
2.2.1 Internationale hovedproducenter.....	29
2.2.2 Øvrige internationale producenter	31
2.2.3 Danske producenter	32
2.2.4 Organisering af feltet	34
2.3 Arbejdsmetode og produktion	36
2.3.1 Internationale hovedproducenter.....	36
2.3.2 Øvrige internationale producenter	43
2.3.3 Danske producenter	47

2.4 Formidling og anvendelse	50
2.4.1 Internationale hovedproducenter.....	50
2.4.2 Øvrige internationale producenter	52
2.4.3 Danske producenter	54
2.5 Sammenfatning – sundhed.....	56
 3 Socialområdet	 61
3.1 Adoption	61
3.1.1 Baggrund.....	61
3.1.2 Den internationale adoption	62
3.1.3 Den danske adoption	65
3.2 Organisering.....	66
3.2.1 Hovedproducenter	66
3.2.2 Andre producenter.....	67
3.2.3 Danske producenter	70
3.2.4 Organisering af feltet	71
3.3 Arbejdsmetode og produktion	72
3.3.1 Hovedproducenter	72
3.3.2 Andre internationale producenter.....	77
3.3.3 Danske producenter	79
3.4 Formidling og anvendelse	80
3.4.1 Hovedproducenter	80
3.4.2 Andre internationale producenter.....	81
3.4.3 Danske producenter	82
3.5 Sammenfatning – socialområdet.....	83
 4 Uddannelse	 88
4.1 Adoption	88
4.1.1 Baggrund.....	88
4.1.2 Den internationale adoption	89
4.1.3 Adoptionen i Danmark	91
4.2 Organisering.....	91
4.3 Produktion.....	93
4.4 Formidling og anvendelse	100
4.5 Sammenfatning – uddannelse.....	101

5 Konklusion: Komparative refleksioner	104
5.1 Adoption	104
5.2 Organisation.....	107
5.3 Arbejdsmetode og produktion	110
5.4 Formidling og anvendelse	111
5.5 Sammenfatning – evidensbevægelsens institutionalisering	113
 6 Perspektivering.....	 115
 7 Litteratur	 123
7.1 Bøger og artikler	123
7.2 Internetsider	133
7.3 Interview	136
7.4 Taler.....	137
7.5 Liste over anvendte forkortelser	137
 English Summary	 141
 Noter.....	 145

Sammenfatning

Den stærkt voksende interesse for begrebet evidens de sidste år er blevet fulgt af en blomstrende debat for og imod evidensbaseret politik – praksis, ja – alt muligt.

Med denne rapport vil vi gå bag om denne debat og beskrive evidensbegrebets udvikling samt evidensbevægelsens organisering og arbejdsform. Fokus afgrænses til det medicinske område, socialområdet og uddannelsesområdet. Og vi ser på kernen i evidens, nemlig de såkaldte systematiske forskningsoversigter (systematic reviews), hvori sammenfattes resultater af en række foreliggende primære studier af indsatser. Beskrivelsen er afgrænset til Europa med hovedfokus på Danmark og udsyn til USA.

For hvert af de tre politikområder behandler vi evidensbevægelsens opståen og dens indtog i Danmark, dens organisering, dens arbejdsform og bevægelsens arbejde med at formidle og sikre anvendelse af den producerede viden i praksis.

Her i sammenfatningen vil vi koncentrere os om hovedresultaterne på tværs af de tre områder samt skitsere de megatrends, som evidensbevægelsen indskriver sig i.

Ideens opståen og spredning

Evidensbevægelsen, som vi her afgrænser den, opstår internationalt i 1980'erne og indoptages i Danmark i 1990'erne. Det medicinske område kommer først, og med inspiration herfra spredes ideen til velfærds- (social- og kriminologi) og uddannelsesområdet.

På det medicinske og sociale område er ideen om evidens hovedsageligt vokset frem inden for fagprofessionelle netværk. På uddannelsesområdet gør professionelle netværk sig i mindre grad gældende i starten, hvorimod nationale regeringer og OECD i højere grad har været initiativtagere. Modsat forventning har EU-kommissionen kun i begrænset omfang været på banen i forbindelse med evidensideens opståen og spredning.

På det medicinske område har det været overraskende, at ideerne om medicinsk teknologivurdering (MTV) og evidens tilsyneladende er opstået og har udviklet sig uafhængigt af hverandre. En mulig forklaring er, at MTV internationalt var opstået og institutionaliseret et årti før systematiske forskningsoversigter blev institutionaliseret som evidens.

En anden overraskende iagttagelse er, at mens evidens på social- og uddannelsesområdet er delvis forbundet internationalt, er de to områder afkoblet i dansk sammenhæng. En nærliggende forklaring er, at processen er foregået sektoradskilt i Danmark med det nordiske Campbell Center (det sociale område) etableret på Socialforskningsinstituttet (SFI) i tilknytning til Socialministeriet, mens bestræbelserne med at etablere en evidensenhed for uddannelsesområdet foregår i regi af Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling samt Undervisningsministeriet med DPU som forankring.

Organisering

Organiseringen af de enheder, der producerer og/eller bestiller systematiske forskningsoversigter, beskrives (ca. 30 enheder er beskrevet). Der noteres forskelle mellem de tre sektorområder. På det medicinske område har teknologivurderingsenhederne tæt kontakt med det politiske system, både hvad angår finansiering og anvendelse af deres resultater. Vi noterer os også en forskel i centraliseringsgrad mellem de to »hovedorganisationer«, Campbell og Cochrane, på henholdsvis det sociale og det medicinske område. Campbell er mere centraliseret end Cochrane, hvor selve reviewarbejdet er forankret i 50 tematiske grupper. Forklaringen skal findes i de to organisationers tilblivelseshistorie, hvor Cochrane er etableret neddefra, mens Campbell blev oprettet af en central styregruppe.

Cochrane og det engelske Center for Reviews and Dissemination (CRD) er begge centrale organisationer i det medicinske evidensnetværk, mens Campbell på velfærdsområdet er den centrale evidensorganisation.

Arbejdsmetode

Der er betydelige ligheder i den arbejdsproces, som de forskellige organisationer anvender. Der er imidlertid livlig debat om indholdet af den del af arbejdsprocessen, der drejer sig om, hvilke primære studier der bør inkluderes i de systematiske oversigter, og hvilke der bør fravælges. På dette punkt er der ligheder mellem Cochrane og Campbell. Campbellvejledningen er inspireret af Cochranes reviewhåndbog. Begge organisationer bekender sig til en stringent anvendelse af det såkaldte evidenshierarki med det randomiserede (lodtrækningsbaserede) kontrollerede eksperiment som »den gyldne standard« og begrænset medtagelse af andre typer af forskningsdesign. Denne stringente opfattelse af kriterier for evidens anfægtes af andre organisationer som fx Social Care Institute for Excellence (SCIE) på det sociale område og The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI) på uddannelsesområdet. De konkrete eksempler på forskningsoversigter, vi bringer i denne rapport, viser imidlertid, at »den gyldne standard« for inkludering af primærstudier ikke altid kan følges i praksis. Pragmatiske hensyn knyttet til det bedst mulige styrer formodentlig, hvor »snittet« i praksis lægges på evidensstigen.

Formidling

På alle tre sektorområder er der opbygget lettilgængelige databasesystemer. Databaserne indeholder typisk en base over færdige forskningsoversigter og en anden over relevante primærstudier (ofte randomiserede eksperimenter). Vi giver en oversigt over de vigtigste databaser og deres værter.

Megatrends

Afslutningsvis opridser vi tre megatrends, som efter vores opfattelse forbinder sig med evidensbevægelsen og kan anvendes som perspektiverende optik for at forstå, hvorfor evidensbevægelsen er opstået i 1990'erne.

Evalueringsbølgen (som en megatrend) har siden 1960'erne rullet om hele kloden. Det blotte antal af evalueringer på specifikke områder afføder behov for sammenfatninger og oversigter over resultater, og kravet om effektmålinger og »performance management« (mål- og resultatstyring), som den anden megatrend, udløser ligeledes behov for sammenfatning af informationer om opnåede virkninger. Afledt heraf, men i egne institutionaliserede baner, kører bestræbelserne på at sikre og udvikle kvalitet i offentlige (og private) ydelser som en tredje megatrend. Systematiske forskningsoversigter er blevet et vigtigt element i denne bestræbelse.

Vi ser således nok, at evidensbevægelsen forbinder sig med sådanne megatrends med flere årtier på bagen. Men vi ser samtidig en nyskabelse i, at evidensbevægelsen bæres af egne dertilindrettede organisationer, der er et helt nyt indslag i at gøre professionel praksis og politik mere videnbaseret.

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål

Begrebet evidens har i de senere år tiltrukket sig fornyet og stærkt voksende interesse. Evidensbaseret politik, evidensbaseret forvaltning, evidensbaseret ledelse, evidensbaseret praksis (medicin, velfærd, socialt arbejde, uddannelse mv.), ja evidensbaseret alt-muligt er blevet et plusord ikke blot i forskningskredse, men også i politik, forvaltning og professionel praksis.

Evidensbasering handler om at udarbejde politik, forvaltning, praksis etc. med afsæt i den bedst mulige viden om, hvilke indsatser der virker, henholdsvis ikke virker. Evidensbevægelsen sætter således fokus på effekter af indsatser og interventioner og arbejder for at syntetisere allerede foreliggende viden samt synliggøre den aktuelt bedste viden og stille denne til rådighed for beslutningstagere i politik og praksis. Evidensbevægelsens rationale kan i forlængelse heraf siges at være forankret dels i et ønske om at bidrage til, at der ikke bruges ressourcer på interventioner, der ikke er belæg for virker, dels at synliggøre gode standarder for professionel praksis, som aktuel praksis kan vurderes op imod. Med beslutningsteoretiske termer kan man karakterisere evidensbevægelsens tænkning som båret af både en fejlrettelsestænkning og en mere formålsrationel benchmarkingtænkning.

Da evidens ikke er et entydigt begreb, hvilket vi kommer tilbage til nedenfor, er debatten om evidenstankegangen intensiv og ofte ganske polariseret. Fortalerne for tankegangen ser store fordele i at indarbejde evidens-tankegangen i alle dele af den offentlige sektor. Fortalerne udtrykker sig fx

således: »Evidenstankegangen passer godt til flere af de udfordringer, som den offentlige sektor står overfor fremover... Evidens kan blive et afgørende bidrag til et prioriteringssprog... Evidenstankegangen kan blive et markant kvalitetsløft og være et nyt grundlag for dialogen med brugere og brugerorganisationer... Evidens kan blive et løft for offentlig ledelse.« (Mandag Morgen 2004: 10-11). Kritikerne er modsat særdeles skeptiske. De taler om et »tal- og kontrolgruppetyranni« (Lihme 2005: 2) om »kulturkamp« (Lihme 2005: 52) samt om »evidenskarrusellen« (Ekeland 2004: 43).

Ved i det følgende at kortlægge evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform håber vi at kunne bidrage til at nuancere denne til tider noget unuancerede debat. Som afsæt for kortlægningen vil vi kort diskutere begrebet evidens samt præsentere den vifte af arbejdsformer, der tilbyder sig i relation til produktionen af evidens. Vi vil herefter særligt sætte fokus på at kortlægge den del af evidensbevægelsen, der arbejder med at producere viden om, hvilke indsatser der virker henholdsvis ikke virker via udarbejdelse af sammenfatninger af flere undersøgelser og forskningsarbejder, de såkaldte »reviews«, på dansk forskningsoversigter. Særligt udviklingen inden for sundhedsområdet, det social- og velfærdspolitiske område samt uddannelsesområdet vil være i fokus, fordi der på disse områder er udviklet den mest institutionaliserede praksis internationalt såvel som nationalt. Kortlægningen vil således være såvel internationalt som sektorielt komparativ.

Rapporten vil søge at besvare følgende konkrete spørgsmål:

1. Hvordan er evidensbevægelsen opstået, og hvordan er den kommet til Danmark?
2. Hvordan er evidensbevægelsen organiseret?
3. Hvad karakteriserer dens arbejdsform?
4. Hvordan arbejdes der med at formidle og fremme anvendelse af den producerede viden?

Med afsæt i den empiriske kortlægning vil vi afslutningsvis diskutere, hvordan den øgede interesse for evidens kan forklares og tolkes. Vi vil i denne sammenhæng diskutere fagprofessionernes rolle, herunder samspillet mellem forskning og praksis samt reflektere over, hvordan evidensbe-

vægelsen har klangbund i megatrends knyttet til resultatorientering, evalueringsorientering og kvalitetsorientering.

1.2 **Hvad er evidens?**

Indledningsvis er det vigtigt at indkredse, hvad der egentlig menes med begrebet evidens. Begrebet er ikke entydigt. Et opslag af ordet »evidence« i en engelsk-dansk ordbog oplyser, at begrebet i juridisk sammenhæng betyder bevismateriale, beviser, vidneforklaring og anklagemateriale, men også at det kan oversættes til »tegn på«, »vidnesbyrd om« og »spor efter«. I tillæg oplyses, at evidence indikerer »tydelighed« og »klarhed« (Kjærulff Nielsen 1994). Slår man også det beslægtede engelske ord »proof« op, får man at vide, at også dette betyder bevis og vidnesbyrd, og i tillæg at »proof« indikerer hårdhed og uigennemtrængelighed. »Proof« er således stærkere end »evidence«. Evidensbasering, fx evidensbaseret praksis, bør således ikke opfattes som bevisbaseret praksis, men snarere som praksis, der er en vis grad af belæg for virker (Marthinsen 2004: 292).

I den hastigt voksende internationale litteratur om evidens understreges det således også, at evidensbegrebet har flere ansigter. Evidens antager forskellige former og vurderes forskelligt i forskellige kontekster, i det juridiske system, i naturvidenskaben, i medicin og i fx humaniora. Tre kriterier anføres til trods herfor som gennemgående for vurdering af evidens: 1) relevans i forhold til et givent udsagn, 2) tilstrækkelighed i betydningen overensstemmelse med andre typer af evidens samt 3) sandfærdighed defineret som upartiskhed (Thomas 2004: 1). Ofte sondres der i litteraturen også mellem forskellige former for evidens fx mellem forskningsbaseret evidens, anden videnskabelig evidens og praksisbaseret evidens (Eraut 2004: 92) eller mellem global evidens, forstået som viden, der generaliserer sine resultater over et bredt felt, modsat lokal evidens, forstået som viden baseret på en stærk kontekstopmærksomhed (Moos m.fl. 2005: 7).

Da evidenstænkningen har haft størst gennemslag på det medicinske område, kan det være nyttigt at se på, hvordan begreberne anvendes på dette område. Her sondres mellem evidensbaseret medicin og evidensbaseret sundhedsvæsen. Evidensbaseret medicin defineres som »samvittigheds-

fuld, eksplicit, velovervejet anvendelse af den bedste foreliggende evidens i beslutningstagning omkring behandlingen af individuelle patienter. At praktisere evidensbaseret medicin er at integrere individuel klinisk ekspertise med den bedste tilgængelige eksterne kliniske evidens fra systematisk forskning« (Kristensen 1997: 9). Heroverfor står det bredere begreb evidensbaseret sundhedsvæsen, der defineres som »en disciplin, som centrerer sig om evidensbaseret beslutningstagning om individuelle patienter, grupper af patienter eller befolkningsgrupper. Beslutningstagning manifesterer sig fx som evidensbaseret anskaffelse (purchasing) og ledelse« (Kristensen 1997: 9). At inddrage den bedste foreliggende viden i patientbehandling er ikke en ny tankegang, men at udvide tænkningen til at omfatte det samlede sundhedsvæsen og sundhedspolitikken er relativt nyt (Sackett 1997: 17; Pedersen 2005: 152).

1.3 **Hvordan kan evidensbevægelsen analyseres?**

Analysen af evidensbevægelsen i de følgende kapitler forankres i et institutionelt perspektiv. Forestillingen om evidensbaseret politik- og praksisudvikling og den tilknyttede arbejdsform, udarbejdelse af reviews, analyseres som en idé, der rejser over lande- og sektorgrænser. Analysen sætter fokus på, hvordan ideen rejser, forankres og iværksættes samt på, hvilke aktører der tager initiativ og bliver drivkræfter i udviklingen.

Institutionel teori tilbyder forskellige begreber til brug for analyse af ideers rejse og iværksættelse. Røvik (1998) sonderer mellem begreberne adoptering og brug, idet adoptering defineres som den proces, der begynder, når et eller flere organisationsmedlemmer bliver opmærksom på og begejstres for en ide, mens brug defineres som den efterfølgende proces, hvor ideen tages i brug på en rutinemæssig basis. Andre forskere har særligt interesseret sig for, hvordan ideer forandres, mens de rejser. Czarniawska & Joerges (1996) anvender i denne sammenhæng begrebet translation til at betone, hvordan ideer fortolkes og oversættes af aktørerne i den lokale kontekst, hvori de adopteres, mens Sahlin-Anderson (1996) anvender begrebet redigering for at betone, at der ofte findes bestemte overord-

nede principper for, hvordan oversættelse kan foregå. Faseopdelingen er efterfølgende blevet nuanceret af Hansen & Borum (1999), der sonderer mellem faserne adoption, konstruktion og implementering, og Hansen & Pedersen (2006), der sonderer mellem adoption, konstruktion, implementering og evaluering.

Vi vil i det følgende sonde mellem begreberne adoption, konstruktion og praktisering. Adoption relaterer sig til den proces, hvor ideen optages i et organisatorisk felt. I adoptionsprocessen diskuteres evidensbaseret og udarbejdelsen af reviews med andre ord som en mulig praksis. Konstruktion relaterer sig til den proces, hvor der udvikles organisatoriske former, der kan tage ansvar for implementering af ideen. I konstruktionsfasen opbygges der med andre ord organisatorisk kapacitet til udarbejdelse af reviews. Praktisering relaterer sig endelig til den proces, hvor reviewarbejdet konkret iværksættes og rutineres og konkrete reviews udarbejdes. I analysen af praktisering sættes der fokus på, hvordan de forskellige faser i reviewprocessen forløber, herunder hvilke kriterier der lægges vægt på, når eksisterende videnbidrag henholdsvis in- eller ekskluderes som valide, hvilke metoder der benyttes i syntetiseringen af data, samt hvordan der arbejdes med formidling og fremme af anvendelse af de udarbejdede reviews. Analysen i de følgende kapitler vil blive struktureret efter denne opdeling, idet der sondres mellem adoption, organisering, arbejdsmetode og produktion samt formidling og anvendelse.

1.4 **Praktisering: Hvordan kan evidens tilvejebringes?**

En analyse af evidensbevægelsens arbejdsmetode og produktion kræver et begrebsapparat vedrørende mulige arbejdsformer. Ligesom evidensbegrebet ikke er entydigt, er der heller ikke en entydig arbejdsform knyttet til produktionen af evidens. Alene forskningsbaseret evidens kan tilvejebringes på mange måder. I litteraturen listes der således både en lang række typer af forskningsoversigter (»reviews«) og en vifte af arbejdsformer, ved hjælp af hvilke evidens kan syntetiseres fra enkeltstående undersøgelser (Petticrew & Roberts 2006: kapitlerne 2 og 6). De væsentligste typer

af forskningsoversigter er beskrevet i figur 1.1 og de væsentligste arbejdsformer i figur 1.2.

Figur 1.1 Oversigt over nogle væsentlige forskellige typer af forskningsoversigter

Typen af forskningsoversigt	Definition
Systematisk forskningsoversigt	En forskningsoversigt, der søger at identificere alle relevante undersøgelser (primærstudier), som kan bidrage til at besvare, om en konkret indsats/behandling virker. Validiteten af hver enkelt undersøgelse vurderes, og denne tages i betragtning, når konklusionerne om indsatsens resultater drages. Oftest benyttes metaanalyse (statistisk kalkulation), når resultaterne af de enkeltstående undersøgelser skal syntetiseres.
Narrativ forskningsoversigt	Anvendes som betegnelse for systematiske forskningsoversigter, som syntetiserer resultater af flere enkeltstående undersøgelser narrativt (=fortællende/argumenterende).
Konceptuel forskningsoversigt	En forskningsoversigt, der søger at syntetisere konceptuel (=begrebsmæssig) viden, som kan bidrage til en bedre forståelse af den indsats, der er i fokus. En konceptuel forskningsoversigt giver et overblik over ideer, modeller og diskussioner på et område.
Realistisk forskningsoversigt (realistic review eller realist synthesis)	En forskningsoversigt, der syntetiserer alle relevante undersøgelser med sigte på at producere generaliserbar viden om den programteori, indsatsen er forankret i (snarere end om resultaterne af indsatsen, som de systematiske forskningsoversigter gør).
Klassisk forskningsoversigt	Anvendes som betegnelse for bredere litteraturoversigter, der ikke anvender formaliserede systematiske arbejdsformer og ikke alene sætter fokus på resultaterne af en given indsats.
Kritisk forskningsoversigt	Anvendes som betegnelse for litteraturoversigter, der vurderer en teori eller hypotese ved kritisk at vurdere metoder og resultater af foreliggende undersøgelser uden at bruge formaliserede systematiske arbejdsformer.

Kilde: Frit baseret på Petticrew & Roberts 2006: 39 ff.

Som det fremgår af figur 1.1, kan der sondres mellem en vifte af forskellige typer af forskningsoversigter. Der er i forskersamfundet en lang tradition for udarbejdelse af klassiske forskningsoversigter. Sådanne indgår i større eller mindre omfang i stort set alle afhandlinger og undersøgelser. De øvrige og nyere typer af forskningsoversigter, frem for alt de systematiske forskningsoversigter, adskiller sig fra de klassiske ved at følge nøje beskrevne procedurer for søgning, udvælgelse og syntetisering af primærstudier samt procedurer for kvalitetssikring af disse. Arbejdsprocessen er

organiseret i en række faser: 1) Formulering af problemstillingen, 2) systematisk søgning, 3) kritisk vurdering af enkeltstudier og 4) syntetisering af resultaterne. Herudover varierer de nyere typer imidlertid med hensyn til sigte. Mens de systematiske forskningsoversigter fx sigter mod at vurdere, om indsatser og interventioner virker, sigter de realistiske forskningsoversigter mod at teste og udvikle programteorier (Pawson 2002).

Figur 1.2 Oversigt over nogle væsentlige arbejdsformer til syntese af undersøgelsesresultater

Arbejdsform i syntetisering	Definition
Metaanalyse	Syntese af resultater via statistisk kalkulation primært fra undersøgelser tilrettelagt som lodtrækningsforsøg. Karakteriseres som mest frugtbar, når der foreligger et større antal primærundersøgelser, hvis resultater kan sammenlignes.
Narrativ syntese	Alle relevante undersøgelses kvaliteter og resultater beskrives narrativt som afsæt for syntetisering.
Bedste evidens syntese (BES) og Bedste tilgængelige evidens	Syntese af resultater fra alle relevante undersøgelser uanset undersøgelsesdesign under hensyntagen til de foreliggende undersøgelses kvaliteter. Inkluderer en bredere evidensbase end metaanalyse.
Stemmeoptælling (vote counting)	Resultater syntetiseres ved at sammenligne antallet af primærundersøgelser, der dokumenterer evidens, med antallet af undersøgelser, der ikke kan dokumentere evidens. Metoden kritiseres for, at primærundersøgelses kvaliteter ikke vurderes, samt at resultaterne af små primærundersøgelser vægtes ligeligt med resultaterne af store undersøgelser.

Kilde: Frit baseret på Petticrew & Roberts 2006: kapitel 6.

Som det fremgår af figur 1.2, findes der også en vifte af arbejdsformer, ved hjælp af hvilke primærstudiernes resultater kan syntetiseres. Metaanalyse er en statistisk arbejdsform, der kræver tilgængelige kvantitative data helst tilvejebragt via lodtrækningsforsøg. De øvrige arbejdsformer muliggør, at andre typer af undersøgelsesdesign og -datatyper kan inkluderes i syntesearbejdet. I »Bedste evidens syntese« (BES) kombineres fx kvantitative data vedrørende indsatser outcome med kvalitative data vedrørende implementeringsprocesser.

1.5 Datagrundlag og afgrænsninger

Nærværende kortlægningsrapport har – i prioriteret rækkefølge – sit empiriske fokus på Danmark, Norden generelt (materialer på finsk dog undtaget), Storbritannien, OECD samt Europa Kommissionen. Desuden medtages amerikanske erfaringer i det omfang, at de er relevante som en historisk baggrund for evidensbevægelsens opblomstring i Europa.

Valget af Danmark og Norden er indlysende givet den stedlige forankring af det projekt, som denne kortlægningsrapport er et resultat af. At betragte udviklingen i Danmark og Norden i et bredere internationalt perspektiv er uomgæeligt, idet ideen om evidensbaseret har sit udspring internationalt. Hertil kommer, at der synes at være et stort behov for at formidle internationale erfaringer til et dansk og nordisk publikum, idet megen af diskussionen på nogle områder ikke synes specielt velinformeret. I europæisk sammenhæng er specielt England interessant, idet det er her, at udbredelsen af evidensbevægelsen blev initieret gennem etableringen af Cochrane Collaboration på det medicinske område. Desuden spiller landet fortsat en central rolle, idet flere af kerneorganisationerne inden for hvert af de tre sektorområder udspringer herfra. Europa Kommissionen og OECD er medtaget, da det har været en formodning, at internationale netværk spiller en rolle i spredningen af fænomenet på tværs af lande. Den perifere behandling af USA skyldes hovedsagelig behovet for en vis afgrænsning af projektet, om end amerikanske erfaringer altså medtages, i det omfang det er nødvendigt for at forstå den europæiske udvikling.

Ud over den internationalt hastigt voksende litteratur om evidens bygger rapporten på analyse af dokumentarisk materiale, herunder frem for alt de evidensproducerende organisationers egne præsentationer af deres organisering og arbejdsform. Det dokumentariske materiale er i betydeligt omfang tilvejebragt via organisationernes hjemmesider. En fortegnelse over de relevante links findes i afsnit 7.2. At basere analyse af organisationer på disse egenpræsentationer indebærer en risiko for at tegne et »rosenrødt« billede. I vores sammenhæng kan det fx tænkes, at analysen af organisationernes arbejdsform kun fanger den arbejdsform, der betegnes som den ideelle, og derved ikke belyser den reelle praksis. For at mindske denne risiko har vi valgt dels at inkludere konkrete praksiseksempler i analysen dels at supplere det dokumentariske materiale med andre typer data.

Ud over analyse af dokumentarisk materiale bygger rapporten således på information, der er tilvejebragt via deltagelse i konferencer og seminarer om evidens samt via interview med centralt placerede respondenter¹.

1.6 Rapportens struktur

Fremgangsmåden i det resterende af denne kortlægningsrapport vil være som følger. Efter nærværende indledning vil hver af projektets sektorer blive behandlet hver for sig – sundhedsområdet i kapitel 2, socialområdet i kapitel 3 og uddannelsesområdet i kapitel 4. Gennemgangen af de to førstnævnte sektorer vil indholdsmæssigt fylde mest af den simple årsag, at udviklingen i Europa på disse områder er nået længere end på uddannelsesområdet.

Hvert af kapitlerne 2-4 er organiseret omkring dimensionerne adoption, organisering, arbejdsmetode og produktion samt formidling og anvendelse. *Adoptionen* fortæller os noget om, hvordan ideen om systematiske reviews er opstået og spredt med den heraffølgende institutionalisering i konkrete organisationer. *Organiseringsafsnittene* afdækker, hvordan disse organisationer strukturelt er opbygget og finansieret. Under *arbejdsmetode og produktion* undersøges, hvordan og efter hvilke principper organisationerne udarbejder deres reviews, og der gives konkrete eksempler på forskellige typer af reviews. Endelig søger vi under *formidling og anvendelse* at afdække, hvilke relationer der eksisterer mellem produktion og praksis – det vil sige, hvordan organisationerne formidler den viden, de producerer, samt hvilke initiativer de iværksætter med sigte på at fremme anvendelsen af reviewene i faglig praksis. De enkelte afsnit er struktureret i tre dele – en grundig kortlægning af den vigtigste organisation internationalt, en kort gennemgang af de øvrige internationale organisationer samt en grundig gennemgang af alle væsentlige danske organisationer. De generelle indsigter vil så vidt muligt blive udkrystalliseret ved opsummerende figurer og tabeller samt anskueliggjort ved hjælp af konkrete cases.

Kapitel 5 indeholder på baggrund af analysen af de tre sektorer en række komparative refleksioner og konklusioner, og kapitel 6 giver et bud på, hvordan den beskrevne udvikling kan tolkes.

Evidensbevægelsen er rig på organisationer og forkortelser. For nytillkommere kan den opleves som en særlig stamme med sit eget sprog. For at hjælpe læseren med at bibeholde overblik har vi derfor bagest i rapporten placeret en liste over anvendte forkortelser.

2 Sundhed

I dette kapitel behandles sundhedsområdet. Hvert afsnit er som udgangspunkt opdelt i tre substantielle delafsnit – ét, der beskriver den vigtigste internationale organisation, Cochrane Collaboration, ét, der belyser de øvrige internationale organisationer, samt ét, der gennemgår de danske organisationer. Som det vil fremgå, kan der identificeres to hovedtyper af relevante organisationer på det medicinske område – organisationer, der producerer reviews, og organisationer, der indarbejder reviews som en del af deres produkter: Medicinske teknologivurderinger. Vores afdækning tillægger førstnævnte type af organisationer mest vægt, idet de er det rene udtryk for den tendens, der er projektets fokus, ligesom det især er her, der er huller i den forskningsbaserede samfundsvidenskabelige viden. Da udarbejdelse af medicinske teknologivurderinger dog ligeledes er en væsentlig tendens, behandles denne mere kortfattet til sidst i hvert delafsnit. Der lægges i analysen særligt vægt på det danske teknologivurderingsinstitut, da nærværende rapport som beskrevet i afsnit 1.5 lægger stor vægt på opsamling af danske erfaringer.

2.1 Adoption

2.1.1 Baggrund

Det medicinske felt har en lang tradition for videnskabelig evaluering af interventioner. Kontrollerede forsøg kan føres tilbage til 1700-tallet, hvor James Lind udgav sin »Treatise of the Scurvy« (Chalmers 2001). Et afgørende brud opstod, da britiske forskere i 1930'erne og 1940'erne overfør-

te det randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), der tidligere havde været anvendt inden for psykologien, til medicinen (Oakley 2000). Adoptionen og udviklingen af RCTs må betragtes som en milepæl i den medicinske metodologis historie, idet metoden involverer en tilfældig og blind allokering af forsøgspersoner i interventions- og kontrolgrupper. Dette indebærer, at allokeringen er skjult for de implicerede, hvilket kan ses som et afgørende skridt i bestræbelserne på at udsætte medicinske forsøg for fair test uden bias (Chalmers 2001; Chalmers 2003a). Statistikeren Fisher var på det teoretiske plan den afgørende skikkelse i denne udvikling, mens epidemiologen Bradford Hill var det på det kliniske plan (Scocozza 2000; Chalmers 2003a; Sherman 2003). Udførelsen af RCTs blev for alvor en del af den medicinske forskningsmæssige mainstream i løbet af 1960'erne og 1970'erne (interview med Gøtzsche 2005).

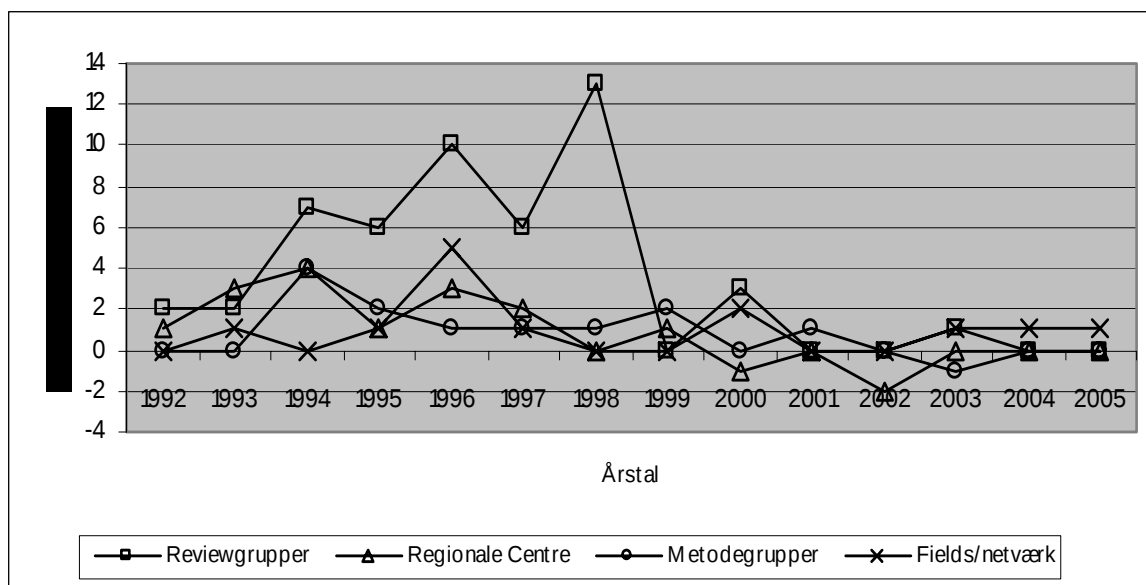
I løbet af 1970'erne rettedes opmærksomheden i stigende grad mod det forhold, at den samlede videnbase var blevet så stor, at der var behov for systematisering og sammenfatninger. I 1972 udgav Archie Cochrane sin indflydelsesrige »Effectiveness and Efficiency – Random Reflections on Health Services«, hvori han påpegede, at det i en sektor, hvor der altid vil være begrænsede ressourcer, er nødvendigt at handle på baggrund af evalueringer af, hvad der er mest effektivt (Cochrane 1999|1972). Archie Cochranes 1972-udgivelse blev fulgt op af et 1979-essay, hvori han anførte, at der burde udarbejdes kritiske opsummeringer af alle relevante RCTs (Cochrane 1979). Publikationerne var banebrydende, fordi de for alvor gennemsatte prioriteringstanken i den medicinske diskurs og således blev væsentlige kilder til den senere kobling mellem forskningsoversigter og beslutningstagning i begrebet evidensbaseret medicin, formuleret i 1980'erne af en forskergruppe fra McMaster University i Canada, blandt andet inkluderende David Sackett (Peile 2004). Udviklingen blev i øvrigt hjulpet på vej af en genskabelse inden for den statistiske videnskab, hvor en Pearson-artikel fra 1904 blev genopdaget² og dannede udgangspunkt for, at metaanalyser etableredes som et selvstændigt forskningsfelt (Cooper 2004).

2.1.2 Den internationale adoption og institutionalisering

En begyndende adoption og et væsentligt tiltag forud for den endelige institutionalisering af reviewarbejdet var et internationalt samarbejde, der i årene 1985-1990 udarbejdede reviews om graviditet og børnefødsler. Arbejdet var forankret i Oxford og blev udført under ledelse af obstetrikeren Iain Chalmers, der siden blev hovedmanden i dannelsen af Cochrane Collaboration (Altman og Burton 1999; Dørup og Lous 2001). Efter en positiv modtagelse af Oxford-gruppens indsats blev der i starten af 1990'erne gjort flere tiltag til at danne en international organisation orienteret mod udarbejdelsen af reviews (interview med Gøtzsche 2005). Blandt de mest begejstrede var lederen af den nyoprettede Research and Development afdeling i British National Health Service (NHS), som således i 1992 tilvejebragte finansiering til oprettelsen af et engelsk Cochrane-center (Sila-gy 1997; Petrisino et al. 2001). Ligeledes i 1992 inviterede Iain Chalmers en gruppe af internationale forskere til et arbejds møde i Oxford, hvor man formulerede fundamentet for den internationale Cochrane Collaboration, som efterfølgende formelt blev etableret i 1993 (interview med Kristensen 2005). Cochrane-samarbejdet fik som antydnet støtte fra NHS og det svenske medicinske teknologivurderingsinstitut (SBU) i den indledende fase, ligesom man hurtigt fik en projektbevilling fra EU. På det faglige plan fik man inden for få måneder etableret samarbejde med US National Library of Medicine – et samarbejde, der endnu i dag er centralt med henblik på at identificere de primærstudier, der udgør grundstenene i reviewarbejdet.

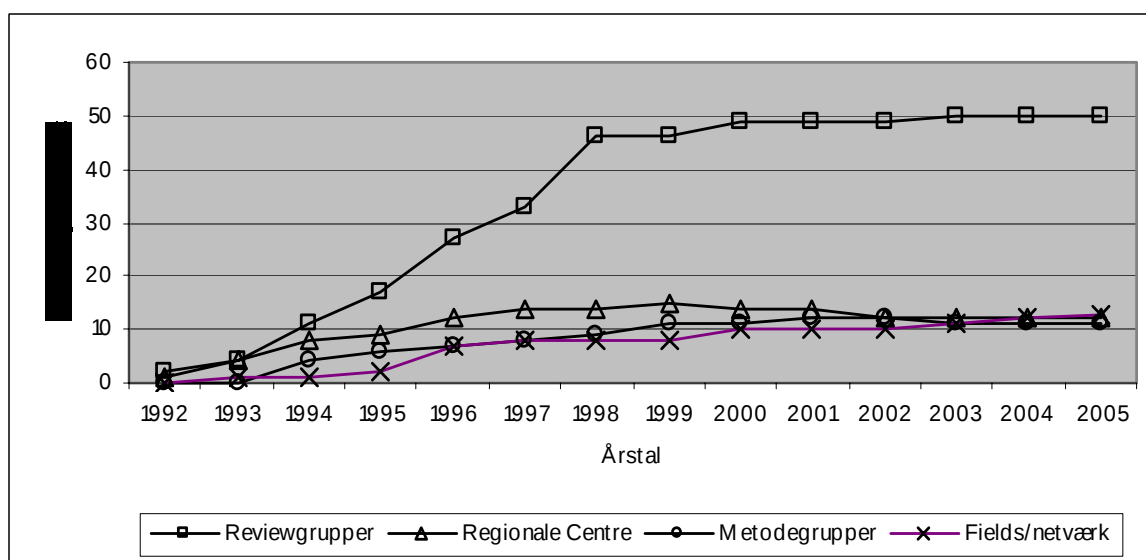
Spredningen af Cochrane-samarbejdet foregik efter etableringen i 1993 hurtigt. Figur 2.1 og 2.2 illustrerer samarbejdets organisatoriske spredning numerisk.

Figur Cochranesamarbejdets organisatoriske spredning udtrykt numerisk:
2.1 Antallet af nyoprettede organisationer



Kilde: Egne beregninger baseret på Cochranes hjemmeside.

Figur Cochranesamarbejdets organisatoriske spredning udtrykt numerisk:
2.2 Det kumulerede antal organisationer



Kilde: Egne beregninger baseret på Cochranes hjemmeside.

Som det fremgår, var der allerede året efter etableringen grundlagt otte regionale centre, der koordinerede reviewarbejdet i hver sin del af verden, ligesom der var etableret reviewgrupper på 11 medicinske områder. Sam-

arbejdet var således allerede på et tidligt tidspunkt i stand til at vinde betydelig resonans i faglige kredse. I 2005 var organisationen vokset til 12 regionale centre og 50 reviewgrupper.

Parallelt med adoptionen og institutionaliseringen af arbejdet med reviews pågik et lignende arbejde med medicinske teknologivurderinger. Fra midten af 1960'erne blev teknologivurderinger diskuteret i USA, uden at fænomenet dog i praksis blev knyttet til det medicinske felt. I 1972 nedsatte den amerikanske kongres US Office of Technology Assessment (OTA) under den såkaldte »The Technology Act« (United States Congress 1972) med henblik på at tilvejebringe rådgivning om teknologiske spørgsmål (Kunkle 1995). Adoptionen og den præliminære institutionalisering af medicinske teknologivurderinger skete herefter, da OTA i 1975 udvidede sine aktiviteter til at omfatte det medicinske område (Nielsen 2005a; Houghton 1995).

2.1.3 Den internationale spredning

Efter institutionaliseringen af reviewarbejdet i det internationale Cochrane-samarbejde i 1993 spredtes ideen herom i det medicinske felt, om end ingen andre organisationer hidtil har fået samme indflydelse som Cochrane. I 1994 dannedes en vigtig »søsterorganisation« til Cochrane, idet Centre for Reviews and Dissemination (CRD) etableredes ved University of York med henblik på at tilvejebringe forskningsbaseret information for at kvalificere beslutningstagningen i det engelske sundhedsvæsen (NHS). I 1996 etableredes et samarbejde mellem Cochrane og The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI), som ellers siden 1993 primært havde opereret på uddannelsesområdet samt det sociale område. Et vigtigt nyere initiativ opstod, da WHO oprettede sit Health Evidence Network (HEN), som bestiller reviews med henblik på at formidle dem til sundhedspolitiske beslutningstagere på let tilgængelig vis.

Den internationale spredning af teknologivurderinger begyndte i 1980'erne, efter at amerikanske OTA som nævnt havde været entreprenør på området i slutningen af 1970'erne. I 1985 blev International Society for Technology Assessment in Health Care (ISTAHC) oprettet som et videnskabeligt selskab, der formidlede og faciliterede arbejdet med teknologi-

vurderinger (Sundhedsstyrelsen 2001; Mørland 2004). ISTAHC (der senere blev omorganiseret til HTAi, se nedenfor) blev et vigtigt samlingspunkt for aktørerne på området (Sundhedsstyrelsen 2003). Sverige fik som en af de første lande et større medicinsk teknologivurderingsinstitut, da Statens Beredning för Medicinske utvärderingar (SBU) blev oprettet i 1987. Finland havde siden 1979 leget med tanken om teknologivurderinger, men ideen blev først for alvor institutionaliseret, da FinOHTA i 1995 blev dannet under dannet under STAKES (Eksola et al. 2004).³

Der er siden kommet adskillige yderligere organisationer til. I Storbritannien er en central aktør National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), der udarbejder og formidler kliniske guidelines, teknologivurderinger og andre retningslinjer med direkte praksiseffekt for det engelske sundhedsvæsen (Department of Health 2004). NICE benytter sig i høj grad af underleverandører blandt andet af National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA) ved University of Southampton. NICE blev dannet i 2005, men har rødder tilbage til Institute for Clinical Excellence fra 1999. Endelig bør tidligere omtalte CRD nævnes, da denne organisation administrerer en vigtig database samt udfører enkelte teknologivurderinger på trods af organisationens hovedfokus på reviewarbejde.

Internationale netværk har været centrale i spredningen og den efterfølgende koordinering mellem de nationale medicinske teknologivurderingsorganisationer. Som tidligere nævnt blev ISTAHC dannet i 1985. Organisationen blev i 2003 omdannet til Health Technology Assessment International (HTAi) (Nielsen 2005a), der overordnet set har samme mission som ISTAHC, om end fokus er lidt mere anvendelsesorienteret. En anden vigtig netværksorganisation er International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), som blev dannet i 1993.

En international opgørelse viste, at der i 1998 eksisterede 131 medicinske teknologivurderingsinstitutioner fordelt over hele verden. Tallet er sandsynligvis betydeligt højere i dag (Eksola et al. 2004).

2.1.4 Adoption og spredning i Danmark

I Danmark blev ideen om reviewarbejde hurtigt adopteret og institutionaliseret, mens ideen om teknologivurdering på trods af tidlig adoption forblev institutionelt urealiseret indtil slutningen af 1990'erne.

Adoptionen af ideen om reviewarbejde på det medicinske område i Danmark kan tidsfæstes til slutningen af 1980'erne og starten af 1990'erne. I 1987 og igen i 1990 blev der afholdt nordiske forskerkurser arrangeret af Finn Børlum Kristensen med deltagelse af canadiske og britiske forskere med interesse for evidensbaseret medicin blandt andet den tidligere omtalte David Sackett. I 1990 blev den første danske doktordisputats på området offentliggjort (Gøtzsche 1990), og danske forskere blev involveret i Iain Chalmers bestræbelser på at danne en verdensomspændende organisation i Archie Cochranes navn (interview med Gøtzsche 2005; interview med Kristensen 2005). Danske forskere var således aktive fra starten, og Danmark blev derfor hjemsted for Nordic Cochrane Center, der dannedes i oktober 1993 – samme måned som det internationale Cochrane-samarbejde blev initieret (Altman og Burton 1999). Dannelsen skete efter en relativ kort beslutningsproces, hvor det blev besluttet, at centeret skulle forankres i direktionen på Rigshospitalet, som sammen med Sundhedsministeriet tilvejebragte en treårig bevilling. Centrale entreprenører i processen var læge Peter Gøtzsche, der gennem en personlig kontakt til Iain Chalmers havde deltaget på de stiftende møder af det internationale samarbejde, såvel som Rigshospitalets ledelse, der var hurtig til at indoptage og aktivt støtte ideen, da den blev præsenteret (interview med Gøtzsche 2005). Institutionaliseringen mødte ingen betydelig modstand, om end finansiering i starten var en barriere.

Der er siden kommet yderligere en dansk organisation, som i lighed med Nordic Cochrane arbejder med reviews, idet Copenhagen Trial Unit (CTU) i 1995 blev oprettet på Institut for Sygdomsforebyggelse. Centeret er siden blevet overført til Rigshospitalet, hvor det er en selvstændig enhed under Nordic Cochrane Center. CTU har delvist fokus på at støtte den primære kliniske interventionsforskning – herunder udførelsen af RCTs – og delvist på den efterfølgende udarbejdelse af reviews. Sidstnævnte arbejde foregår i tæt samarbejde med Cochrane, eftersom CTU er sekretariat for organisationens Hepato-Biliary-gruppe, der har ansvaret for udarbejdelsen

af reviews inden for leverrelaterede sygdomme (CTU 2001; interview med Kristensen 2005).

Det afgørende brud for dansk medicinsk teknologivurdering kom, da et nationalt center blev en realitet i 1997. Selve ideen om teknologivurderinger var blevet hyppigt diskuteret og sporadisk praktiseret i Danmark fra omkring 1980 (Andreasen 1980),⁴ men uden at det affødte større nationale institutionelle initiativer (interview med Kristensen 2005; Nielsen 2005a).⁵ Imidlertid blev der i midten af 1990'erne udført et udvalgsarbejde i Sundhedsstyrelsen, der mandede ud i, at Danmark i 1996 fik en national strategi for medicinsk teknologivurdering (Sundhedsstyrelsen 1996). Det var på baggrund af denne strategi, at det samme år blev besluttet at afsætte 25 mio.kr. til et dansk medicinsk teknologivurderingsinstitut, MTV-Instituttet, der året efter blev dannet under Sundhedsstyrelsen (interview med Kristensen 2005). MTV-Instituttet blev i 2001 fusioneret med Evalueringscenter for Sygehuse, der siden oprettelsen havde været placeret uafhængigt af det departementale system, til Center for Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) (Sundhedsstyrelsen 2003). CEMTV blev herefter lagt som en samlet enhed under Sundhedsstyrelsen og fik i 2004 endvidere tildelt ansvaret for Sekretariatet for Referenceprogrammer (Nielsen 2005a), der hidtil havde været lokaliseret hos Dansk Medicinsk Selskab. I efteråret 2005 blev Sekretariatet overflyttet til Sundhedsstyrelsens enhed for planlægning.

Medicinske teknologivurderinger har siden dannelsen af MTV-Instituttet spredt sig yderligere, idet der er oprettet regionale enheder ved Århus Universitetshospital (1999) og ved Odense Universitetshospital (2002). Der har tidligere været en enhed, som også havde regionale opgaver i H:S Hvidovre Hospital, som imidlertid er blevet nedlagt. De to lokale MTV-institutter er selvstændige enheder, der i høj grad er initieret af regionale entreprenører, om end CEMTV har spillet en faciliterende rolle finansielt såvel som organisatorisk (interview med Kristensen 2005).

Ud over udarbejdelsen af reviews i Nordic Cochrane-regi og medicinske teknologivurderinger hos CEMTV pågår der et væsentligt evidensbaseret arbejde på Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF). Organisationen blev oprettet i 1999 med henblik på at fremme den mest rationelle udnyttelse af allerede tilgængelige lægemidler i Danmark. IRF's fokus er mere

snævert end Nordic Cochrane og CEMTV's, idet man alene evaluerer lægemidler og således ikke generelle medicinske interventioner.

Endelig har Pharmakon, der er et uddannelsescenter for farmaceutisk praksis, på initiativ fra Danmarks Apotekerforening siden 2000 udarbejdet og publiceret de såkaldte evidensrapporter vedrørende apotekspraksis.

2.2 Organisering

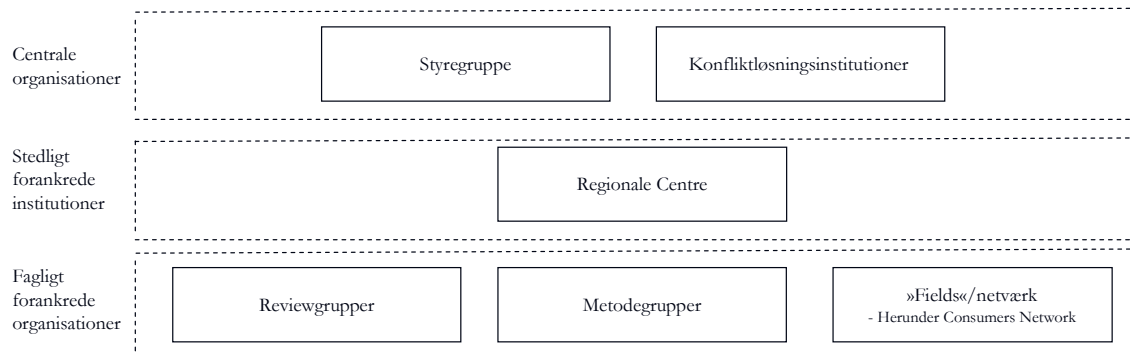
2.2.1 Internationale hovedproducenter

Den vigtigste producent af reviews er Cochrane Collaboration. Cochrane ledes af en styregruppe, der har til formål at udvikle samarbejdets overordnede policies og retningslinjer. Styregruppen er sammensat af repræsentanter fra samarbejdets forskellige enheder, der vælges for en treårig periode. På centralt niveau eksisterer endvidere en række konfliktløsningsinstitutioner – en ombudsmand, en publikationsforligsmand samt en forligsmand vedrørende finansielle stridspunkter.

Ud over de ovenstående centrale organisationer består Cochrane Collaboration af fire hovedtyper af enheder, som det fremgår af figur 2.3.

Figur 2.3 Centrale Cochrane institutioner

2.3



Først og fremmest er der reviewgrupperne, der er den centrale produktive enhed i samarbejdet. Reviewgrupperne er sammensat af personer fra alle dele af verden, som har interesse for et partikulært sundhedsfagligt emne. Grupperne består af redaktører, der har det overordnede ansvar for publikationernes kvalitet, faglige medlemmer samt »forbrugerrepræsentanter« (fx fra patientforeninger). Der findes p.t. 50 reviewgrupper i Cochrane-

samarbejdet – heraf 13 nordiske redaktører, og fire er tilknyttet Nordic Cochrane Center.

En anden type af organisatoriske enheder er metodegrupperne. Disse består af personer med interesse for videnskaben om reviews. Der vil typisk være tale om statistikere, sundhedsøkonomer, videnskabsteoretikere eller lignende, der samarbejder med henblik på at udvikle nye metoder eller retningslinjer i forhold til presserende problemstillinger. En særlig interessant metodegruppe er den såkaldte »Non-Randomised Studies Methods Groups«, der i skrivende stund er ved at udvikle en manual, som skal fastlægge Cochranes officielle politik for anvendelse af ikke-randomiserede forsøg. Dette arbejde støttedes i en periode som strategisk metodeudvikling af CEMTV (interview med Kristensen 2005).

Fields/netværk er en tredje type organisatorisk enhed hos Cochrane. De fleste netværk beskæftiger sig med problemstillinger, der går på tværs af flere reviewgruppers arbejde – dette gælder fx netværkene vedrørende cancer, børnesygdomme, vaccinationer mv. Det såkaldte Consumer Network har en lidt anden karakter, idet dette søger at afdække patientsynsvinklen i et forbrugerperspektiv.

Endelig er der de regionale centre – som fx Nordic Cochrane Center – der, som navnet antyder, ikke er fagligt, men stedligt forankrede, hvilket står i modsætning til de tre ovenstående typer af organisatoriske enheder. Et regionalt center har til opgave at koordinere og facilitere Cochrane-aktiviteter, ligesom det understøtter de reviewgrupper, metodegrupper samt feltnetværk, der er geografisk forankret inden for dets område.

Hvis en teoretiker eller praktiker anmoder om at blive involveret i Cochrane, vil vedkommende typisk blive tilknyttet en reviewgruppe, en metodegruppe eller et feltnetværk afhængig af vedkommendes profil og kvalifikationer. Således vil en medicinsk forsker som hovedregel blive tilknyttet en reviewgruppe inden for sit lægelige speciale, en statistiker eller anden metodeekspert vil blive henvist til en metodegruppe, mens forbrugerrepræsentanter typisk vil blive tilknyttet Consumer Network. Det regionale center spiller typisk en vejledende rolle med henblik på at sikre et passende match mellem personer og organisatoriske enheder.

Cochrane blev som tidligere nævnt initialt støttet af NHS og EU. I dag får man bl.a. direkte eller indirekte støtte fra de regeringer, hvori de regio-

nale centre er lokaliseret. Generelt har organisationen dog haft vanskeligt ved at rejse finansiering, eftersom reviewarbejdet kun vanskeligt tiltrækker fondsmidler, og fordi organisationen ifølge sit etiske kodeks ikke kan modtage støtte fra medicinalindustrien. Forskere, der udarbejder reviews for Cochrane-samarbejdet, arbejder således typisk frivilligt, eller har selv tilvejebragt fondsfinansiering (interview med Gøtzsche 2005).

2.2.2 Øvrige internationale producenter

CRD er et center under University of York. Centeret har 65 ansatte, hvoraf ca. halvdelen er reviewere eller review managers. Man har således en betydelig kapacitet til selv at udføre reviews. CRD er en enhedsorganisation, der får hovedparten af sin finansiering fra en række programmer under det engelske sundhedsministerium. Derudover får man projektspecifik finansiering fra eller sammen med eksterne partnere.

Ser vi på EPPI, er organisationen lokaliseret på Institute of Education ved University of London, hvilket skyldes, at man initialt primært så på uddannelsesmæssige og sociale interventioner. Enheden har en vis kobling til Cochrane, idet man siden 1996 har huset deres Health Promotion and Public Health Field. Man tilvejebringer hovedparten af sin finansiering fra offentlige kilder – nærmere bestemt sundhedsministeriet, undervisningsministeriet, arbejds- og pensionsministeriet samt forskningsrådet ESRC.

Endelig er HEN et projekt under WHO, som koordineres af organisationens regionale kontor for Europa – et kontor, der er placeret i København. Projektet fik initialt støtte fra især EU og den franske regering, ligesom man fik mindre bevillinger fra andre europæiske regeringer samt diverse institutioner (HEN 2004). HEN har tilknyttet et »International Editorial Board«, der rådgiver organisationen vedrørende dens mål, strategier og tilgange.

Hvad angår teknologivurderingsorganisationer, har især organiseringen af SBU, NICE og NCCHTA samt netværkene INAHTA og HTAi interesse.⁶ SBU blev dannet i 1987 som en organisation, der var underlagt den svenske regering. Organisationen fik i 1992 status som uafhængig myndighed, men er stadig statsligt finansieret. NICE er ligeledes en uafhængig organisation, der dog er tæt tilknyttet NHS. Den indeholder tre hovedcentre, der hver har til formål at udvikle vejledninger og retningslinjer in-

den for ét af hovedområderne offentlig sundhed, sundhedsteknologier samt klinisk praksis. Organisationen bliver finansieret af det engelske sundhedsministerium og af den waliske regering. NCCHTA er universitetsbaseret og arbejder blandt andet på basis af finansiering fra NICE.

INAHTA er som nævnt en netværksorganisation, der består af 39 medlemsorganisationer fra Nord- og Latinamerika, Europa, Australien og New Zealand. Organisationen, der ledes af en bestyrelse og en »Executive Committee«, styres i det daglige af et mindre sekretariat, lokaliseret hos SBU. Bestyrelsen vælges af netværkets medlemmer for en toårig periode. Netværket kræver principielt ansøgning, men er relativt åbent for organisationer, der beskæftiger sig med medicinsk teknologivurdering, som hovedsageligt er offentligt finansieret, som er non-profit, og som på anmodning leverer adgang til sine rapporter. Den sidste organisation, HTAi, minder i al væsentlighed om INAHTA i sin opbygning. Organisationen er først og fremmest baseret på individuelle medlemskaber og styret af en bestyrelse, en »Executive Committee« og et sekretariat. Den største forskel er, at HTAi's bestyrelse mere eksplicit fremlægger en langsigtet strategisk plan samt en kortsigtet forretningsplan, der skal styre det praktiske arbejde, og som medlemmerne skal godkende forud for implementering. INAHTA's finansieringsbehov er beskedent, mens HTAi finansieres af medlemsbidrag samt provenu fra publikationer og konferencer.

2.2.3 Danske producenter

I Danmark er der som bekendt lokaliseret et Cochrane-center, som samtidig er regionalt center for det resterende Norden, Armenien, Azerbajjan, Hviderusland, Estland, Georgien, Kasakhstan, Kyrgyzstan, Letland, Litauen, Moldova, Mongoliet, Polen, Rusland, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine og Usbekistan. Centeret er ledet af dr. med. Peter Gøtzsche og har tilknyttet de fire reviewgrupper, der geografisk er placeret i Norden: The Cochrane Hepato-Biliary Group, The Cochrane Colorectal Cancer Group, The Cochrane Anaesthesia Group samt The Cochrane Methodology Review Group. Det nordiske Cochrane-center varetager desuden den administrative styring af CTU, som til gengæld agerer sekretariat for Hepato-Biliary Group. I Nordic Cochranes otte første leveår havde man betydelige finansieringsproblemer, da det var svært at tiltrække fondsmidler

– især til centerets faste udgifter. Siden 2001 har centeret imidlertid haft en fast bevilling fra H:S, der bliver suppleret med royalties fra det internationale Cochrane-samarbejde (interview med Gøtzsche 2005).

Hovedproducenten af medicinske teknologivurderinger i Danmark er som bekendt Center for Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV). CEMTV er placeret som en faglig enhed under Sundhedsstyrelsen, men er finansieret over en særskilt underkonto på finansloven (Finansministeriet 2005). Denne konstruktion er sandsynligvis historisk og politisk betinget, dersom man ved oprettelsen af MTV-Instituttet i 1997 ønskede at specificere, at der ikke var tale om en ekstrabevilling til Sundhedsstyrelsen, men et særskilt beløb til teknologivurdering (interview med Kristensen 2005). CEMTV har tilknyttet to vejledende råd – henholdsvis Centerrådet, der rådgiver om overordnede strategiske spørgsmål, og Det Videnskabelige Råd, som rådgiver om faglige problemstillinger. Førstnævnte består af en bredt sammensat kreds af interessenter i det danske sundhedsvæsen, mens sidstnævnte består af eksperter med en relevant forskningsmæssig baggrund.

Tæt knyttet til CEMTV er Sekretariatet for Referenceprogrammer. Sekretariatet blev oprettet i 2000 som et tidsbegrænset projekt under Dansk Medicinsk Selskab med finansiering af det daværende MTV-Institut, men har siden år 2004 været placeret i Sundhedsstyrelsen. CEMTV har endvidere et tæt samarbejde med MTV-institutterne i Århus og Odense, om end disse er selvstændige organisationer.

Der eksisterer i Danmark ikke noget formaliseret samarbejde mellem Nordic Cochrane og CEMTV, men CEMTV samarbejder med Cochranes reviewgrupper. Det overordnede indtryk er imidlertid, at de to aktiviteter i en dansk sammenhæng er forholdsvis afkoblet fra hinanden. Cochrane Collaboration er dog en central partner i et europæisk netværk for MTV, European Network for Health Technology Assessment, der ledes af CEMTV og finansieres af EU-Kommissionen og partnere (interview med Kristensen 2005).

IRF er tilknyttet Lægemiddelstyrelsen, som er en styrelse under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Man får rådgivning om faglige emner og den mest hensigtsmæssige fordeling af opgaver fra en styregruppe bestående af repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundheds-

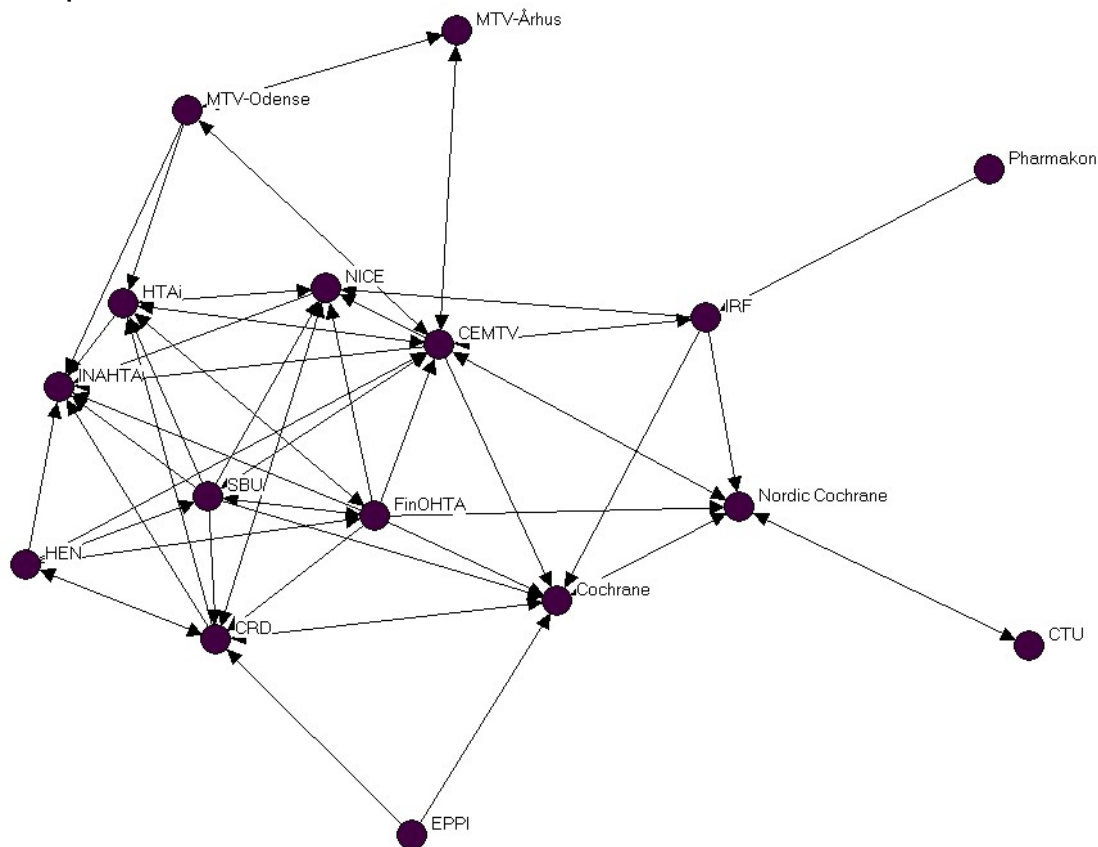
styrelsen, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg Kommuner, Lægemiddelstyrelsen, Lægeforeningen, Apotekerforeningen, Forbrugerrådet samt Lægemiddelindustriforeningen. Instituttet har omkring 10 faste medarbejdere og 2 konsulenter tilknyttet.

Pharmakon er som nævnt et uddannelsescenter for farmaceutisk praksis. Det driver apoteksvæsenets farmakonomuddannelse, udbyder efteruddannelse, driver et kursus- og konferenccenter samt har en udviklings- og forskningsafdeling, der blandt andet udarbejder evidensrapporter. Evidensarbejdet finansieres af Danmarks Apotekerforening.

2.2.4 **Organisering af feltet**

I det foregående har vi primært beskrevet de enheder, der arbejder med reviews, som enkeltstående organisationer. Et andet relevant perspektiv er på feltniveau at studere relationerne mellem organisationerne og derved undersøge, hvordan evidensbaseret medicin som felt er organiseret. Figur 2.4 nedenfor viser resultatet af en deskriptiv analyse, som er foretaget ved hjælp af det sociale netværksprogram Ucinet samt visualiseringsprogrammet NetDraw (Borgatti et al. 2002). Netværksdiagrammet er genereret ud fra data vedrørende institutionernes henvisninger på deres hjemmesider, som må antages at være en grov proxy for deres generelle relationer. Diagrammet skal således tages med forbehold, men kan ikke desto mindre være med til anskueliggøre feltets konturer.

Figur 2.4 Netværksdiagram over de undersøgte evidensbaserede organisationer på det medicinske felt



Kilde: Organisationernes egne hjemmesider. De relative placeringer i det grafiske udtryk er genereret ved en algoritme, der søger at minimere systemets samlede energi.

Figuren viser en forventelig systematik i organisationernes henvisninger. Øverst i figuren har vi de danske organisationer MTV-Odense, MTV-Århus, CEMTV, IRF, Nordic Cochrane, Pharmakon og CTU. Nederst i figuren befinder sig organisationer, der primært udarbejder reviews (CTU, Nordic Cochrane, Cochrane, EPPI, CRD og HEN), mens MTV-organisationerne er placeret i midten. Blandt de danske organisationer udgør CEMTV samlingspunktet for dem, som beskæftiger sig med medicinsk teknologivurdering, mens Nordic Cochrane er den centrale organisation for dem, der udarbejder reviews. De to organisationer udgør endvidere væsentlige forbindelsesled til det internationale netværk. For de internationale revieworganisationer synes figuren at bekræfte indtrykket af, at Cochrane og CRD udgør samlingspunkter, som desuden er hyppigt anvendt blandt teknologivurderingsinstitutionerne. Hvad angår teknologivurderinger, er INAHTA og HTAi centrale organisationer, hvilket imid-

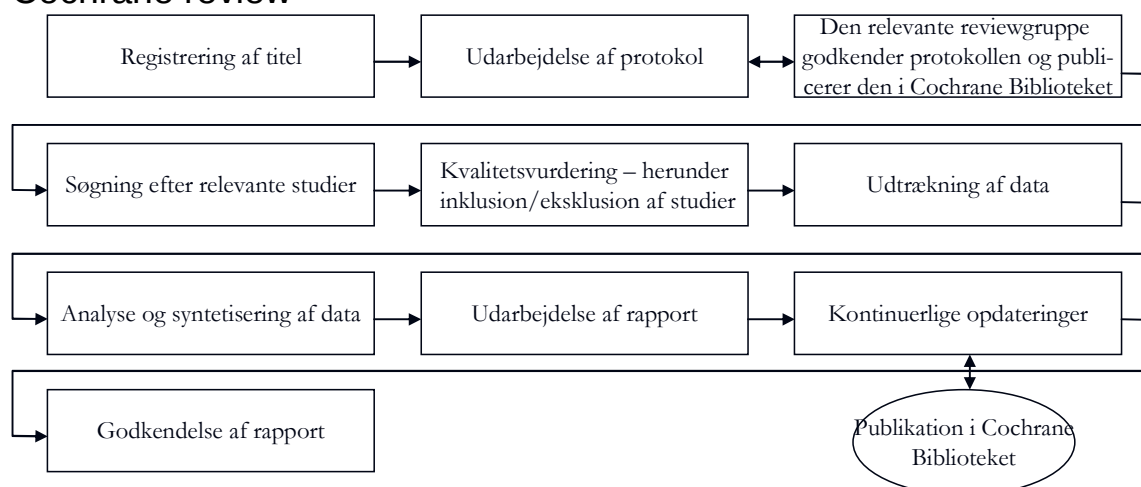
lertid ikke er overraskende, da der er tale om netværksorganisationer, som netop sigter på at binde feltet sammen. Britiske NICE har ligeledes en central position, idet organisationens publikationer finder anvendelse i hele MTV-feltet (Pedersen 2004). Det skal bemærkes, at også Pharmakon har et internationalt netværk med relationer til organisationer, der er specialiseret inden for apotekspraksis. Dette er af hensyn til overskueligheden ikke medtaget i figuren.

2.3 Arbejdsmetode og produktion

2.3.1 Internationale hovedproducenter

Cochrane Collaboration er den vigtigste internationale producent – både fordi organisationen er klart den største producent af reviews, og fordi de øvrige organisationer på det medicinske område oftest følger eller henviser til Cochranes håndbog. Cochrane beskrives således ofte som »the granddaddy of the review system«. Cochranes arbejdsmetode er detaljeret beskrevet i den såkaldte Cochrane Handbook, som er et 250-siders langt dokument, hvori man kan finde informationer om arbejdsproces samt de metodiske standarder for udarbejdelsen af reviews (Higgins og Green 2005). I forhold til de reviewtyper, der blev præsenteret i afsnit 1.4, er idealet for Cochranes reviewarbejde det systematiske review. Såfremt det er muligt, inkluderes alene primærstudier forankret i RCTs, og resultaterne af disse syntetiseres ved hjælp af statistisk metaanalyse. Nedenstående flowdiagram angiver hovedfaserne for et standardiseret reviewforløb.

Figur 2.5 Flowdiagram over arbejdsprocessens faser ved udarbejdelse af et Cochrane review



Som det fremgår af flowdiagrammet, er første led i udarbejdelsen af et systematisk review, at det eksterne reviewteam bliver enige med den relevante reviewgruppe om et emne og dermed en titel (Higgins og Green 2005). Emnet vil som regel primært være bestemt af reviewteamets interesser. Den indledende proces indebærer desuden en bedømmelse af forfatterens kvalifikation, idet reviewgrupperne i enkelte tilfælde kan afvise et forfatterteam, som man er utilbøjelig til at tro kan udføre et review af tilstrækkelig kvalitet inden for en tidshorisont på to år.

I den efterfølgende fase udarbejdes en protokol med henblik på at specificere undersøgelsesspørgsmål og metodiske valg *ex ante*, da man ønsker at eliminere betydningen af forfatterens subjektivitet senere i processen. Protokollen skal godkendes af reviewgruppen via eksternt peer-review (interview med Gøtzsche 2005) og bliver herefter publiceret i Cochrane Biblioteket.

Når protokollen er publiceret, er næste led i processen en søgning efter relevante studier efter en på forhånd specificeret strategi, der sigter på at indsamle alle potentielt relevante RCTs uanset sprog og publikationsform. Til hjælp med dette arbejde har Cochrane den såkaldte CENTRAL-database (The Cochrane Central Register of Controlled Trials), der indeholder RCTs, som er identificeret via søgninger i alment medicinske elektroniske databaser såsom MEDLINE og EMBASE eller ved håndsøgning i anerkendte faglige tidsskrifter (Dickersen et al. 2002). Anvendelsen af

CENTRAL er dog kun et led i søgningsstrategien, som også ofte vil indbefatte en lang række andre elektroniske databaser såvel som forskellige håndsøgningsstrategier. Søgningsstrategien skal ekspliciteres og dokumenteres i det færdige review.

De identificerede studier bliver efterfølgende undersøgt enkeltvis af mindst to medlemmer af forfatterteamet med henblik på at bedømme, om de skal inkluderes eller ekskluderes fra det endelige review. Denne proces har ligeledes til formål at muliggøre en eventuel efterfølgende vægtning af de inkluderede studier. Organisationen opererer ifølge Cochrane-håndbogen ikke med noget formelt evidenshierarki på centralt niveau, idet man finder, at RCTs er overlegne i forhold til andre undersøgelsesformer, når man studerer interventionseffekter, hvilket netop er Cochrane reviewernes ærinde. RCTs bliver således betragtet som en klar guldstandard. Da det oftest på forhånd er givet, at det kun er RCTs, der kommer i betragtning til reviewene, behandler de officielle Cochrane-dokumenter primært vurdering af kvalitet i studier, der designmæssigt kan karakteriseres som sådanne.

Udvælgelsesprocessen sigter mod at minimere bias i det færdige review, hvilket vil sige, at man søger at undgå systematiske fejl. Der findes fire hovedformer for bias – selektionsbias, performancebias, frafaldsbias samt detektionsbias. Cochrane-samarbejdet betoner i særdeleshed risikoen for selektionsbias, som opstår, hvis der er systematiske forskelle i allokeringen til interventionsgruppen (den, der får den pågældende intervention) og kontrolgruppen (den, der får placebo eller bedste alternativbehandling). Dette fokus understreges også af den næsten udelukkende brug af randomiserede kontrollerede forsøg.

Udvælgelsesprocessen er interessant i et videnssociologisk perspektiv, da den essentielt set omhandler afgrænsningen af ugyldig fra gyldig viden. En særlig interessant diskussion i den forbindelse er vedrørende inklusion af ikke-randomiserede forsøg. Diskussionen er specielt relevant i forhold til Cochrane, fordi organisationen er blevet kritiseret for at operere med et for snævert evidensbegreb i og med, at primærstudier forankret i RCTs betragtes som idealet. Inden for enkelte specialer er diskussionen særlig intensiv. Et eksempel er kirurgi, hvor der kan være særlige etiske spørgsmål forbundet med den randomiserede allokering, ligesom dobbeltblinding kan

være svær at opnå i praksis (Sauerland 1999). Et andet eksempel er psykoterapi, hvor RCT-design og metaanalyse har været kritiseret for ikke at kunne give et fyldestgørende svar på virkningen af forskellige metoder (Ekeland 2004). For at imødekomme denne diskussion er Cochrane ved at udarbejde en særskilt håndbog til anvendelsen af ikke-randomiserede forsøg. Arbejdet har pågået en del år, men uden at håndbogen er blevet færdig til publikation. De præliminære udmeldinger viser dog stor skepsis over for inklusion, medmindre der ikke eksisterer noget reelt alternativ, da alle øvrige studiedesign rummer flere potentielle kilder til bias (Higgins og Green 2005; interview med Gøtzsche 2005). Blandt andet dette har givet anledning til en videnskabsteoretisk disput om hensigtsmæssigheden af Cochranes tilgang (fx Hyde 2004; Hammersley 2005; Chalmers 2005), som det imidlertid vil føre for vidt at diskutere i denne kortlægningsrapport.

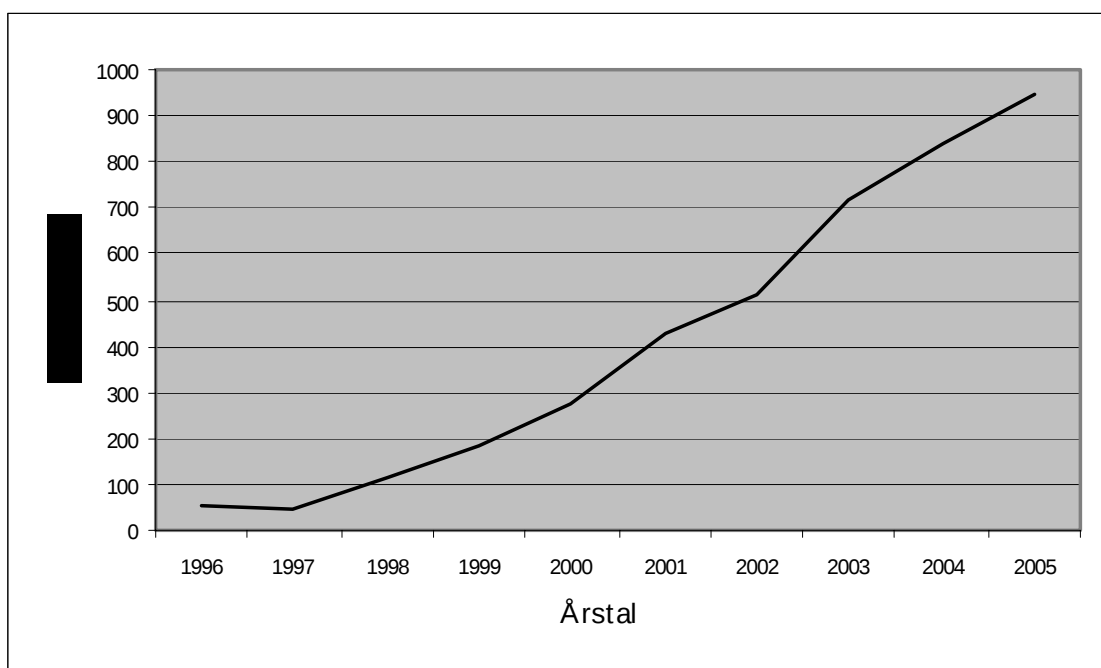
Kvalitetsvurderingen anvendes oftest primært til at ekskludere studier, der har ringere kvalitet end et på forhånd fastsat cut-off-punkt, men kan ligeledes bruges til at tilskrive inkluderede studier relativ vægt i den efterfølgende syntese.

Efter kvalitetsvurdering af de enkelte studier udtrækker man data til syntetisering, som oftest udformes som en kvantitativ metaanalyse. På baggrund af metaanalysen og den forståelse af studierne, som er opnået gennem vurderingen af deres kvalitet, udarbejdes en reviewrapport efter en skabelon, der er standardiseret helt ned til afsnitsniveau (Higgins og Green 2005). Forud for publikation i Cochrane Biblioteket skal reviewet godkendes af den relevante reviewgruppe, der i lighed med almindelige akademiske tidsskrifter sender den til eksternt peer-review. Denne proces indebærer oftest, at forfatterteamet og den eksterne reviewer indgår i en iterativ udveksling, indtil produktet har den fornødne kvalitet (interview med Gøtzsche 2005).

De udarbejdede reviews opdateres kontinuerligt, når resultater fra nye forsøg indkommer. Herudover er det muligt at indsende kommentarer til reviews til Cochrane Biblioteket. Det er tanken, at der derved skabes livs-langt peer-review (interview med Gøtzsche 2005). Tidsperspektivet for en typisk reviewproces er ifølge Cochrane-håndbogen omkring 1 år, om end den godt kan tage væsentlig længere, hvis den eksterne reviewer kræver gentagende revisioner af de præliminære rapporter.

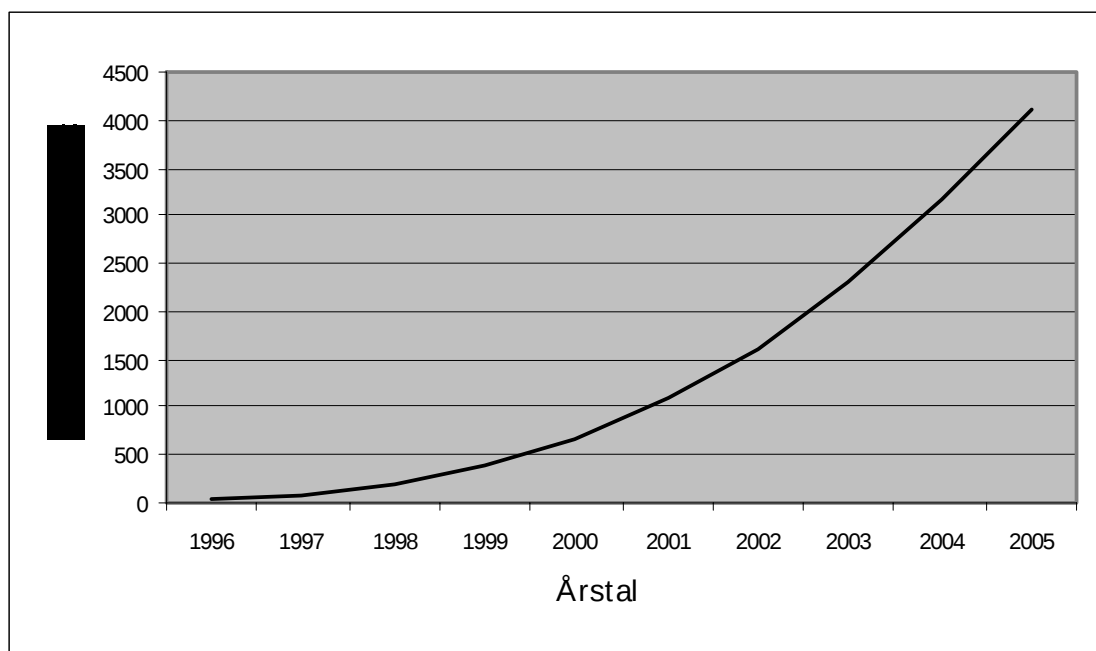
Cochrane-samarbejdet er uden sammenligning den organisation i verden, der udarbejder flest systematiske reviews, og antallet stiger fra år til år. Figurene nedenfor illustrerer denne udvikling, idet figur 2.6 illustrerer antallet af nye reviews og protokoller, mens figur 2.7 illustrerer det kumulerede antal.

Figur 2.6 Antallet af reivews og reviewprotokoller i Cochranes Database of Systematic Reviews: Antallet af nye poster hvert enkelt år siden 1996



Kilde: Søgninger i Cochrane Biblioteket suppleret med egne beregninger.

Figur 2.7 Antallet af reivews og reviewprotokoller i Cochranes Database of Systematic Reviews: Det kumulerede antal



Kilde: Søgninger i Cochrane Biblioteket suppleret med egne beregninger.

For at illustrere, hvordan et review konkret kan se ud, er der i det følgende givet to eksempler.

Som nævnt tidligere i dette afsnit tager hovedparten af Cochrane reviews afsæt i viden, der er produceret via klassiske eksperimenter i form af randomiserede forsøg (Eraut 2004: 95). Figur 2.8 illustrerer et eksempel på, hvordan processen forløber i udarbejdelsen af et sådant review. Eksemplet, der vedrører spørgsmålet om, hvorvidt en intervention med forebyggende antibiotikabehandling har nogen virkning på cirrosepatienter med gastrointestinal blødning, inkluderer resultater fra 15 publikationer, der refererer til 11 gennemførte RCT-forankrede primærstudier.

Figur 2.8 Et eksempel på et Cochrane-review

Faser	Eksempel: Antibiotikaprofylakse for cirrosepatienter med gastrointestinal blødning
Problemstilling:	Virker forebyggende behandling med antibiotika på cirrosepatienter med gastrointestinal blødning?
Søgning:	Der blev fundet 43 publikationer, der potentielt kunne bidrage med evidens. 19 blev umiddelbart ekskluderet, da de alene indeholdt litteraturoversigter.
Kritisk vurdering:	Af de resterende 24 publikationer opfyldte 15, refererende til 11 RCT-forankrede primærstudier, kriterierne for inklusion, mens 7 publikationer, refererende til 4 andre typer af kliniske forsøg, ekskluderedes. Endelig blev 2 publikationer lagt til side for efterfølgende vurdering. Af de 11 RCT-forankrede primærstudier blev 3 scoret »A«, hvilket betyder, at risikoen for bias vurderes som lav, mens de resterende 8 blev scoret »B«, hvilket betyder, at risikoen for bias vurderes som moderat. Data vedrørende design, deltagere, interventionstyper samt resultatmål blev udtaget fra de 11 primærstudier og analyseret statistisk.
Konklusion:	Forebyggende behandling med antibiotika reducerer dødelighed og bakterielle infektioner og bør anbefales.

Kilde: Soares-Weiser K., Brezis M., Tur-Kaspa R., Leibovici L. (2002). Se også omtalen i Kürstein P., Kjellberg J., Herbild L., Olsen K. R., Willemann M., Søgaard J. & C. Gludd et al. (2005: 28-29).

Som det fremgår af figuren, illustrerer reviewet en stærk præference for RCTs, idet undersøgelser, der har anvendt andre studiedesign, ekskluderer. De randomiserede forsøg kvalitetsvurderes yderligere og underopdeles efter risikoen for bias. Reviewets konklusion er positiv over for den undersøgte intervention.

Der findes imidlertid også eksempler på Cochrane Reviews, der inkluderer viden baseret på andet end RCTs. Figur 2.9 illustrerer med et eksempel fra Cochranes internationale »Database of Methodology Reviews«, hvordan arbejdsprocessen udfolder sig, når reviewere sætter fokus på spørgsmålet om, hvad der vides vedrørende effekten af anvendelsen af peer-review på det biomedicinske område.

Figur 2.9 Et eksempel på et Cochrane metodologisk review

<i>Faser</i>	<i>Eksempel: Peer-review</i>
Problemstilling:	Peer-review anvendes i biomedicinske tidsskrifter med sigte på at forbedre forskningens kvalitet. Virker peer-review kvalitetsudviklende?
Søgning:	Der blev fundet 135 publikationer, der potentielt kunne bidrage med evidens.
Kritisk vurdering:	21 publikationer opfyldte kriterierne for inklusion. 114 ekskluderedes bl.a. ikke-komparative studier, studier uden originale data samt narrative forskningsoversigter. Data vedrørende de 21 inkluderede analysers design og resultater blev uddraget. Det blev overvejet at analysere resultaterne statistisk, men dette blev droppet, »da ikke to studier lignede hinanden« på hverken problemstilling, design, enhed for randomisering eller resultatmål.
Konklusion:	Der er begrænset empirisk evidens for, at anvendelsen af peer-review mekanismer sikrer kvaliteten af biomedicinsk forskning.

Kilde: Jefferson TO, Alderson P., Davidoff F & Wager E 2001.

I dette andet eksempel er der inkluderet komparative studier af flere typer: Klassiske eksperimenter i form af RCTs, kvasieksperimenter, kontrolserier, samt før- og efteranalyser. Der ekskluderes dog alligevel ganske mange potentielle bidrag, herunder ikke-komparative studier, studier uden originale data, samt narrative forskningsoversigter. Reviewet ender med at konkludere, at der ikke er sikker evidens for den undersøgte aktivitet.

Som det er fremgået, er de to eksempler meget forskellige. Det første udgør et typisk Cochrane review af effekten af en medicinsk intervention, mens den anden viser, at Cochrane også i nogle tilfælde udfører reviews med et mere metodisk fokus. Som konsekvens af det divergerende fokus er også reviewenes metodiske tilgang forskellige. Første review følger således den gængse standard for reviews af interventioner ved kun at inkludere RCTs, mens andet review har en meget bredere anvendelse af primærstudier. Endelig er konklusionerne i de to eksempler forskellige, således at det i det første eksempel konkluderes, at der er evidens for den undersøgte behandling, mens det i det andet eksempel konkluderes, at der ikke findes sikker evidens for den undersøgte aktivitet.

2.3.2 Øvrige internationale producenter

CRD's reviews bliver udarbejdet in-house såvel som via »outsourcing« til anerkendte akademikere og sundhedsprofessionelle. Reviewene omhandler ligesom hos Cochrane effektiviteten af interventioner, men har en lidt

mere specifik afgrænsning af relevante interventioner som værende dem, der har relevans for det engelske sundhedsvæsen. Udvælgelsen af reviewemner har således et nationalt fokus og sker i organisationen, hvor den hos Cochrane var bestemt af reviewteamets interesser. Faserne i arbejdsprocessen er næsten en fuldstændig ækvivalent til den, vi så hos Cochrane, om end man til sidst har tilføjet en fase, der vedrører formidling af evidens til praksis.

Med hensyn til inklusion/eksklusion af studier lægger man som hos Cochrane vægt på, at denne bør ske på baggrund af *prædefinerede* kriterier. Således anbefaler CRD i sin reviewmanual, at reviewere i deres protokol specificerer, hvilke typer studiedesign de vil acceptere. Man erkender, at vurderingen af studiedesign kan variere fra problemstilling til problemstilling, men opererer med et officielt evidenshierarki, der som udgangspunkt gælder for organisationens reviews: 1) Eksperimentelle studier (fx RCT med skjult allokering/blinding); 2) Quasi-eksperimentelle studier (fx eksperimentelt studium uden randomisering; 3) Kontrollerede observationsstudier – 3a) Kohortestudier 3b) Case control studier; 4) Observationsstudier uden kontrolgruppe; 5) Ekspertudtalelser (CRD 2001). I modsætning til Cochrane ekspliciterer man således gradueringen af andre studiedesign end RCTs i sine generelle, officielle dokumenter.

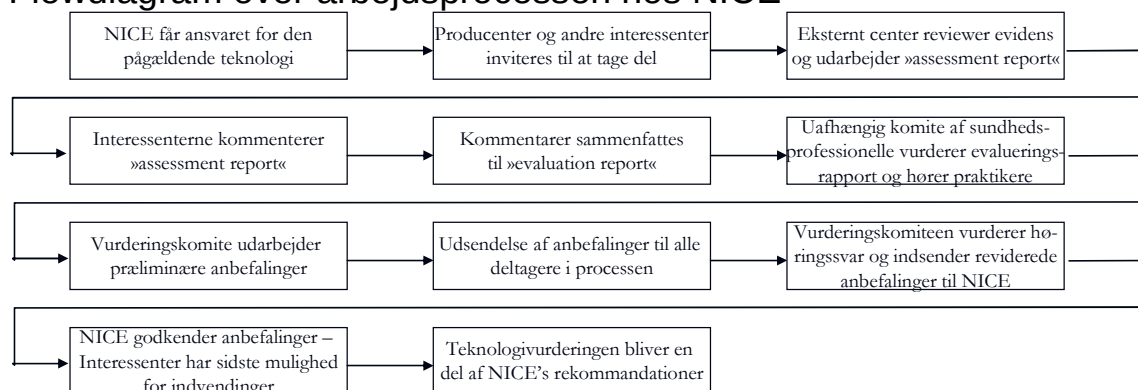
Organisationen EPPI arbejder som tidligere nævnt både på det medicinske område og uddannelsesområdet. Der skal i det følgende tages det forbehold, at organisationen i sine beskrivelser er uklar omkring, hvad der vedrører henholdsvis deres uddannelsesreviews og medicinske reviews. Med dette forbehold in mente ligner reviewprocessen i store træk den, vi så hos Cochrane og CRD. Fokus er på metodologisk transparens, og ex antspecificering af proces og inklusionskriterier gennem udarbejdelse af protokol er centralt. Det er dog interessant, at EPPI i sin udvælgelse af studier til inklusion synes at vægte metodisk pluralisme højere end de øvrige undersøgte organisationer. EPPI skriver sig direkte op imod idealet om udelukkende at anvende RCT-design og statistisk metaanalyse, der, som det anføres, kendetegner majoriteten af de organisationer, der udarbejder reviews. EPPI understreger således, at statistiske metaanalyser kan være værdifulde og relevante, men at de kun udgør én mulig synteseform. Samtidig anfører EPPI, at de ønsker at gøre op med det traditionelle ensidige

fokus på interventionsstudier, herunder at inkludere både eksperimentelle og ikke-eksperimentelle design. Denne pragmatiske holdning kan sandsynligvis til dels tilskrives, at organisationen har en stor del af sin aktivitet på uddannelsesområdet.

HEN udarbejder såkaldte »synthesis reports« på baggrund af den bedste tilgængelige evidens og inkluderer en let tilgængelig opsummering af hovedpointer og policymuligheder. Identifikation af reviewspørgsmål sker ved en intern udvælgelse på basis af partnerorganisationers og sundhedsbeslutningstageres vurdering af, hvad der er det mest presserende at få afdækket. HEN's reviews udarbejdes som hovedregel eksternt, men går gennem en omfattende HEN-styret godkendelses- og kvalitetssikringsproces, inden de bliver publiceret. Arbejdsgangen i udarbejdelsen af synteserne adskiller sig fra den, vi så hos Cochrane og CRD, idet der tilsyneladende ikke udarbejdes en protokol, og idet produkterne fremstår mere anvendelsesorienterede. Det har ikke været muligt at tilvejebringe en manual for HEN's reviews. En gennemgang af de enkelte reviews viser dog, at det kildemæssige grundlag varierer meget og tenderer til at inkludere flere typer af empiriske data, end tilfældet er hos Cochranes og CRD's reviews. Dette fremgår også af HEN's forståelse af evidens som værende »Findings from research and any other knowledge that could be useful in decision-making on public health care«. HEN skriver således eksplicit, at evidens ikke alene inkluderer resultater fra videnskabelig forskning, men også bredere erfaringer.

Hvad angår medicinske teknologivurderinger, vælger vi at afgrænse os til at afdække NICE og SBU, idet netværksorganisationerne (INAHTA og HTAi) alene har faciliterende opgaver og således ikke selv udarbejder evidens.⁷ NICE's hovedprodukter er teknologivurderinger samt kliniske guidelines, hvoraf førstnævnte givet projektets fokus er de mest interessante. Arbejdsprocessen for teknologivurderingerne fremgår af figur 2.10.

Figur 2.10 Flowdiagram over arbejdsprocessen hos NICE



Som det fremgår af flowdiagrammet, udarbejdes medicinske teknologivurderinger i NICE-regi eksternt. Processen adskiller sig fra den, som vi så hos producenter af systematiske reviews, ved at inddrage alle relevante interessenter kontinuerligt i processen. Desuden er det bemærkelsesværdigt, at beslutningen om at analysere en given teknologi hovedsagelig træffes eksternt af det engelske sundhedsministerium. Indholdsmæssigt indbefatter NICE's teknologivurderinger primært reviews af klinisk og økonomisk evidens. Teknologivurderingerne er således bredere end Cochrane og CRD's systematiske reviews, der alene fokuserer på den kliniske evidens. Tidsperspektivet for en NICE-teknologivurdering er ca. et år. Perioden kan dog blive noget længere, såfremt der fra producenter eller andre interessenter kommer mange indvendinger mod vurderingskomiteens konklusioner.

Det svenske MTV-institut, SBU, foretager i modsætning til NICE en selvstændig udvælgelse af emner til teknologivurderinger. SBU modtager løbende forslag fra flere eksterne kilder, og på den baggrund tager bestyrelsen i samarbejde med centerets Scientific Advisory Committee stilling til, hvilke emner man finder mest relevante. Selve teknologivurderingerne udarbejdes af et multidisciplinært team af forskere og eksperter fra Sverige og udland. Organisationen udarbejder tre hovedtyper af rapporter, hvoraf de såkaldte »Yellow reports« er de mest relevante, eftersom der er tale om systematiske sammenfatninger af eksisterende videnskabelig litteratur inden for ét genstandsområde. Arbejdsprocessen ligner den, vi så hos Cochrane, men indholdet er bredere funderet, idet der ud over kliniske interventionseffekter også inddrages økonomiske, sociale og etiske aspekter. Hvad

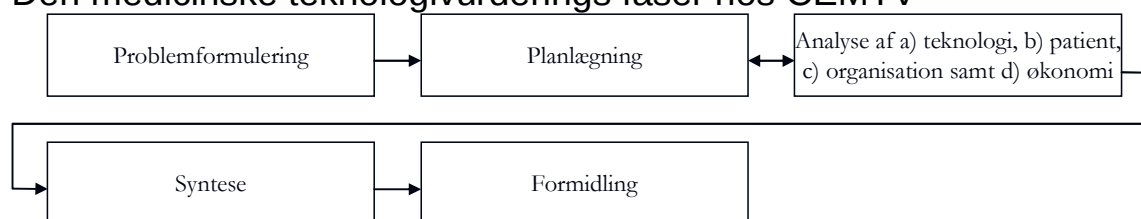
angår inklusionskriterier, anvender SBU et evidenshierarki, der stort set er det samme, som anvendes af de organisationer, der udarbejder systematiske reviews. Efter færdiggørelsen bliver manuskriptet evalueret internt såvel som eksternt, ligesom SBU's bestyrelse og Scientific Advisory Committee efterfølgende godkender konklusionerne og overvejer resultaterne i en bredere kontekst.

2.3.3 Danske producenter

Vi vil i nærværende afsnit udelukkende omtale CEMTV, IRF og Pharma-kon, fordi Nordic Cochrane's arbejde med systematiske reviews foregår på samme måde som i den internationale Cochrane Collaboration.

En medicinsk teknologivurdering defineres af CEMTV som »en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi«. Teknologivurderingernes indhold er som hos NICE og SBU bredere end de systematiske reviews, da de ud over at inkludere en vurdering af de medicinske interventionseffekter (også kaldet »teknologi«) også inddrager økonomiske og organisatoriske effekter samt patientsynspunkter. Der er tale om en tværvidenskabelig tilgang, der ofte involverer medicinske forskere, antropologer, økonomer, sociologer m.v. Arbejdsprocessen er standardiseret og følger fem overordnede faser, som er angivet i figur 2.11.

Figur 2.11 Den medicinske teknologivurderings faser hos CEMTV



Kilde: MTV-instituttet (2000).

I problemformuleringsfasen identificeres problemstillingen og de potentielle beslutningstagere, der efterfølgende kan gøre brug af teknologivurderingen. Udvælgelsen af emner sker internt på baggrund af ideer fra den øvrige Sundhedsstyrelse, fra det rådgivende Centerråd, fra de danske cheflæger eller fra andre vigtige eksterne interessenter (interview med Kristensen 2005). I planlægningsfasen dannes en projektgruppe med ind-

dragelse af relevante faggrupper og eventuelt en faggruppe, der kan bidrage med sparring til projektgruppen (MTV-Instituttet 2000). Projektgruppen etablerer et fælles arbejdsgrundlag, hvilket i nogen grad kan sidestilles med udarbejdelsen af protokoller hos revieworganisationerne, om end indholdet er noget mindre metodefokuseret. I analysefasen foretages en vurdering i forhold til de fire dimensioner, der indgår i en teknologivurdering – teknologi, organisation, økonomi og patient. Efterfølgende foretages en sammenfatning, vægtning og syntetisering af de fire delresultater, hvorefter teknologivurderingen sammenfattes i en afsluttende rapport (Nielsen 2005a).

Den mest interessante af ovenstående faser er umiddelbart syntesefasen, hvor der altså foretages en vægtning af de enkelte elementer. Der findes ingen faste standarder for denne proces, som frem for alt skal være transparent, men som blandt andet kan basere sig på graden af evidens bag de forskellige delresultater. En væsentlig forskel fra Cochrane er, at sammenfatning og vægtning⁸ skal ske under hensyntagen til hørte interessenters tilkendegivelser, som typisk opsamles via forskellige former for strukturerede gruppeprocesser. CEMTV arbejder med et evidenshierarki, hvor reviews af RCTs er i toppen (CEMTV 2006), men man er mere pragmatiske end Cochrane, hvad angår inklusion af andre typer studier (interview med Kristensen 2005).

Hvad angår arbejdsmetoden for MTV-enhederne i Odense og Århus, inddrager man de samme elementer som CEMTV. Begge organisationer henviser da også til CEMTV's introduktionsmateriale og metodehåndbog for yderligere uddybning.

Hvor CEMTV udarbejder medicinske teknologivurderinger til at informere sundhedsplanlæggere, udarbejder Sekretariatet for Referenceprogrammer retningslinjer orienteret mod kliniske praktikere. Udarbejdelsen af referenceprogrammer bliver organiseret ved, at sekretariatets redaktionspanel nedsætter arbejdsgrupper bestående af maks. 12-15 personer med bred deltagelse fra alle relevante sundhedsfaglige specialer. Sekretariatet tilknytter 1-2 konsulenter med henblik på at sikre, at de fra sekretariatets side udstukne arbejdsgange bliver overholdt, ligesom de har en vejledende funktion. Endelig findes en faglig redaktion, som varetager almindelige redaktionelle opgaver – herunder indhentelse af peer-review. I review-

processen sker der som udgangspunkt ikke en egentlig syntetisering af studierne, som således i modsætning til ved systematiske reviews præsenteres *enkeltstående* i en evidenstabel, så den gennemgående tendens kan sammenfattes. Evidensen gradueres i overensstemmelse med et evidenshierarki, der i store træk minder om det, vi så hos CRD.⁹ Sekretariatet for Referenceprogrammer angiver, at man har stadig større fokus på kvalitative metoder, som fx typisk vil være den bedste indgang til at beskrive en patients oplevelse af et behandlingsforløb. Samtidig erkender man, at der stadig eksisterer en række problemer omkring graduering af evidens og generaliserbarhed, som gør, at de kvalitative studiedesign må vurderes som værende et udviklingsområde.

IRF's vigtigste produkt er som nævnt en national rekommandationsliste, der skal sikre det mest rationelle valg mellem analoge lægemidler i primærsektoren. Arbejdet omkring rekommandationerne forløber således, at en styregruppe, som består af medicinske generalister, udvælger de lægemidler, der skal undersøges. Den konkrete analyse bliver herefter foretaget af en specialistgruppe, der udpeges af de medicinske specialselskaber, og som på baggrund af den videnskabelige evidens udarbejder en anbefaling. Denne anbefaling udsender styregruppen til høring hos relevante interessenter, hvorefter styregruppen godkender den endelige rekommandation. Rekommandationslisten baserer sig på bedste videnskabelige evidens om interventionseffekter, bivirkninger samt »praktiske forhold«, mens sundhedsøkonomiske overvejelser ikke medtages. Organisationen baserer sig på stort set samme evidenshierarki som CRD (Pedersen et al. 2001).

Pharmakons evidensrapporter udarbejdes af projektgrupper sammensat af medarbejdere fra udviklings- og forskningsafdelingen. Projektgrupperne har efter behov mulighed for at trække på statistisk og sundhedsøkonomisk ekspertise blandt andet i Danmarks Apotekerforening, som også har en funktion i relation til kvalitetssikring af rapporterne (Pharmakon 2002).

Evidensrapporterne beskriver og dokumenterer effekten af apotekets professionsansvar. Der er indtil nu udarbejdet ni evidensrapporter fx om »compliance« (dvs. graden af overensstemmelse mellem den medicin, patienterne tager, og den medicin, der er ordineret), medicineringsfejl, sund-

hedsfremme og sundhedsforebyggelse samt patientinformation om recept-medicin.

Arbejdsprocessen har lighedstræk med den tidligere beskrevne Cochrane arbejdsproces. Til kvalitetsvurdering af primærundersøgelser anvendes et evidenshierarki baseret på kategorierne A til D, hvor A er defineret som metaanalyser, RCT's, stort patientantal og udførte statistiske tests, mens D er baseret på deskriptive undersøgelser, observationsstudier og kvalitative undersøgelser. I de mellemliggende B- og C-kategorier indgår blandt andet kontrollerede undersøgelser uden randomisering (B) og før-og eftermålinger (C). Analysen af effekter kombineres ligesom i medicinsk teknologivurdering med en sundhedsøkonomisk analyse.

2.4 **Formidling og anvendelse**

2.4.1 **Internationale hovedproducenter**

En vigtig formidlingskanal for de fleste af de undersøgte organisationer er databaser over færdiggjorte reviews. Dette gælder i særdeleshed for Cochrane i kraft af det såkaldte Cochrane Bibliotek, som der i Danmark er gratis adgang til. De vigtigste databaser i biblioteket er The Cochrane Database of Systematic Reviews og den førømtalte The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Det er i denne sammenhæng The Cochrane Database of Systematic Reviews, der er mest interessant, eftersom denne indeholder de systematiske review, der er udarbejdet og godkendt i Cochrane-regi, ligesom der er adgang til de forskningsprotokoller, som reviewene er udarbejdet på baggrund af. Databasen bliver suppleret af Database of Abstracts of Reviews of Effects, som består af reviews, der er udarbejdet uden for Cochrane Collaboration, og som man derfor ikke kan garantere lever op til samarbejdets kvalitetskrav.

En anden væsentlig kilde til formidling, som dog udføres af British Medical Journal (BMJ), er en håndbog om klinisk evidens, hvori man på baggrund af Cochrane reviews angiver den bedst tilgængelige viden om medicinske behandlinger. Der er tale om en let tilgængelig opslagsbog, som især i USA har vundet stor udbredelse, idet den er blevet gratis distribueret til samtlige amerikanske læger (interview med Gøtzsche 2005). Endvidere foregår der formidling i forhold til det videnskabelige samfund,

når Cochrane reviews trykkes i internationale akademiske tidsskrifter. I organisationens tidlige år havde man vanskeligheder ved dette, da de store tidsskrifter ikke ville acceptere at være andet publikationssted efter offentliggørelsen i Cochrane Biblioteket. Imidlertid er prestige ved Cochrane reviews efterhånden blevet så stor, at det er lykket sig at etablere samarbejde med blandt andre The Journal of the American Medical Association (JAMA) og BMJ, som er nogle af de førende tidsskrifter inden for det medicinske felt. Det er dog stadig en forholdsvis lille del af reviewene, der bliver dobbeltpubliceret. Endelig benytter Cochrane-samarbejdet sig af de formidlingsmuligheder, der ligger i organisationens hjemmeside, og de årlige konferencer, hvor eksterne inviteres til at deltage.

En revieweffekt kan evalueres i forhold til forskellige niveauer – fx den offentlige debat, den politiske beslutningstagning og praktikernes adfærd. Et eksempel på et Cochrane review, der har haft effekt på den offentlige debat, er mammografiscreeningsreviewet, der forholdt sig skeptisk til de påståede effekter af screening. Dette review var ligeledes effektivt i forhold til den politiske beslutningstagning i bl.a. Brasilien. Ser vi på praktikernes adfærd, førte et review af albumin til, at forbruget af stoffet i Storbritannien blev halveret på et halvt år (interview med Gøtzsche 2005). Der er dog også utallige eksempler på reviews, der har været uden gennemslagskraft. Der synes på den baggrund at mangle systematiske studier af reviewenes anvendelse. En undtagelse herfra er dog Kürstein et al. (2005), som vil blive beskrevet i afsnit 2.4.3.

En af de hyppigst anførte udfordringer for anvendelse af Cochrane reviews i klinisk praksis er, at der fra praktikernes side ses et modsætningsforhold mellem den evidensbaserede og den patientcentrerede medicin (Breinholdt 2005). Ligeledes er et hyppigt fremført argument, at standarder for evidens støder imod den fagprofessionelle forestilling om lægelig autonomi (Ekeland 2004; Pedersen 2005; Mosely og Tierney 2005). Endelig kan der være et modsætningsforhold mellem den evidensbaserede medicins logik og centrale gruppers pekuniære interesser (interview med Gøtzsche 2005).

2.4.2 Øvrige internationale producenter

CRD har ligesom Cochrane-samarbejdet en række databaser, der anvendes til formidling. Den vigtigste er DARE-databasen, som også er inkluderet i Cochrane Biblioteket, og som indeholder opsummeringer af systematiske reviews inden for social- og sundhedsområdet. CRD administrerer desuden i samarbejde med INAHTA en database over medicinske teknologivurderinger (HTA-databasen), ligesom man varetager NHS EDD, der indeholder kvalitetssikrede økonomiske evalueringer.

Generelt må CRD karakteriseres som havende mere fokus på formidling og anvendelse end Cochrane. Man har en eksplicit formidlingsstrategi – endda et helt »Dissemination Team«. Formidlingsstrategien udmønter sig fx i en lang række features på centerets hjemmeside samt en medieservice, der kaldes »hitting the headlines«, hvori man inden for 48 timer undersøger evidensen bag sundhedsrelaterede artikler i engelske medier. Man indgår endvidere i strategiske formidlingsnetværk på alle niveauer, som bliver benyttet målrettet, hvilket vil sige, at formidlingen differentieres til brugernes forskelligartede behov. Der er således i forhold til Cochrane tale om en langt mere aktiv formidling. Endelig arrangerer man i lighed med Cochrane workshopper, konferencer, ligesom man »turnerer« med diverse præsentationer.

EPPI huser som de foregående organisationer en række formidlingsorienterede databaser, hvoraf DoPHER, der består af over 1.000 færdige systematiske reviews, er den vigtigste. For at øge anvendeligheden af sine produkter involverer EPPI endvidere politikere, praktikere og brugere i en specifikation af, hvordan man kan gøre forskningen mest relevant for den daglige praksis. Man anvender øjensynligt ligeledes dette uformelle netværk som et led i de direkte formidlingsbestræbelser.

Rationalet bag WHO's HEN er ifølge organisationens egen formålsbeskrivelse i høj grad formidlingsorienteret. Således bliver der i hele organisationens arbejdsproces lagt stor vægt på, at reviewspørgsmålene er praktisk relevante, ligesom det færdige produkt skal være let anvendeligt. Således bliver reviewspørgsmål primært udvalgt efter, hvilke emner sundhedsbeslutningstagere finder presserende. Den afsluttende syntese er i overensstemmelse hermed primært et formidlingsprodukt og således ikke en videnskabelig afhandling. HEN har valgt at nedtone de metodiske udrednin-

ger og levere praksisrelevant information på maks. 10 sider. Sigtet er at øge den praktiske anvendelighed i politiske beslutningsprocesser. HEN har et netværk af projektpartnere, der skal bistå organisationen i dens bestræbelser på at udbrede sine resultater. Det er endnu for tidligt at evaluere HEN's praktiske gennemslagskraft.

Hvis vi ser på producenterne af medicinske teknologivurderinger, har NICE's udvælgelse af reviewemner pr. definition relevans for praksis, da udvælgelsen sker på baggrund af opdrag fra det engelske National Health Services (NHS). Organisationens leverer en betydelig formidlingsindsats bl.a. gennem et separat pressekontor. Organisationens effekt på praksis er nok den mest direkte af de undersøgte organisationers, idet NHS er forpligtet til at tilvejebringe finansiering til en intervention, som NICE anbefaler. Implementeringen understøttes gennem konsulenttydelser, ligesom NICE regelmæssigt får opdrag af NHS til udarbejdelse af surveys med henblik på at evaluere den faktiske anvendelse af rekommandationerne.

SBU sikrer sine reviews' relevans ved at indhente inspiration til emner fra eksterne partnere. Et væsentligt initiativ med henblik på at fremme anvendelsen er en differentiering af produkterne for at imødekomme brugergruppernes forskelligartede behov. SBU udarbejder de såkaldte »Alert Reports« omkring særligt aktuelle emner – typisk en metode/intervention, der udgør et medicinsk gennembrud, der berører en stor gruppe patienter, der påvirker sygehusstrukturen, der har betydelige økonomiske konsekvenser, eller der må forventes at være kontroversiel som følge af dens etiske eller sociale implikationer. »Alert reports« publiceres i et let anvendeligt format på 5-10 sider.

Formidlingsaktiviteterne bliver understøttet af SBU's nationale såvel som internationale netværk. For at sikre sig, at resultaterne anvendes i den lokale implementering, har organisationen blandt andet kontakt til 40 lokale »ambassadører« i hele Sverige. Internationalt har man bl.a. samarbejde med INAHTA og HEN. Der er ikke fundet egentlige evalueringer af teknologivurderingernes gennemslagskraft.

Endelig skal det nævnes, at en væsentlig formidlingsindsats, hvad angår medicinske teknologivurderinger, varetages af de internationale netværksorganisationer INAHTA og HTAi. Organisationerne tilvejebringer især formidling – og dermed koordination – *mellem* teknologivurderings-

organisationerne, men er ligeledes orienteret mod brugergrupper, der aktivt knytter sig til netværkene. Netværksorganisationerne udfører dog kun i meget begrænset omfang opsøgende formidling i forhold til ikke-medlemmer.

2.4.3 **Danske producenter**

Nordic Cochranes formidling er i store træk en ækvivalent til den, som vi så hos den internationale Cochrane Collaboration. Der findes dog en række aktiviteter og resultater, der er specifikke for Danmark. Om den danske formidling må det således nævnes, at man har et tæt samarbejde med journalister fra almene medier såvel som faglige tidsskrifter. Hvad angår sidstnævnte, har man et særligt samarbejde med Ugeskrift for Læger, hvor en væsentlig del af den nationale faglige debat foregår (interview med Gøtzsche 2005).

Der findes ikke megen viden om anvendelsen og betydningen af de udarbejdede reviews. En af de få systematiske undersøgelser af Cochrane reviews anvendelse i praksis er udført af Kürstein et al. (2005), der ser på overensstemmelsen mellem den evidensbaserede forsknings resultater og den kliniske praksis på behandling af leverpatienter i Danmark. Rapporten konkluderer, at der er en væsentlig diskrepans mellem evidens og praksis – bl.a. fordi praktikerne i ringe grad anvender Cochrane reviews som grundlag for vurdering af interventioners effekt. Således kan der findes adskillige eksempler på, at interventioner, som i reviews har vist sig virkningsløse, anvendes, mens effektfulde interventioner negligeres. Oliveri et al. (2004) giver en potentiel forklaring på denne mangelfulde anvendelse, idet de peger på, at danske hospitalslægers kendskab til evidensbaserede begreber og teknikker er mangelfuldt, ligesom deres informationssøgningsmønster er yderst traditionelt. Det er dog tænkbart, at der i denne sammenhæng er store variationer mellem forskellige medicinske områder.

CEMTV forsøger at sikre anvendeligheden af sine teknologivurderinger ved at udvælge reviewemner på baggrund af eksterne forslag fra cheflægerne og interne forslag fra Centerrådet, som består af repræsentanter for interessenter i sundhedsvæsenet. Desuden arbejdes der med skriftlig formidling gennem publikations- og projektdatabaser samt nyhedsbrevet MTV-Nyt. CEMTV har i formidlingsøjemed differentieret sine rapporter,

således at der nu er tidlig varsling, større brede MTV-rapporter, Hurtig MTV og MTV af kræftlægemidler. På sygehusniveau udarbejdes »mini-MTV'er«, som i forhold til almindelige teknologivurderinger tidsmæssigt og formmæssigt er mere anvendelige til at indgå i en klinisk beslutningsproces. Der er i den forbindelse udarbejdet et nationalt skemamateriale til brug ved Mini-MTV (CEMTV 2005). Ud over de skriftlige formidlingskilder afholdes årlige møder og konferencer, ligesom pressen og de faglige tidsskrifter søges aktiveret i forbindelse med offentliggørelsen af nye rapporter. Det er dog ikke systematisk undersøgt, i hvor høj grad dette lykkes. Endelig har CEMTV qua sin placering i Sundhedsstyrelsen en naturlig formidlingsadgang til det politiske system. Organisationen har således en mere policy-nær placering end fx Cochrane.

Hvad angår MTV-enhederne i Odense og Århus, sker en betydelig formidlingsindsats gennem oplæg og foredrag, ligesom man varetager undervisning i medicinsk teknologivurderinger på universiteter. Desuden deltager man i CEMTV's metodeudvikling med henblik på at sikre, at enhedernes produkter er tilpasset de relevante beslutningsprocesser. De to regionale MTV-enheder kan i forhold til CEMTV have den fordel, at deres projekter i nogle tilfælde vil have større lokal forankring.

Der findes kun ringe forskningsmæssig dokumentation for teknologivurderingernes anvendelse eller eventuelle mangel på samme. Der er dog udarbejdet en omfattende evaluering af CEMTV-rapporten »Ondt i ryggen«. Dette arbejde er udført af Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet og MUUSMANN Research & Consulting og vurderer rapportens gennemslagskraft i forhold til kliniske praktikere (Sundhedsstyrelsen 2006).

IRF foretager en væsentlig formidlingsindsats via et månedligt blad og via instituttets hjemmeside, hvor den nationale rekommandationsliste er tilgængelig. Legitimiteten af rekommandationerne bliver blandt andet sikret ved, at det er fagprofessionen, der har styring med processen, således at rekommandationerne reelt udarbejdes af medicinske specialselskaber i interaktion med en styregruppe bestående af velansete medicinske generalister. Der er ikke fundet systematiske undersøgelser omkring hyppigheden af rekommandationernes anvendelse, om end det må formodes, at de især bruges inden for almen praksis.

Pharmakon formidler via sin hjemmeside samt via nyhedsbreve. Herudover kan evidensrapporterne downloades også fra Danmarks Apotekerforenings hjemmeside. Der er endvidere oprettet en database med søgemuligheder blandt de artikler, der indgår i evidensrapporterne. Formålet med databasen er at skaffe branchen et solidt, fagligt grundlag. Dens primære brugere angives at være Danmarks Apotekerforening, foreningens medlemmer samt Pharmakon selv (Pharmakon 2002). Det må formodes, at den tilvejebragte viden også formidles via organisationens uddannelsesvirksomhed.

2.5 **Sammenfatning – sundhed**

Adoptionen af forestillingen om evidens og den efterfølgende institutionalisering er blevet identificeret i forhold til to sideordnede ideer – nærmere bestemt udarbejdelsen af reviews og medicinsk teknologivurdering. Ideen om reviews opstod i Europa i 1980'erne, mens ideen om teknologivurdering kan føres tilbage til USA omkring 1970. Der er således tale om ideer med forskellig oprindelse, som indtil institutionaliseringen blev diskuteret separat. Samtidig er de dog relaterede, idet de begge baserer sig på forestillingen om en evidensbaseret praksis, der tager udgangspunkt i sammenfatninger af eksisterende viden. Ideernes forskellige oprindelse ses stadig i dag, hvor der nok er organisationer, der både udfører reviews og teknologivurdering (fx CRD), men hvor det generelle samarbejde mellem de to typer af organisationer er relativt beskedent, men måske nok i vækst, i forhold til overlappet i deres genstandsfelt (interview med Gøtzsche 2005, interview med Kristensen 2005). Nedenstående figur 2.12 og 2.13 sammenfatter analysens vigtigste resultater, hvad angår adoption, institutionalisering og spredning af evidensbaseret medicin.

Figur 2.12 Adoption, institutionalisering og spredning af systematiske reviews i Europa, USA, Danmark samt øvrige Norden. Kolonnernes placering fra venstre mod højre følger adoptionens kronologi

	<i>Europa (herunder UK)</i>	<i>USA</i>	<i>Danmark</i>	<i>Øvrige Norden</i>
<i>Adoption</i>	1980'erne	Usikkert, men sandsynligvis slutningen af 1980'erne	1990-1993	1990-1993
<i>Institutionalise- ring og spred- ning</i>	Cochrane (1992-1993) CRD (1994) EPPI (1996) HEN	Cochrane (1993)	Nordic Cochrane (1993) Copenhagen Trial Unit (1995) Pharmakon (2000)	Nordic Cochrane (1993)

Figur 2.13 Adoption, institutionalisering og spredning af medicinske teknologivurderinger i USA, Europa, Øvrige Norden (Sverige, Norge og Finland) samt Danmark. Kolonnernes placering fra venstre mod højre følger adoptionens kronologi

	<i>USA</i>	<i>Europa (herunder UK)</i>	<i>Øvrige Norden</i>	<i>Danmark</i>
<i>Adoption</i>	Slutningen af 1960'erne/ starten af 1970'erne	Ca. 1980	Ca. 1980	Ca. 1980
<i>Institutionalise- ring og spred- ning</i>	OTA (1975)	ISTAHC (1984) / HTAi (2003) INAHTA (1993) NICE (1999/2005)	SBU (1987) FinOHTA (1995)	CEMTV (1997/2001) MTV-Århus (1999) MTV-Odense (2002)

Vi har i afsnit 2.2 primært undersøgt, hvordan den enkelte enhed internt er *organiseret*. Figur 2.14 opsummerer fællestræk og forskelle mellem de undersøgte organisationer. Cochrane Collaboration er på grund af sin udbredelse og organisatoriske kompleksitet særlig interessant.

Figur 2.14 Centrale karakteristika ved de undersøgte organisationers organisering

	<i>Institutionelt tilhørsforhold</i>	<i>Finansiering</i>	<i>Organisationstype</i>
Cochrane	Selvstændig organisation	Multiple kilder	International organisation m. multiple lag
CRD	Center v. University of York	Hovedsagelig NHS	Enhedsorganisation
EPPI	Del af SSRU, University of London	UK sundhedsmin., undervisningsmin. m.fl.	Del af en enhedsorganisation
HEN	Del af WHO	WHO	Enhedsorganisation
NICE	Selvstændig organisation – tilknyttet NHS	NHS	Enhedsorganisation
NCCHTA	Universitetstilknyttet institut	NHS	Enhedsorganisation
SBU	Selvstændig fra 1992	Regeringen	Enhedsorganisation
INAHTA	Selvstændig, men hovedkvarter hos SBU	Ringe finansiering	Netværksorganisation
HTAi	Selvstændig	Medlemmerne	Netværksorganisation
Nordic Cochrane	Tilknyttet Rigshospitalet	Primært Rigshospitalet	Regional enhed for Cochrane
CEMTV	Center under Sundhedsstyrelsen	Regeringen/Folketinget over finanslov	Del af en enhedsorganisation
IRF	Tilknyttet Lægemiddelstyrelsen	Regeringen/Folketinget over finanslov	Relativ selvstændig organisation tilknyttet en styrelse
Pharmakon	Tilknyttet apotekerbranchen	Evidensarbejdet finansieres af Danmarks Apotekerforening	Enhedsorganisation

Hvad angår *arbejdsmetode og produktion*, viste analysen store ligheder i organisationernes principper for udarbejdelse af reviews. Dette gjaldt de overordnede træk i arbejdsprocessen såvel som det evidenshierarki, der blev anvendt til at vurdere potentielt relevante primærstudier. For nogle organisationer, frem for alt Cochrane, er RCT-forankrede primærstudier og synteseformen metaanalyse et klart ideal, mens andre organisationer definerer evidens bredere. Herudover er der mellem organisationerne store forskelle i forhold til, hvordan emnerne for review udvælges. Figur 2.15 indeholder en oversigt over væsentlige *processuelle* ligheder og forskelle.

Figur 2.15 Centrale processuelle karakteristika ved de undersøgte organisationers arbejdsmetode og produktion

	<i>Organisationen modtager eksterne forslag til emner</i>	<i>Organisationen fremkommer selv med forslag til emner</i>	<i>Organisationen producerer selv reviews internt</i>	<i>Org. giver opdrag til eksterne eller faciliterer eksterne</i>
<i>Cochrane</i>	x	-	-	x
<i>CRD</i>	(x)	x	x	x
<i>EPPI</i>	x	x	x	usikkert
<i>HEN</i>	x	(-)	-	x
<i>NICE</i>		-	(x)	(x)
<i>NCCHTA</i>	x	x	x	x
<i>SBU</i>	x	(x)	(x)	(x)
<i>Nordic Cochrane</i>	x	-	-	x
<i>CEMTV</i>	x	(x)	(x)	x
<i>IRF</i>	(-)	x	(-)	(x)
<i>Pharmakon</i>	Usikkert	x	x	-

Tegnforklaring: »x« betyder, at der entydigt kan svares bekræftende til det pågældende udsagn. »(x)« implicerer, at der i nogen grad kan svares bekræftende, mens »(-)« indikerer, at der næsten kan svares afvisende. »-« betyder, at punktet entydigt kan afvises.¹⁰ Hvor der mangler tilstrækkelig med oplysninger til et kvalificeret svar, er der angivet »usikkert«.

Analysen viste endvidere en række forskelle på produktionen af systematiske reviews og teknologivurderinger. Mest markant er teknologivurderinger rent indholdsmæssigt bredere, idet man tilføjer økonomiske og organisatoriske aspekter samt patientsynsvinkler til vurderingerne af de medicinske interventioners effekt. Desuden er en væsentlig forskel, at man i teknologivurderinger inddrager interessentgrupper, hvorimod det i systematiske reviews er fundamentalt, at disse ekskluderes. Denne forskel skyldes sandsynligvis, at et systematiske reviews typisk sigter på at være en objektiv, teknisk vurdering af en interventionseffekt, mens en teknologivurdering er en holistisk sammenstilling, der ved sine konsensuelle elementer eksplicit indskrives sig i en politisk kontekst.

Endelig kan vi vedrørende organisationernes *formidlingsaktiviteter* konkludere, at alle de undersøgte organisationer har blik for formidlingsaspekter, om end i varierende omfang og på forskellige punkter. Nogle organisationer har naturlige formidlingskanaler gennem deres organisatoriske placering (fx CEMTV) eller tilknytning (fx NICE), mens andre må opsøge dem. Nogle organisationer har en relativ passiv formidlingsstrategi (fx

Cochrane), mens andre har en mere aktiv (fx CRD). Nogle organisationer udarbejder formidlingsorienterede udgaver af deres produkter (fx HEN), mens andre undlader (fx Cochrane). Typisk er der også i denne sammenhæng en forskel mellem teknologivurderingsinstitutter og organisationer, der udarbejder reviews, idet det primære mål for teknologivurderinger »ikke er at producere ny videnskabelig viden, men at gøre information tilgængelig for beslutningstagerne i en brugbar form« (B.S. Holberg citeret i Pedersen 2005). Forskelle og ligheder i organisationernes karakteristika i relation til formidling er sammenfattet i figur 2.16.

Figur 2.16 Centrale karakteristika for de undersøgte organisationers formidling

	<i>Organisationen udarbejder (i væsentligt omfang) formidlingsorienterede produkter</i>	<i>Organisationen har en naturlig, organisationel adgang til formidling</i>	<i>Organisationen er engageret i netværk med henblik på formidling</i>	<i>Målgruppe</i>
<i>Cochrane</i>	(-)	-	(-)	Primært klinikere
<i>CRD</i>	x	(-)	x	Primært klinikere
<i>EPPI</i>	(x)	-	x	Bredt
<i>HEN</i>	x	(-)	x	Politikere og klinikere
<i>NICE</i>				NHS, politikere og klinikere
<i>NCCHTA</i>	(x)	-	x	NHS, NICE
<i>SBU</i>	x	(x)	x	Politikere samt sundhedsledere
<i>Nordic Cochrane</i>	(-)	(-)	(-)	Klinikere
<i>CEMTV</i>	x	x	x	Politikere samt sundhedsledere
<i>IRF</i>	(-)	(-)	(-)	Almen praksis (klinikere)
<i>Pharmakon</i>	x	x	x	Apotekerbranchen

Tegnforklaring: »x« betyder, at der entydigt kan svares bekræftende til det pågældende udsagn. »(x)« implicerer, at der i nogen grad kan svares bekræftende, mens »(-)« indikerer, at der næsten kan svares afvisende. »-« betyder, at punktet entydigt kan afvises.

Om *anvendelsen* må påpeges, at det kun i meget begrænset omfang har været muligt at opspore eksisterende forskningsbaseret viden herom. De få tilgængelige studier tyder dog på, at overførslen fra forskningsbaseret viden til praksis langt fra er uproblematisk.

3 Socialområdet

I dette kapitel behandles socialområdet. Hvert afsnit er som udgangspunkt opdelt i tre substantielle delafsnit. Det første beskriver den vigtigste internationale organisation, Campbell Collaboration. Det andet fokuserer på de øvrige internationale organisationer, mens det tredje ser på de danske initiativer.

3.1 Adoption

3.1.1 Baggrund

Randomiserede forsøg associeres oftest med det medicinske område. Imidlertid findes der en lang tradition for eksperimentel forskning inden for socialområdet (Petrosino 2000), der mindst kan føres tilbage til de første årtier af det 20. århundrede, hvor den eksperimentelle sociologi var i kraftig fremdrift. Især efter den store depression, hvor behovet for effektive interventioner til at forbedre de sociale vilkår for alvor kom på den politiske dagsorden, oplevedes en kraftigt vækst (Oakley 1998). Indtil 1930'erne var det især amerikanske forskere, der var aktive på området, hvilket blandt andet kan forklares med, at disse følte et stort behov for at »videnskabeliggøre« samfundsvidenskaben. I Storbritannien forblev samfundsvidenskabelig forskning derimod længe et uakademisk emne (Oakley 2000).

En indflydelsesrig person i anvendelsen af eksperimentelle metoder inden for sektoren var Donald Campbell, der sammen med Julian Stanley udgav »Experimental and Quasi-Experimental Design for Research« i

1963. Heri agiterer forfatterne for brugen af forskningsdesign med randomiseret allokering inden for samfundsvidenskaben (Petrosino et al. 2000). Siden udgav Campbell i 1969 »Reforms as Experiments«, i hvilken han argumenterede yderligere for nødvendigheden af at evaluere sociale interventioners effekt gennem en eksperimentel tilgang (Campbell 1969). Campbells banebrydende publikationer faldt sammen med den amerikanske evalueringsguldalder mellem 1962 og 1991, hvor eksperimentel forskning gennemlevede en opblomstring (Oakley 2000).

I 1970'erne og 1980'erne påbegyndte der – inspireret af Donald Campbell – en række bestræbelser på at udarbejde generelle såvel som specialiserede bibliografier over interventionsstudier inden for det sociale område. I denne fase var især amerikanske forskere aktive. Bestræbelserne forblev dog forholdsvis sporadiske i forhold til det arbejde, der foregik inden for det medicinske område, og således var der indtil godt op i 1990'erne intet vedvarende arbejde, der fx formåede at udvikle primærdatabaser i stil med Cochranes.

3.1.2 Den internationale adoption

På trods af den lange tradition for eksperimentel forskning førte bestræbelserne som nævnt i mange år ikke til en stabil institutionalisering af reviewarbejde på det sociale område (Petrosino et al. 2000). Reviewarbejde er således et nyere fænomen på det sociale område end på det medicinske område.

I starten af 1990'erne ses imidlertid en række tiltag til institutionalisering af reviewarbejde inden for feltet i Storbritannien. I 1990 oprettedes således Social Science Research Unit (SSRU) på Institute of Education ved University of London. Enhedens fokus var initialt primært på at udvikle et program for policyrelevant arbejde inden for uddannelse og sundhed, men er siden udvidet til at omfatte sociale initiativer i bred forstand (SSRU 2001). I 1993 blev EPPI dannet under SSRU med henblik på at reviewe forskningsbaseret viden om sociale interventioner i bred forstand. EPPI synes dog i praksis at have hovedfokus på uddannelsesmæssige interventioner, hvilket understøttes af centerets tilhørsforhold til Institute of Education. Ud over EPPI har CRD, der som beskrevet i foregående afsnit har sit hovedfokus på medicinske interventioner, siden midten af 1990'erne udar-

bejdet systematiske reviews, der i nogle tilfælde har relevans for socialsektoren. Endvidere dannedes i henholdsvis 1996 og 1997 Research in Practice (RiP) og Centre for Evidence Based Social Services (CEBSS), der begge udarbejder reviews, om end det ikke er deres hovedaktivitet. Endelig har den traditionsrige velgørenhedsorganisation Barnardo's siden midten af 1990'erne været engageret i et »What works«-projekt, som søger at promovere og anvende en evidensbaseret tilgang til børneservices gennem udarbejdelse af reviews af den bedste tilgængelige forskning.

Ann Oakley, der var med til at grundlægge SSRU i 1990 og desuden var leder af EPPI indtil 2005, har været en central aktør i den engelske udvikling. En anden væsentlig kilde til evidensbølgen inden for den engelske samfundsvidenskab kan fra slutningen af 1990'erne henføres til det politiske niveau, hvor den britiske Labour-regering har lanceret evidenstankegangen aktivt i sin politik (Cabinet Office Performance and Innovation Unit 2001; Solesbury 2001; Sanderson 2004).

I Sverige dannedes i 1993 Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), der med inspiration fra det svenske medicinske teknologivurderingsinstitut, SBU, fik til opgave at sammenstille primærforskning inden for socialsektoren til såkaldte »kundskabsoversigter«. CUS begyndte i 2000 et samarbejde med Campbell Collaboration, som vi senere skal omtale, og blev herefter det svenske knudepunkt for organisationen. CUS tog i 2004 navneforandring til Institutet för Utveckling av metoder i socialt arbete (IMS), men har stadig systematiske kundskabsoversigter som sit primære fokus. I 1997 blev der oprettet en finsk ækvivalent til CUS under STAKES ved navn FinSoc, og de to nordiske organisationer har siden haft et tæt samarbejde (Socialstyrelsen 2001). I Norge er det Kunnskapssenteret, som ellers hovedsagelig agerer på det medicinske område, der er den nationale koordinator af systematiske reviews på socialområdet (Kunnskapssenteret 2005).

Etableringen af den internationalt centrale organisation på socialområdet, Campbell Collaboration, fandt sted i slutningen af 1990'erne. I 1997 udgav Robert F. Boruch, der var formand for the Royal Statistical Society, publikationen »Randomized Experiments for Planning og Evaluation«, hvori han tog arven op fra Donald Campbell. Samtidig fandt ledende skikkelser inden for Cochrane det hensigtsmæssigt, at der blev dannet en selv-

stændig organisation inden for socialområdet, hvorfor man i 1998 tog kontakt til Boruch for at overtale ham til at igangsætte et initiativ i Donald Campbells navn (Schneider 2002; Chalmers 2003b). I 1999 blev der afholdt en række planlægningsmøder – heriblandt et på University College i London og et arrangeret af den svenske socialstyrelse. Disse møder dannede baggrunden for, at Campbell Collaboration året efter blev officielt grundlagt i Philadelphia (Petrosino et al. 2001) med Robert Boruch fra University of Pennsylvania og Haluk Soydan fra den svenske socialstyrelse som ledere. Campbell-samarbejdet var, som forhistorien antyder, fra starten meget inspireret af Cochranes Collaborations arbejde på det medicinske område (Davis og Boruch 2001).

Efter dannelsen af Campbell Collaboration kom der især i Storbritannien en eksplosiv stigning i antallet af organisationer, der beskæftigede sig med evidensbaseret socialarbejde. Den vigtigste af disse var Social Care Institute for Excellence (SCIE), der i 2001 blev etableret af den engelske regering med en årlig bevilling på over 20 mio. kr. og med det formål at forbedre landets sociale sektor. SCIE er interessant ikke alene grundet sin størrelse og sine kontakter til det politiske miljø, men også fordi organisationen har en bredere forståelse af evidens end Cochrane og Campbell. Af andre interessante britiske initiativer kan nævnes Systematic Reviews in Social Policy and Social Care (SRSPSC), What Works for Children (2001), Research Unit for Research Utilisation (RURU), Centre for Evidence in Ethnicity, Health and Diversity samt Centre for Neighbourhood Research, der alle var tilknyttet det såkaldte Evidence Network – en evidensbaseret netværksorganisation,¹¹ der blev etableret i 1999 med støtte fra det engelske samfundsvidenskabelige forskningsråd, ESRC. De fleste af initiativerne afsluttede deres forskningsprogrammer i 2005, men den koordinerende enhed bliver ført videre på King's College i London med henblik på fortsat at understøtte det britiske evidensmiljø.

En interessant amerikansk organisation er Promising Practice Network (PPN), der er et projekt styret af RAND Corporation, og som endvidere har tilknytning til organisationer fra fire amerikanske stater. PPN udarbejder reviews over lovende programmer inden for socialområdet med en tilgang, der er noget mindre systematisk end den, man ser hos fx Campbell.

3.1.3 Den danske adoption

Institutionaliseringen af reviewarbejde på socialområdet i Danmark skete i 2002, da Nordic Campbell Center blev etableret på Socialforskningsinstituttet. Det kan i et evalueringsperspektiv synes noget overraskende, at Nordic Campbell netop kom til at ligge i Danmark, idet især Sverige har haft en lang tradition for evaluering af socialpolitiske tiltag. Desuden var Haluk Soydan fra det daværende svenske CUS (nu IMS) på daværende tidspunkt en af formændene for Campbell, ligesom svenskerne havde spillet en afgørende rolle i initieringen af det internationale samarbejde. At centeret netop blev placeret i Danmark, kan imidlertid tilskrives, at danske forskere tidligt engagerede sig aktivt i sagen og formåede at skabe en politisk velvilje fra bl.a. Folketingets Socialudvalg, der muliggjorde etablering af centret gennem midler fra statspuljen. Således var SFI-forskere til stede, da Campbell i 2000 blev diskuteret for første gang i brede forskningskredse. Efterfølgende vurderede Socialforskningsinstituttets ledelse, at et Campbell-center ville passe godt ind i institutionens strategi, som fordrede internationalisering, orientering mod anvendt forskning samt opbygning af metodisk kvantitativ kompetence – alle elementer, der var forenelige med Campbell-tankens.

Den bredere kontekst var, at det sociale område i slutningen af 1990'erne kom under stigende finansielt pres i Danmark, hvilket fordrede en hårdere prioriteringsdiskussion end hidtil. Øget evidensbaseret dokumentation for socialpolitik og socialt arbejde blev angiveligt vurderet som en måde, hvorpå det sociale område kunne blive bedre til at dokumentere resultater og dermed stå stærkere i forhold til andre sektorområder. Der eksisterende således et sammenfald af en række gunstige faktorer, der alle var til stede i Danmark på det tidspunkt, hvor ideen om et regionalt center for evidensbaseret socialpolitik blev spredt til Norden (interview med Konnerup 2005).

En interessant detalje ved adoptionen af evidenstankegangen i Danmark er, at Nordic Campbell fik et mere begrænset fokus end det internationale Campbell-samarbejde, der formelt lægger lige stor vægt på områderne uddannelse, kriminologi og velfærd. Det Nordiske Campbell Center har imidlertid – sandsynligvis grundet placeringen på Socialforskningsinstituttet og finansieringen gennem statspuljen – primært fokus på udarbejdelse af

reviews på social- og velfærdsområdet og kun sekundært på formidling af de resultater, der internationalt produceres inden for uddannelse og kriminologi.

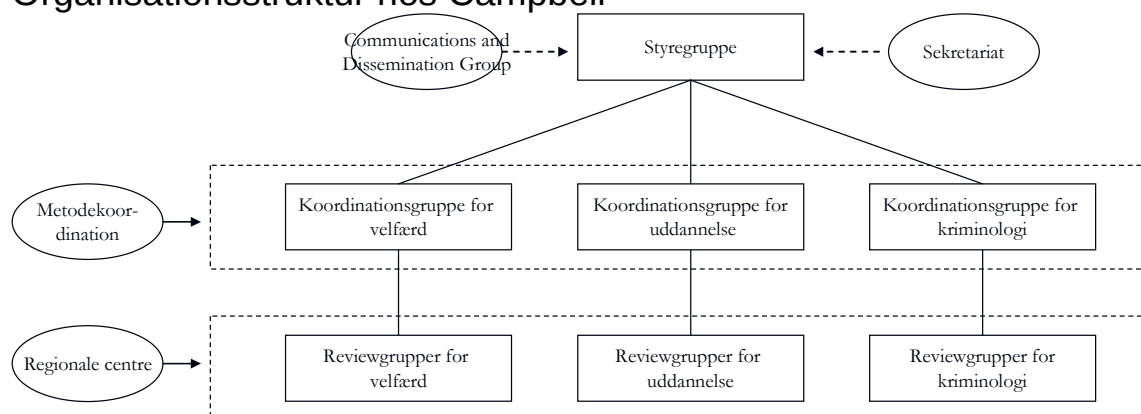
Nordic Campbell Center er stadig det eneste center i Danmark, der udelukkende arbejder med udarbejdelse af reviews inden for den sociale sektor. Centerets dannelse har dog øjensynligt haft en faciliterende rolle i forhold til den generelle evidensdebat inden for feltet (fx Socialpædagogen 2005 nr. 13-17). I forbindelse hermed har Huset Mandag Morgen lanceret et initiativ, hvori man har samlet en bred kreds af praktikere og beslutningstagere til at diskutere evidens. Dette har resulteret i en artikelrække samt et debatoplæg, som forholder sig særdeles positivt til at overføre tankegangen fra det medicinske felt til de øvrige velfærdsområder (Mandag Morgen 2004). Initiativet er principielt sektorielt tværgående, men har i personsammensætning og vinkling en klar orientering mod det sociale område, hvor det også har skabt størst debat.

3.2 Organisering

3.2.1 Hovedproducenter

Den vigtigste producent af reviews på socialområdet er Campbell-samarbejdet, der består af fire hovedtyper af organisatoriske enheder.

Figur 3.1 Organisationsstruktur hos Campbell



Centralt står den internationale styregruppe (»C2 Steering Group«), der har tilknyttet et sekretariat såvel som en særlig »Communications and

Dissemination Group«. Styregruppen har til opgave at udforme samarbejdets generelle policies og stå for den overordnede koordination. Den faglige koordination varetages af samarbejdets koordinationsenheder (»C2 Coordination Groups«), som eksisterer på hvert af Campbells faglige hovedområder – uddannelse, kriminologi samt social velfærd. Der findes endvidere en »Methods Coordination Group«, som kan anskues som en fjerde koordinationsgruppe, idet der er tale om en tværgående koordinerende enhed, der samordner metodologiske spørgsmål på tværs af de øvrige enheder.

En tredje type af organisatoriske enheder er reviewgrupperne, der udgør den vigtigste faglige referenceenhed for de teoretikere og praktikere, der ønsker at udarbejde et systematisk review inden for et givent område. Det er således reviewgrupperne, der forestår den egentlige udarbejdelse af reviews, hvilket står i modsætning til hos Cochrane, hvor reviewgrupperne alene har overvågende og faciliterende karakter. Endelig har Campbell overtaget ideen om regionale centre, der varetager den nationale/regionale koordinationsindsats, og som desuden spiller en faciliterende rolle i forhold til praktikere bl.a. via tilvejebringelse af ressourcer. Der er imidlertid endnu kun etableret et regionalt center, nemlig Nordic Campbell Center, jf. nedenfor.

Campbell samarbejder med mange organisationer, men den tætteste relation er til Cochrane Collaboration, som ellers primært opererer inden for det medicinske felt. Samarbejdet med Cochrane reflekterer den historiske baggrund og den fælles metodologiske platform, idet Iain Chalmers og andre af Cochranes centralt placerede medlemmer spillede en vigtig faciliterende rolle for Campbell.

3.2.2 Andre producenter

Selv om EPPI og CRD har væsentlige aktiviteter inden for socialområdet, ligger deres hovedfokus inden for henholdsvis uddannelse og medicin. Da disse organisationers struktur og arbejdsmetoder i store træk er ens på tværs af sektorområde, vil de ikke blive behandlet yderligere i nærværende kapitel, hvorfor vi i det følgende udelukkende vil se på SCIE, RiP, CEBSS, Barnardo's, Evidence Network, IMS, Kunnskapssenteret, FinSoc og PPN.

SCIE er registreret som en uafhængig engelsk velgørenhedsorganisation, der dog primært blev nedsat på baggrund af et initiativ fra regeringen. Organisationen er ledet af en bestyrelse på 13 personer med en politisk, forskningsmæssig eller praktisk baggrund. Centralt i SCIE's organisering er deltagelsen i partnerskaber og netværk med interessenter såsom servicebrugere, sociale organisationer, politikere, undervisere og forskere. Samarbejdet er blandt andet formaliseret i det såkaldte Partnership Council, der er rådgivende enhed for SCIE og dens bestyrelse, ved at videreformidle de fornævnte interessenters synspunkter og behov. Ligeledes deltager SCIE i et Practice Partners' Network, der har til opgave at identificere, udvikle og støtte god praksis i sektoren. Endvidere har man etableret et rent praktiker-netværk, Parental Mental Health and Child Welfare Network, som måske ikke har så stor betydning for SCIE's arbejdsmåde, men som spiller en væsentlig rolle i forhold til samordning af praktikernes indsatser. SCIE har et årligt budget på over 80 mio.kr., som for hovedpartens vedkommende bliver tilvejebragt af det engelske Department of Health.¹²

Research in Practice (RiP) er formelt en enhed under velgørenhedsorganisationen The Darlington Hall Trust og bliver drevet i samarbejde med University of Sheffield, en sammenslutning af britiske socialchefer (Association of Directors of Social Services) samt et netværk af centrale interessenter, som bliver identificeret af socialcheferne. Netværket består af omkring 80 partnerorganisationer såsom lokale myndigheder, organisationer, der på forskellig vis varetager børns interesser eller drager omsorg for børn, samt nationale departementer og styrelser. Ud over partnerorganisationerne har man et stærkt fagligt samarbejde med SCIE. RiP har et årligt budget i omegnen af 6-8 mio.kr., som for hovedpartens vedkommende bliver tilvejebragt via indtægter fra partnerorganisationerne, som hver betaler et årligt bidrag. Som modydelse har partnerorganisationerne væsentlig indflydelse på RiP's arbejde.

CEBSS har tidligere været organisatorisk placeret under University of Exeter, men blev ultimo 2004 flyttet til Darlington Hall Trust, hvor RiP som nævnt også er placeret. CEBSS og RiP's arbejde bliver således nu koordineret, sådan at CEBSS søger at fremme evidensbaseret praksis inden for voksenservice og derved supplerer det arbejde, som RiP udfører i forhold til børn. Organisationen har endvidere et væsentligt samarbejde med

SCIE. CEBSS får sin primære finansiering fra et konsortium bestående af engelske socialafdelinger.

De to sidste vigtige engelske organisationer er Barnardo's og Evidence Network. Barnardo's er en gammel hæderkronet uafhængig velgørenhedsorganisation med et årligt budget på omkring 2 mia.kr., der primært tilvejebringes fra fonde, donationer og brugerbetaling. Organisationen har tidligere primært drevet børnehjem, men en reorientering har blandt andet bevirket, at organisationens forsknings- og udviklingsafdeling giver eksterne eksperter opdrag til at udarbejde oversigter af den bedst tilgængelige evidens vedrørende udsatte familier. Evidence Network var som tidligere nævnt indtil 2005 netværksorganisation for otte britiske organisationer, der, støttet af en stor bevilling fra ECPR, udførte reviews. De to organisationer vil hverken blive behandlet under »arbejdsmetode og produktion« eller »formidling og anvendelse«, hvilket for Barnardo's vedkommende skyldes, at organisationen kun i begrænset omfang har ekspliciteret sit metodologiske grundlag, og at evidensoversigterne kun udgør en marginal del af organisationens samlede aktiviteter. Evidence Network er alene en netværksorganisation og producerer således ikke reviews, ligesom den i 2005 blev kraftigt amputeret.

Hvad angår den mest traditionsrige nordiske organisation, IMS (tidligere CUS), er den placeret som en enhed under den svenske Socialstyrelse. Enheden udgør det svenske knudepunkt for Campbell Collaborations arbejde. Det norske knudepunkt er Kunnskapssenteret, der formelt er et forvaltningsorgan under Social- og helsedirektoratet, men som i forskningsmæssige sammenhænge agerer uafhængigt. At Kunnskapssenteret udgør det norske knudepunkt, kan forekomme overraskende, idet organisationen opstod ved en fusion mellem to medicinske organisationer – The Norwegian Centre for Health Technology Assessment og the Foundation for Health Services Research – og i øvrigt primært agerer på sundhedsområdet. Finansieringen af Kunnskapssenteret sker hovedsagelig via statslige bevillinger, mens en mindre andel tilvejebringes gennem projektbevillinger, kurser mv. (Kunnskapssenteret 2004). Endelig findes i Finland FinSoc, som er en enhed under ekspertorganisationen STAKES's sundheds- og socialdivision. STAKES generelle aktiviteter er hovedsagelig finansieret via statslige bevillinger (ca. 60%), eksterne bevillinger (ca. 25%) og

indtægtsdækket virksomhed (15%). Der findes ingen tilgængelige særskilte oplysninger om FinSoc. Kun IMS vil blive gennemgået under »arbejdsmetode og produktion« samt under »formidling og anvendelse«, idet organisationen udfører betydelig mere reviewarbejde, end Kundskapscenteret gør inden for det sociale område. For FinSoc's vedkommende er en stor del af det dokumentariske materiale kun tilgængelig på finsk.

Amerikanske Promising Practice Network (PPN) er et projekt under RAND Corporation og er støttet af fire organisationer, der opererer på statsniveau: The Colorado Foundation for Families and Children, the Family and Community Trust (Missouri), the Family Connection Partnership (Georgia) samt the Foundation Consortium for California's Children & Youth (Califonien). PPN er finansieret via bidrag fra over 15 statslige organisationer, hvoraf de fire ovenstående er de største bidragydere.

3.2.3 Danske producenter

Nordic Campbell Center er en regional Campbell-enhed og er organisatorisk tilknyttet det danske Socialforskningsinstitut (SFI). Campbell-centeret kan betragtes som en art datterselskab, der deler administration med moderselskabet, ligesom det er SFI's bestyrelse, der har det overordnede ansvar for centeret, og som endvidere udpeger centerbestyrelsen. De ni bestyrelsesmedlemmer er sammensat, således at halvdelen er evalueringsforskere, mens halvdelen repræsenterer potentielle brugergrupper. Ligeledes skal der være mindst et medlem fra hvert af de fem nordiske lande. Nordic Campbell har det overordnede koordinerende ansvar for de reviews, der bliver udarbejdet inden for socialområdet i de nordiske lande.

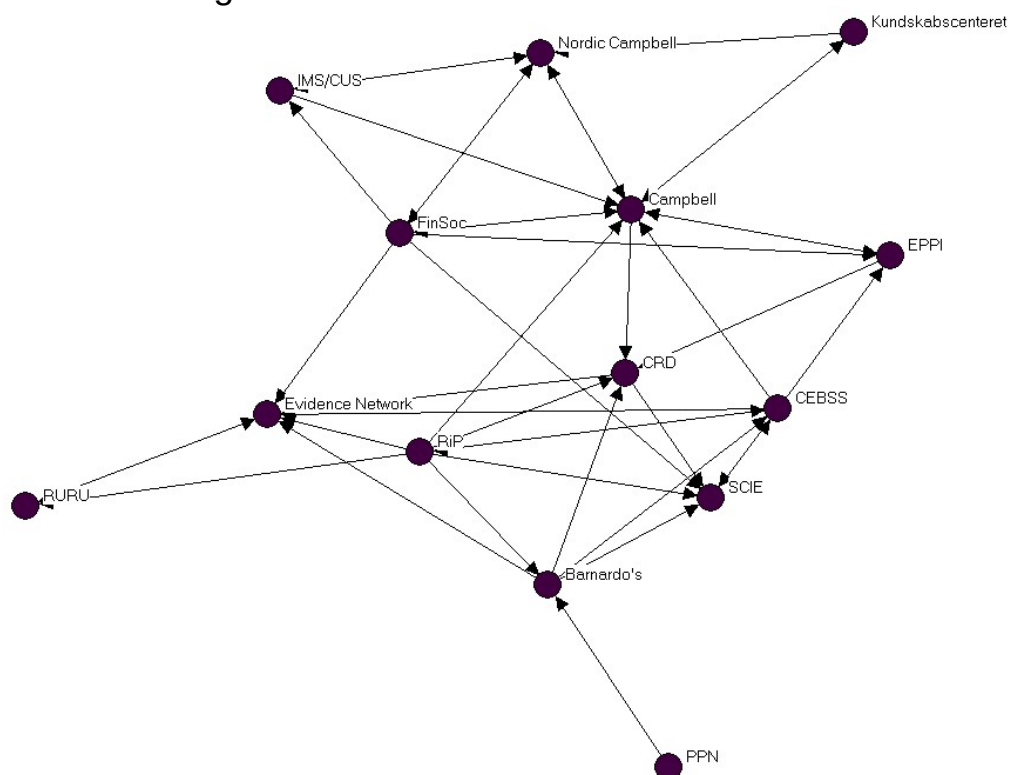
Nordic Campbell har gennem hele sin levetid fået hovedparten af sin finansiering fra Satspuljen. Man fik i 2002 en 3½-årig bevilling, som siden er blevet forlænget for yderligere tre år. Bevillingen androg i 2003 5,1 mio.kr., hvilket skal ses i forhold til Nordic Campbells samlede udgifter på 5,5 mio.kr. Nordic Campbell anvender en del af deres budget til at finansiere forskere, der udarbejder reviews, men disse er typisk også finansieret enten af deres egne organisationer eller af eksterne bevillinger fra andre kanaler. Man håber, at reviewarbejde i fremtiden vil vinde større resonans i forskningsverdenen, hvilket også potentielt kunne lede til, at individuelle forskere vil være mere villige til at investere deres egen forskningstid i

udarbejdelse af reviews. Organisationen har et tæt samarbejde med det engelske Cochrane-center, der har en gruppe for socialpolitik, der er co-registreret i Campbell og Cochrane, som man trækker på, når man skal vejlede de nordiske forskere. Derudover samarbejder centret, ud over de nordiske knudepunkter, primært med en række af de engelske organisationer, der ligeledes beskæftiger sig med evidens inden for det sociale område, såsom CEBSS, Barnardo's og What Works for Children (interview med Konnerup 2005).

3.2.4 Organisering af feltet

Som det gjaldt for det medicinske område, er det ikke alene relevant at se på organisationernes interne funktionsmåde, men ligeledes på feltets struktur. Vi har således kodet relationerne mellem de vigtigste sociale organisationer, som de fremgår af organisationernes hjemmesider. På den baggrund har vi ved hjælp af programmerne Ucinet og Netdraw genereret den grafiske fremstilling i figur 3.2.

Figur 3.2 Netværksdiagram over det sociale felt



Kilde: Organisationernes egne hjemmesider. De relative placeringer i det grafiske udtryk er genereret ved en algoritme, der søger at minimere systemets samlede energi.

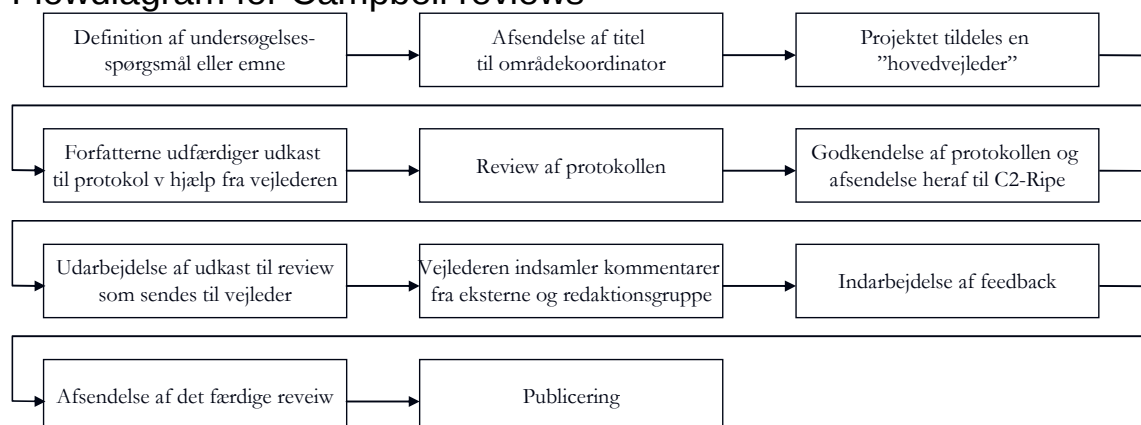
Figuren tegner ikke overraskende billedet af Campbell som den centrale organisation inden for det sociale felt. SCIE er central for en stor del af de britiske organisationer, hvilket synes at være i god overensstemmelse med organisationens størrelse og støtte fra den britiske regering. I den øvre del af figuren udgør Nordic Campbell et knudepunkt for de nordiske organisationer, henholdsvis FinSoc, IMS og Kunnskapssenteret.

3.3 Arbejdsmetode og produktion

3.3.1 Hovedproducenter

Produktionen af et Campbell review følger et forholdsvist standardiseret forløb, som fremgår af figur 3.3.

Figur 3.3 Flowdiagram for Campbell reviews



Kilde: Frit efter Campbell Collaborations hjemmeside.

Som det fremgår, foretages der først en udvælgelse af emne eller undersøgelsesspørgsmål. Denne proces er som regel drevet af de forskere, der efterfølgende skal udarbejde reviewet. På længere sigt er der planer om at udarbejde en liste over de mest presserende emner til inspiration for forskerne, således at indsatserne bliver mere fokuserede på praktikernes behov for viden.

Når der er opnået enighed om et emne, foretages en titelregistrering hos den koordinationsgruppe, emnet hører under (i nærværende tilfælde den sociale koordinationsgruppe). Herefter tildeles reviewteamet en vejleder, som skal følge dem gennem den resterende del af processen. Dernæst

udarbejdes der i lighed med hos Cochrane en reviewprotokol, der efterfølgende sendes til metodegruppen samt den relevante koordinationsgruppe, som forestår indhentning af peer-review. Rationalet for udarbejdelse af protokollen er at specificere de væsentligste metodiske valg ex ante, således at reviewernes subjektivitet ikke giver anledning til unødigt bias efterfølgende. Først når protokollen er endelig godkendt og mangfoldiggjort i Campbells reviewdatabase (C2-RIPE), kan udarbejdelsen af det egentlige review påbegyndes.

Udarbejdelsen af reviewrapporten følger de samme faser som hos Cochrane: Identifikation af en base af studier, inklusion af relevante studier fra denne base, kvalitetsvurdering af inkluderede studier samt syntetisering af data. Campbells retningslinjer lægger op til, at både kvalitative og kvantitative data kan anvendes, ligesom det principielt er op til revieweren at bestemme inklusionskriterierne, så længe de nedfældes ex ante, og så længe Campbell-editorer vil acceptere dem. Campbell-vejledningerne konstituerer således i højere grad procesvejledninger end substantielle retningslinjer. Praksis blandt editorerne bevirker imidlertid, at Campbell reviews reelt baserer sig på en relativt snæver forståelse af evidens sammenlignet med de øvrige evidensbaserede organisationer, der arbejder inden for det sociale felt. Således prioriteres om muligt anvendelse af lodtrækningsforsøg frem for andre design. Og som hos Cochrane opfattes metaanalyse som den ideelle synteseform. Der er således mange ligheder mellem de systematiske reviews hos henholdsvis Cochrane og Campbell. Den snævre definition af evidens kan tilskrives organisationens inspiration fra Cochrane-samarbejdet på det medicinske område. De to organisationer trækker på samme metodologiske kilde.

Når et review er færdiggjort, indsamler vejlederen kommentarer fra anonyme reviewere, hvorefter der er en iterativ udveksling, indtil reviewet har opnået en tilfredsstillende kvalitet. Herpå afsendes det til formel godkendelse i Campbells styregruppe, hvorefter den endelige publicering foretages i C2-RIPE. Et væsentligt problem i processen synes at være tidsaspektet, idet en søgning på publicerede reviews viser, at der ofte går to år fra godkendelse af protokollen til den endelige publikation. Dertil kommer som bekendt en periode til registrering af titel samt afsendelse og godken-

delse af diverse protokoludkast. Der er altså ofte tale om en langstrakt proces.

For at illustrere, hvordan et review i praksis kan være udarbejdet, er der i det følgende givet to konkrete eksempler. Vi har valgt at vise eksempler af lidt forskellig karakter. I det første er der tale om et godkendt review, mens der i det andet kun foreligger en første version, som er indsendt til godkendelse i det internationale Campbell-samarbejde.

Første eksempel, hvis arbejdsproces er angivet i figur 3.4, vedrører effekten af multisystemisk terapi (MST) til behandling af sociale, følelses- og adfærdsmæssige problemer for unge i aldersgruppen mellem 10 og 17 år. MST, der er udviklet af Family Services Research Center på Medical University of South Carolina, er en familiebaseret terapiform. Behandlingen foregår i den unges eget hjem og i de nære omgivelser. Terapien udføres af et team, som er tilgængeligt døgnet rundt, i et behandlingsforløb, der varer tre til fem måneder. Der findes i Nordamerika og Europa mere end 250 terapeutteam, der har licens til at udføre MST.

Figur 3.4 Et eksempel på et Campbell review

Faser	<i>Eksempel: Multisystemisk terapi (MST) til behandling af sociale, følelses- og adfærdsmæssige problemer for unge i aldersgruppen mellem 10 og 17 år</i>
Problemstilling	Hvilke er effekterne af multisystemisk terapi?
Søgning	Der blev fundet 266 titler og abstracts, hvoraf 95 blev vurderet som relevante. På basis af læsning af de 95 rapporter blev 35 primærstudier identificeret.
Kritisk vurdering	14 primærstudier blev ekskluderet, de fleste fordi de ikke var baseret på RCTs, enkelte, fordi de fokuserede på andre deltagertyper, og en enkelt, fordi den ikke præsenterede tilstrækkelige data til at det kunne danne basis for statistisk analyse. 13 primærstudier var endnu ikke færdiggjort og blev derfor lagt til side for efterfølgende vurdering. Tilbage var 8 primærstudier, der mødte inklusionskriterierne. Data blev uddraget vedrørende design, deltagere samt resultatmål. Statistisk analyse blev gennemført for studier, der inkluderede samme resultatmål.
Konklusion	Der er ingen troværdig evidens for, at MST er et bedre virkemiddel end alternativerne. Der er heller ingen evidens for, at MST har skadelige virkninger.

Kilde: Littel JH, Popa M & Forsythe B. 2005.

Formålet med det systematiske review af MST er at vurdere effekterne af behandlingsformen på adfærdsmæssige dimensioner, herunder kriminalitet, rusmiddelbrug og skolefremmøde mv., på psykosociale dimensioner som fx psykiatriske symptomer og forældrestress samt på familiedimen-

sioner som fx behandling uden for hjemmet, kvalitet i forældre-børn-relationer mv. Som figuren viser, er processen i MST eksemplet meget lig processen i Cochrane-eksemplet vedrørende antibiotikaprofylakse, som blev beskrevet i afsnit 2.3.1. Der er klare paralleller i såvel kriterierne for in- og eksklusion som i den anvendte statistiske analyse.

Konklusionen på MST-reviewet kan siges at være overraskende, idet de fleste primærstudier og tidligere reviews har konkluderet, at der er evidens for, at MST har positive effekter. I MST-feltet har ganske mange evalueringer været gennemført af personer, der også har været involveret i selve programudviklingen. Som Petrosino & Soydan (2005) har vist, er der en tendens til, at der rapporteres mere positive effekter i evalueringer gennemført af evaluators, der har været involveret i programudviklingen, end i evalueringer gennemført af udenforstående evaluators. I dette lys er en mulig forklaring på det seneste MST-reviews mere forbeholdne konklusion, at der i dette er inkluderet resultater fra en uafhængig canadisk undersøgelse. Da resultaterne af den canadiske undersøgelse ikke har været publiceret særskilt tidligere, og da primærstudier, der rapporterer nul- eller negative effekter, ikke synes at blive publiceret i samme omfang som primærstudier, der rapporterer positive effekter – såkaldt publikationsbias – argumenterer Littel på denne baggrund mere generelt for vigtigheden af at inkludere ikke-publicerede primærstudier i reviewarbejde. MST-eksemplet illustrerer således, at fastlæggelsen af inklusionskriterierne således har stor betydning for, hvilke konklusioner der drages.

Det andet eksempel vedrører aktiv arbejdsmarkedspolitik. Problemstillingen er her, om der er en trusselseffekt i forbindelse med obligatorisk deltagelse i aktiv arbejdsmarkedspolitik for arbejdsløse, der indskrives til aktivering. Trusselseffekten skulle i givet fald bevirke, at de ledige selv finder arbejde for at undgå aktiveringen.

Figur 3.5 Et eksempel på et Campbell review

<i>Faser</i>	<i>Eksempel: Beskæftigelseseffekt forårsaget af truslen om aktivering</i>
Problemstilling:	Kan der dokumenteres en trusseffekt i forbindelse med obligatorisk deltagelse i indsatser inden for aktiv arbejdsmarkedspolitik?
Søgning:	Der blev fundet 13 undersøgelser, der potentielt kunne bidrage med evidens.
Kritisk vurdering:	Alle undersøgelser blev inkluderet både tre amerikanske undersøgelser baseret på RCTs og en række undersøgelser fra andre lande baseret på andre typer af kontrolgrupper og forskellige former for komparative design. Data blev udtaget vedrørende design, deltagere, type af intervention samt resultatmål. På grund af heterogenitet studierne imellem, blev der ikke gennemført statistisk analyse, men i stedet en deskriptiv komparation (»narrative findings«).
Konklusion:	Hovedparten af de gennemførte studier finder evidens for en trusseffekt.

Kilde: Bjørn, Geerdsen & Jensen 2004b.

Arbejdsprocessen, som fremgår af figur 3.5, har klare paralleller til Cochrane-eksemplet vedrørende peer-review, som blev beskrevet i afsnit 2.3.1. Der er således godkendt en protokol, der ikke alene bygger på studier forankret i RCTs, men også inkluderer kvasiek eksperimenter, naturlige eksperimenter og økonometriske analyser af registerdata (Bjørn, Geerdsen & Jensen 2004a). Havde man valgt alene at inkludere undersøgelser forankret i RCTs, havde det fået den konsekvens, at alle undersøgelser gennemført i de nordiske lande, som på mange måder har været foregangslande for udvikling af aktiv arbejdsmarkedspolitik, i alt 8 ud af de 13 undersøgelser, ville være blevet ekskluderet.

Andet eksempel illustrerer herved også en mere principiel problemstilling knyttet til forskelle i forskningstraditioner mellem USA og Europa, ikke mindst Norden. Når man bevæger sig uden for det medicinske område og ind på velfærd og uddannelse, synes der i Europa at være ganske få RCT-forankrede undersøgelser. Vælger man derfor at konstruere review-praksis efter idealet om det randomiserede eksperiment, der er formuleret både i Cochrane og i Campbell, produceres konklusioner, der næsten udelukkende baserer sig på amerikanske erfaringer. Dette har i givet fald to konsekvenser. For det første bliver nordiske og europæiske erfaringer umiddelbart forbigået. For det andet rejser det det mere principielle spørgsmål om betydningen af forskelle i kulturel og samfundsmæssig kontekst: I hvilket omfang og på hvilke områder er det muligt at overføre resultater på tværs af kulturelle og politisk-administrative forskelle?

Som det er fremgået, er to eksempler på Campbell reviews noget forskellige. Det første eksempel medtager alene RCTs og syntetiserer dem ved statistisk metaanalyse. Andet eksempel anvender langt flere studiedesign og syntetiserer dem ved deskriptiv komparation. Denne forskel eksisterer på trods af, at der i begge tilfælde er tale om en form for interventionsstudier. En yderligere forskel eksisterer i, at det i første eksempel konkluderes, at der ikke er evidens for den undersøgte behandling, mens det i det andet eksempel konkluderes, at der findes en effekt.

Der er p.t. (primo 2006) registreret små 90 projekter i Campbells reviewdatabase, hvoraf ca. halvdelen endnu kun indeholder titler, 35 har protokoller, mens kun omkring 10 er færdige reviews. Tabel 3.1 viser, hvordan reviewene er fordelt på område og hovedforfatterens hjemland.

Tabel 3.1 Oversigt over karakteristika ved titler i C2-RIPE – dvs. igangværende og færdige Campbell reviews

	Social/velfærd	Kriminologi	Uddannelse
UK	17	9	0
USA	6	21	12
Norden	9	0	0
Øvrige Europa	0	4	1
Øvrige verden	3	4	2
Total	38	35	15

Kilde: Egne kategoriseringer og beregninger på baggrund af søgninger i C2-RIPE.

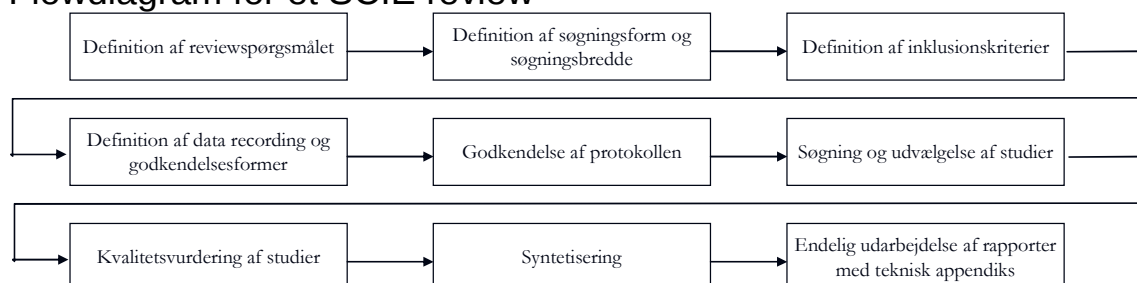
Som det fremgår af figuren, er organisationens aktiviteter især store, hvad angår socialområdet og kriminologi, mens uddannelsesområdet udgør ca. halvdelen af hver af disse. Figuren er interessant, idet den afslører store forskelle i de enkelte landes tyngde fra område til område. Således er briterne særlige aktive, hvad angår social/velfærd og til dels kriminologi, mens amerikanerne er aktive inden for uddannelse og kriminologi. Nordiske forskere arbejder alene på socialområdet, mens der er begrænset aktivitet i det øvrige Europa samt det resterende af verden på samtlige områder.

3.3.2 Andre internationale producenter

SCIE benævner sit reviewprodukt »knowledge reviews«. SCIE lægger vægt på, at alt relevant materiale inddrages i synteserne med henblik på at

fremkomme med anbefalinger for praksis. Som det fremgår af figur 3.6, følger udarbejdelsen af SCIE's knowledge reviews stort set den proces, der bliver anvendt for Campbells systematiske reviews.

Figur 3.6 Flowdiagram for et SCIE review



Som hos Campbell er et væsentlig træk ved SCIE's reviews, at der udfærdiges en protokol, hvori alle væsentlige valg specificeres ex ante. Ligeledes som hos Campbell indeholder organisationens reviewmanual stringente krav til processen, men er generelt fleksibel, hvad indgår substansen af valgene. Dette gælder således også organisationens kriterier for inklusion af primærstudier, hvor der formelt blot står, at disse skal udledes fra det oprindelige undersøgelsesspørgsmål. SCIE har i praksis en noget bredere tilgang til evidens end Campbell, idet SCIE i højere grad prioriterer bredde i forhold til et stringent tilhørsforhold til RCTs (interview med Konnerup 2005). Således inkluderes fx ofte praksisgenereret viden fra brugere eller eksperter. Grundet sin brede opfattelse af begrebet evidens, indgår SCIE's reviews ikke i Campbells elektroniske bibliotek.

Research in Practice (RiP) og CEBSS benævner deres produkter research reviews. Der er i begge tilfælde tale om sammenfatninger af eksisterende forskning, som bliver kvalitetssikret gennem peer-review. CEBSS's reviews er inspireret af det medicinske felt og anvender standarder, der er en modificeret udgave af dem, som blev udarbejdet inden for det såkaldte Critical Appraisal Skills Programme. Der gives således en eksplicit fortrinsstilling til RCTs.

I lighed med RiP og CEBSS benævner svenske IMS sit hovedprodukt for research reviews. Reviewene kan både udfærdiges af IMS's eget personale og af eksterne på foranledning af centeret. Metodisk ligger de sig i store træk op ad Campbell-tilgangen.

Den amerikanske organisation Promising Practice Network (PPN) har en lidt anden tilgang end de øvrige organisationer, idet formålet ikke er at måle effekterne af bestemte typer interventioner, men derimod at identificere programmer, som har vist sig effektive eller lovende, hvor god praksis med andre ord er »bevist«. I praksis identificerer man en række relevante benchmarks inden for organisationens arbejdsområde og evaluerer herefter, om der findes programmer, der lever op til disse. Dette sker med henblik på, at politikere og praktikere, der deler disse mål, kan lade sig inspirere af de succesfulde eller potentielt succesfulde initiativer. Ved en »bevist« praksis forstås, at programmet i studier med behandlings- og kontrolgrupper på over 30 viser en statistisk signifikant effekt på mindst 20%. I forhold til de øvrige organisationers arbejde er det bemærkelsesværdigt, at man tilsyneladende kun er interesseret i, hvad der virker, og således negligerer, hvad der er virkningsløst. Kriterierne for inklusion af data er fleksible, idet der ikke er noget krav om anvendelse af RCTs, om end kontrolgrupper er en nødvendighed. Reviewene baserer sig typisk på et begrænset informationsgrundlag, hvilket står i modsætning til fx Campbell reviews, som søger at indsamle al tilgængelig information fra RCTs.

PPN laver også »korte« systematiske reviews, hvori man laver systematiske opsummeringer af forskning, som efterfølgende bliver kvalitetssikret efter en screeningsproces. Udarbejdelsen er dog væsentlig hurtigere og mindre systematisk end i et traditionelt Campbell review.

3.3.3 Danske producenter

Nordic Campbell Centre anvender samme arbejdsmetode og leverer de samme produkter som Campbell internationalt. I nordisk sammenhæng er det en særlig problemstilling, at der ikke eksisterer særlig mange primærstudier med en designtype og kvalitet, der tillader inklusion i Campbell reviews, hvorfor man typisk vil være nødt til at anvende mange amerikanske studier. Campbell-organisationen finder ikke, at løsningen er at slække på kvalitetskravene, men erkender, at problemstillingen indebærer, at en vis sensitivitet er nødvendig, når man overfører resultaterne på en dansk kontekst (interview med Konnerup 2005).

Det, Nordic Campbell hovedsagelig leverer, er infrastruktur til de personer, som ønsker at udarbejde systematiske reviews inden for regionen.

Man sørger således for koordinering mellem forskere, så de bliver sammenbragt i relevante team ud fra deres kompetencer og forskningsinteresser. Ligeledes varetager man forskernes kontakt med det internationale Campbell-samarbejde, ligesom man leverer faglig assistance i form af bibliotekarer og studentermedhjælpere til henholdsvis at udforme søgningsstrategier og foretage grovsortering af primærstudier. Det regionale center bidrager således med netværk, faglige assistance og til en vis grad manpower, og de deltagende forskere supplerer med egen forskningstid og i nogle tilfælde forskningsmidler fra andre kilder (interview med Konnerup 2005).

Der er i alt 17 systematiske reviews under udarbejdelse i Nordic Campbell-regi. Af disse har syv fået godkendt protokol, mens andre syv kun har fået godkendt og registreret titel. Ét review (det omtalte MST-review) er publiceret i godkendt form (Nordic Campbell Center, 2006).¹³ I alt knap 50 forskere deltager i udarbejdelsen af reviews i Nordic Campbell regi. Af disse er otte danske, heraf fire fra SFI, mens 11 er fra det øvrige Norden. Det synes at være vanskeligt at engagere kvalificerede nordiske forskere.

3.4 **Formidling og anvendelse**

3.4.1 **Hovedproducenter**

Campbell har i lighed med Cochrane etableret et databasesystem, der tjener som formidlingskanal for igangværende og færdige systematiske reviews. Den vigtigste af databaserne er C2-RIPE, der som tidligere anført indeholder titler, protokoller samt færdige produkter. Ækvivalent til Cochranes CENTRAL er Campbells C2-SPECTR, der indeholder primærstudier i form af RCTs, og som derfor hovedsagelig bruges som udgangspunkt for forskere, der ønsker at udarbejde reviews. Endvidere arrangerer Campbell årlige konferencer, ligesom de regionale nordiske center spiller en væsentlig formidlingsrolle ved at arrangere workshops mv. for praktikere og beslutningstagere.

Ud over organisationens egne formidlingsaktiviteter søger man fra Campbells side at promovere sine reviews ved at få dem publiceret i traditionelle akademiske tidsskrifter. Dette kan desuden potentielt tjene det formål at gøre det mere attraktivt for forskere at indgå i udarbejdelsen af

systematiske reviews, idet man kan opnå dobbelt merit. Det er vurderingen, at omkring 90% af alle Campbell reviews også bliver publiceret i peer-reviewede tidsskrifter (interview med Konnerup 2005).

3.4.2 Andre internationale producenter

SCIE producerer ud over de tidligere omtalte reviews en række produkter, der er specielt fremstillet med henblik på at lette anvendelse i praksis. Først og fremmest laver man de såkaldte praksisguider, der sammenbringer information omkring specifikke spørgsmål inden for socialsektoren på en sådan måde, at de er direkte anvendelige i det daglige arbejde. Derudover har man ressourceguider, som er guider til information på områder, hvor informationsbasen er uoverskuelig. Endelig varetager SCIE administrationen af det elektroniske bibliotek, eLSC, der indeholder over 80.000 abstracts af bøger, rapporter, papers, tidsskrifter samt officielle publikationer og artikler med relevans for det sociale område. Foruden at målrette sine produkter benytter SCIE sig af sit formidlingsnetværk, der som beskrevet i afsnit 3.2 inkluderer servicebrugere, socialarbejdere, nationale organisationer, politiske organisationer samt undervisere og forskere inden for sektoren.

RiP har en række formidlingsaktiviteter, hvoraf den såkaldte EvidenceBank er den vigtigste. EvidenceBank er en elektronisk database, der indeholder forskellige former for reviews – herunder systematiske reviews – der alle har underprivilegerede børn som genstandsfelt. Der er primært tale om eksterne rapporter, som bliver kvalitetssikret i det omfang, at partnerorganisationer finder dem relevante for deres arbejde. En yderligere formidlingskilde er organisationens store netværk, der omfatter lokale myndigheder, departementer, styrelser samt praktikerorganisationer.

Som anført i afsnit 3.2 er RiP og CEBSS nu begge lokaliseret som enheder under The Dartington Hall Trust, hvilket indebærer koordination og samarbejde i organisationernes bestræbelser på at udbrede evidensbaseret praksis til deres respektive målgrupper. Således har CEBSS nu adgang til formidling gennem det netværk af partnere, der tidligere alene var tilknyttet til RiP. Ud over samarbejdet med RiP forsøger CEBSS at fremme anvendelse ved, at man fx hjælper sine »klienter« med at vurdere forskningens relevans for praksis i det miljø og den kontekst, som klienten opererer

i. Endvidere driver CEBSS en internetportal, Be-Evidence-Based.com, der præsenterer hovedresultater fra evidensbaseret socialpolitik på let tilgængelig vis. Portalen indeholder primært sekundærrapporteringer af forskningsresultater, idet den er tænkt som en genvej for politikere og praktikere, der med begrænset tidsforbrug søger at blive informeret om potentielle løsninger til et konkret problem.

IMS's formidlingsarbejde består blandt andet af organisationens nyhedsbreve, konferencer og workshoper, som for de flestes vedkommende er henvendt til praktikere. På trods af sin relative autonome status bevirker organisationens tilhørsforhold til Socialstyrelsen øjensynligt, at man har en uformel kanal til det politiske miljø, hvilket potentielt kan fremme anvendelse i national beslutningstagning.

Amerikanske PPN har et eksplicit fokus på formidling og implementering som en af sine hovedaktiviteter. Således er baggrunden for udarbejdelsen af organisationens reviews at identificere benchmark, som er relevante for partnerorganisationerne. Derved sikres, at den genererede information er relevant for praksis. PPN udarbejder herudover (usystematiske) opsummeringer af information inden for serviceintegration, programimplementering, evaluering og monitorering af proces samt resultatbaseret beslutningstagning med henblik på at lette praktikernes anvendelse af den forskningsbaserede evidens.

3.4.3 Danske producenter

I lighed med det internationale Campbell-samarbejde har Nordic Campbell en række databaser, der sigter på at gøre evidensbaseret viden let tilgængelig for forskere og praktikere. Først og fremmest administrerer man den såkaldte SORO-database, som er en samling af reviews fra andre organisationer end Campbell, og som ikke nødvendigvis lever op til organisationens strenge kvalitetskrav.¹⁴ I erkendelse af at der ikke eksisterer tilstrækkelig med reviews, har man endvidere oprettet DEVAS-databasen, der indeholder information om danske primærstudier i form af evalueringer og effektstudier på det sociale område i Danmark, og som er rettet mod direkte anvendelse i kommuner samt institutioner.

Nordic Campbell afholder en række aktiviteter for at øge anvendelsen i praksis. Således arrangerer man fx seminarer, hvor man fremlægger resul-

tater fra systematiske reviews med relevans for det nordiske område til en kreds af praktikere. Resultaterne fra reviewene suppleres med relevante foredragsholdere, med praksiserfaring inden for den pågældende intervention, således at man kan få en bred diskussion på baggrund af den foreliggende evidens. Centeret arbejder endvidere på at udarbejde en formidlingsorienteret produktpakke, der kan lægges ved reviewene, når de publiceres.

En række lokale og regionale enheder har været særligt villige til at inddrage evidens i deres praktiske arbejde. Dette gælder i særdeleshed Århus Amt og Århus Kommune, der begge anvender udskrifter fra SORO-databasen til vurdering af potentielle interventioner. En anden aktiv enhed har været Holbæk Kommune (interview med Konnerup 2005). Derudover foregår der p.t. en debat om evidens i mange faglige organisationer, blandt andet Socialpædagogernes Landsforbund. Der er dog i denne organisation en væsentlig skepsis over for fænomenet blandt menige medlemmer (Hansen 2005; Nielsen 2005b).

Der findes ingen systematiske undersøgelser, som belyser reviewenes anvendelse i praksis, men der synes at være en række forhold, der virker som barrierer. Mest markant gælder det, at de sociale højskoler i Danmark i vid udstrækning underviser praksisorienteret og således ikke har tradition for at anlægge en evidensbaseret, videnskabelig tilgang (Egelund 2000). Derudover er det generelle uddannelsesniveau i socialsektoren typisk lavere end fx på det medicinske område, hvor praktikerne qua deres seksårige universitetsuddannelse er skolet til at læse videnskabelige artikler.

3.5 **Sammenfatning – socialområdet**

Adoptionen af evidenstankegangen på socialområdet synes at være sket omkring 1990 for både Sverige og Englands vedkommende. Svenskerne var i CUS (nu IMS) pionerer, hvad angår den organisatoriske konstruktion, ligesom briterne var det med SSRU og til dels EPPI samt CRD. De vigtigste nuværende organisationer på området, Campbell og SCIE, blev dannet omkring årtusindeskiftet. Figur 3.7 resumerer de vigtigste årstal.

Figur 3.7 Adoption, institutionalisering og spredning på socialområdet. Kolonnernes placering fra venstre mod højre følger adoptionens kronologi

	<i>Europa (herunder UK)</i>	<i>Øvrige Norden</i>	<i>USA</i>	<i>Danmark</i>
<i>Adoption</i>	Slutningen af 1980'erne og starten af 1990'erne	Starten af 1990'erne	Usikkert	1999
<i>Institutionalisering og spredning</i>	SSRU (1990) (EPPI (1993)) (CRD (1994)) Barnardo's RiP (1996) CEBSS (1997) Evidence Network (1999-2005) Campbell (1999/2000) SCIE (2001)	CUS (1993) / IMS (2004) FinSoc (1997) Kunnskapssenteret (2002/2005)	Campbell (1999/2000) PPN	Nordic Campbell (2002)

Ser vi på *organiseringen*, er især Campbell interessant grundet dens internationale karakter og organisatoriske kompleksitet med multiple organisatoriske lag. Det er karakteristisk for mange af de engelske organisationer, at de er eller er tilknyttet velgørenhedsorganisationer. Anderledes er det i Norden, hvor der oftest er en mere eksplicit ministeriel tilknytning. De fleste organisationer har det fællestæk, at de indgår i netværk med beslutningstagere såvel som praktikere. Der synes dog at være en tendens til, at disse relationer er mere formaliserede – eller måske mere eksplicite-rede – i Storbritannien end i Norden. Figur 3.8 opsummerer en række centrale karakteristika ved organiseringen af evidensbevægelsen på det sociale område.

Figur 3.8 Centrale karakteristika ved de undersøgte organisationers organisering

	<i>Institutionelt tilhørsforhold</i>	<i>Finansiering</i>	<i>Organisationstype</i>
<i>Campbell</i>	Selvstændig organisation	Multiple kilder	International organisation med multiple lag
<i>SCIE</i>	Uafhængig velgørenhedsorganisation	Engelske sundhedsministerium	Enhedsorganisation
<i>RiP</i>	Velgørenhedsorganisation under Dartington Hall Trust	Hovedsagelig partnerorganisationer	Del af enhedsorganisation
<i>CEBSS</i>	Velgørenhedsorganisation under Dartington Hall Trust	Et konsortium af socialafdelinger i UK	Del af enhedsorganisation
<i>Barnardo's</i>	Uafhængig velgørenhedsorganisation	Fonde, donationer m.v.	Enhedsorganisation
<i>Evidence Network</i>	Netværk med hovedsæde på University of London indtil 2005	Primært ECPR	Netværksorganisation
<i>IMS (CUS)</i>	Placeret i regi af den svenske Socialstyrelse	Den svenske stat	Del af offentlig forvaltning
<i>Kunnskapssenteret</i>	Selvstændig organisation	Primært offentlig støtte	Enhedsorganisation
<i>FinSoc</i>	En enhed under STAKES	Primært offentlig støtte	Del af enhedsorganisation
<i>PPN</i>	Styret af RAND Corporation	Hovedsagelig organisationer fra 4 amerikanske stater	Del af enhedsorganisation
<i>Nordic Campbell</i>	Organisatorisk tilknyttet SFI	Satspuljen/Socialministeriet	Regional enhed af international organisation

Hvad angår *arbejdsprocessen* i reviewarbejdet, er organisationerne meget homogene. Til gengæld er der væsentlige forskelle organisationerne imellem med hensyn til definitionen af evidensbegrebet og fastlæggelsen af kriterier for inklusion af primærstudier. Således opererer Campbell med et forholdsvis snævert evidensbegreb med tydelig inspiration fra Cochrane og medicinens verden, mens især SCIE og PPN vægter bredden i evidensbasen højere. Figur 3.9 opsummerer en række væsentlige ligheder og forskelle vedrørende organisationernes arbejdsform.

Figur 3.9 Centrale processuelle karakteristika ved de undersøgte organisationers arbejdsmetode og produktion

	<i>Organisationen modtager eksterne forslag til emner</i>	<i>Organisationen fremkommer selv med forslag til emner</i>	<i>Organisationen producerer selv reviews internt</i>	<i>Org. giver opdrag til eksterne eller faciliterer eksterne</i>
<i>Campbell</i>	x	-	-	x
<i>SCIE</i>	x	x	x	usikkert
<i>RiP</i>	x	(x)	(x)	x
<i>CEBSS</i>	usikkert	usikkert	(x)	(x)
<i>IMS (CUS)</i>	usikkert	usikkert	x	x
<i>PPN</i>	(x)	x	x	(-)
<i>Nordic Campbell</i>	x	-	-	x

Tegnforklaring: »x« betyder, at der entydigt kan svares bekræftende til det pågældende udsagn. »(x)« implicerer, at der i nogen grad kan svares bekræftende, mens »(-)« indikerer, at der næsten kan svares afvisende. »-« betyder, at punktet entydigt kan afvises.¹⁵ Hvor der mangler tilstrækkelig med oplysninger til et kvalificeret svar, er der angivet »usikkert«.

Endelig viste afsnittet om *formidling og anvendelse*, at en væsentlig del af organisationernes formidlingsindsats sker gennem elektroniske medier såsom brugervenlige databaser og internetportaler. Desuden anvender organisationerne deres formelle og uformelle netværk til praktikere og politikere. En væsentlig kanal er sandsynligvis organisationernes uformelle kontakter til det politiske system, som dog på baggrund af det forelæggende dokumentariske materiale ikke har været muligt at afdække til bunds. Figur 3.10 opsummerer organisationernes placering på en række centrale formidlingsdimensioner.

Figur 3.10 Centrale karakteristika for de undersøgte organisationers formidling

	<i>Organisationen udarbejder (i væsentligt omfang) formidlingsorienterede produkter</i>	<i>Organisationen har en naturlig, organisatorisk adgang til formidling</i>	<i>Organisationen er engageret i netværk med henblik på formidling</i>	<i>Målgruppe</i>
<i>Campbell</i>	(-)	-	(-)	Primært praktikere
<i>SCIE</i>	x	-	x	Praktikere og producenter
<i>RiP</i>	x	-	x	Praktikere, men også beslutningstagere
<i>CEBSS</i>	x	-	(x)	Praktikere og lokale beslutningstagere
<i>IMS (CUS)</i>	(-)	(x)	(-)	Praktikere og beslutningstagere
<i>PPN</i>	x	(-)	x	Praktikere/lokale beslutningstagere
<i>Nordic Campbell</i>	(x)	-	(-)	Primært praktikere

Tegnforklaring: »x« betyder, at der entydigt kan svares bekræftende til det pågældende udsagn. »(x)« implicerer, at der i nogen grad kan svares bekræftende, mens »(-)« indikerer, at der næsten kan svares afvisende. »-« betyder, at punktet entydigt kan afvises.

4 Uddannelse

I dette kapitel behandles det sidste område, uddannelsesområdet. Da der er fundet færre relevante organisationer inden for sundheds- og socialområdet, og da man er nået relativt kort med den organisatoriske konstruktion i Danmark, vil kun det første afsnit om adoption være underopdelt i delafsnit.

4.1 Adoption

4.1.1 Baggrund

Ideen om randomiserede forsøg og anvendelse af kontrolgrupper kan inden for uddannelsesforskningen føres tilbage til starten af 1900-tallet. Dette er bemærkelsesværdigt, eftersom anvendelsen inden for uddannelsesområdet således skete før, at RCTs blev introduceret i den medicinske videnskab i 1930'erne og 1940'erne (Oakley 1998 samt 2000). Tilgangen får faldende opmærksomhed efter 1920'erne, da der især i Storbritannien opstår en udbredt skepsis mod metoden inden for uddannelsessektoren. Uddannelsesmæssige eksperimenter anvendes dog til stadighed hos enkelte forskere i 1930'erne og 1940'erne (Oakley 1998 samt 2000; Avis 2003).

Den senere udvikling af reviewarbejde på uddannelsesområdet følger i store træk den, der i det foregående afsnit blev beskrevet for socialområdet. Da Campbell og Stranley i 1963 og Campbell i 1969 udgav deres indflydelsesrige værker, behandlede de både socialområdet generelt og uddannelsesområdet. Det samme gjaldt de bestræbelser, der i 1970'erne og

1980'erne vedrørte udarbejdelse af bibliografier over relevante interventionsstudier. Amerikanske forskere synes i endnu højere grad end på socialområdet at være pionerer i forbindelse med denne.

4.1.2 **Den internationale adoption**

Siden starten af 1990'erne har der i Storbritannien været tiltag til at udarbejde reviews inden for uddannelsesforskningen. Som beskrevet i foregående afsnit, blev Social Science Research Unit (SSRU) i 1990 oprettet på Institute of Education ved University of London. Enheden havde primært til formål at udvikle et program for policyrelevant arbejde inden for uddannelses- og sundhedsområdet (SSRU 2001). Under SSRU blev EPPI som nævnt etableret i 1993 med henblik på at producere evidensbaseret viden om sociale interventioner – i praksis afgrænset til uddannelse og sundhed. Organisationen intensiverede i 2000 og 2003 sit reviewarbejde, idet man fik opdrag hertil af henholdsvis den engelske regerings Department for Education and Skills og organisationen Teacher Training Agency. Ligeledes i Storbritannien har Research Unit for Research and Utilisation (RURU) i årene 1999-2005 blandt andet udført aktiviteter, der er relateret til udarbejdelsen af reviews inden for uddannelsesforskningen.

Som nævnt i foregående afsnit blev Campbell Collaboration etableret i 2000, efter at centrale personer inden for Cochrane Collaboration i 1998 opfordrede Robert Boruch til i Donald T. Campbells navn at tage initiativ til etableringen af en producent af reviews på området. Organisationen har siden sin start haft fokus på områderne social velfærd, kriminologi samt uddannelse, og selv om sidstnævnte indtil videre har fyldt mindst, er Campbell således i dag en væsentlig producent af reviews inden for området.

Et væsentligt arbejde for at promovere evidensbaseret uddannelsespolitik og -praksis har i OECD-regi foregået hos Centre for Educational Research and Innovation (CERI) under OECD's uddannelsesdirektorat. CERI har siden midten af 1990'erne arbejdet med initiativer til at forbedre uddannelsesforskningens rolle og effektivitet (OECD 1995) ved bl.a. at udarbejde landerapporter om karakteren og kvaliteten af uddannelsesforskning. Landerapporterne har blandt andet identificeret lav forskningsmæssig kapacitet og svage links mellem forskning, policy og praksis, hvilket i 2003

affødte en beslutning om at igangsætte initiativer med særligt fokus på at støtte udviklingen af evidensbaseret policy og praksis. Således initierede OECD i 2004 en konferencerække, der med deltagelse af forskere, praktikere og beslutningstagere fra OECD-lande skal afdække potentialer og barrierer i uddannelsesforskningen samt dens links til praksis. Der har hidtil været afholdt en konference i Washington i 2004 i samarbejde med enheder tilknyttet det amerikanske undervisningsministerium, en konference i Stockholm (2005), en konference i Haag (2005), mens en fjerde – og sidste – konference ventes at blive afholdt i London (2006).

Titlen på den første konference, som var »OECD-U.S. Meeting on Evidence-Based Policy Research in Education«, er interessant, idet der her introduceres et nyt begreb. Nu tales der ikke længere blot om evidensbaseret politik, evidensbaseret praksis, evidensbaseret uddannelse osv., men altså også om evidensbaseret forskning. Der opstod en markant meningsudveksling på konferencen mellem på den ene side amerikanere, blandt andet Robert Boruch, for hvem evidensbaseret forskning er forskning forankret i RCTs, og på den anden side det, der på konferencen benævnes »the nordic coalition«, der argumenterer for, at der er flere kilder til evidens, og at begrebet evidensbaseret forskning i sig selv er modsætningsfyldt (OECD 2004b).

I USA igangsatte den føderale regering i 2001 »No Child Left Behind Act«, der påbyder praktikere inden for uddannelsesområdet at anvende videnskabelig baseret forskning som retningsgivende for deres beslutninger (U.S. Department of Education 2003). Blandt andet i forlængelse heraf blev the Coalition for Evidence-Based Policy samme år dannet for at tilvejebringe information til beslutningstagere og praktikere om, hvad der ifølge den videnskabelige evidens virker på uddannelsesområdet. Ligeledes i USA blev What Works Clearinghouse (WWC) etableret i 2002 under den såkaldte »Education Sciences Reform Act« af det amerikanske undervisningsministeriums forskningsenhed Institute of Education Sciences (IES). WWC har til formål at undersøge og syntetisere eksisterende forskning for på den måde at danne baggrund for politikeres og praktikeres informerede beslutningstagning. WWC administreres af IES gennem en kontrakt med Campbell Collaboration og American Institutes of Research (AIR), lige-

som University of Pennsylvania, der også har spillet en central rolle i Campbell-samarbejdet, er underleverandør.

4.1.3 **Adoptionen i Danmark**

Da Nordic Campbell Center blev oprettet på Socialforskningsinstituttet i 2002, blev institutionaliseringen af reviewpraksis på det sociale område og uddannelsesområdet i Danmark så at sige dekoblet i to forskellige procesforløb. Selv om Nordic Campbell formidler systematiske reviews på uddannelsesområdet, kan man ikke tale om en egentlig adoption på uddannelsesområdet før i 2004, hvor repræsentanter for Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Innovation, Undervisningsministeriet samt Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU) deltog på den første og tidligere omtalte OECD-konference om evidensbaseret politik og praksis i Washington. Endvidere udarbejdede OECD samme år en landerapport om dansk uddannelsesforskning, hvori det blev anbefalet, at Danmark opretter et center for evidensbaseret uddannelsespolitik og praksis med inspiration fra What Works Clearinghouse og EPPI (OECD 2004a; Moos et al. 2005).

Efterfølgende er ideen blevet konkretiseret, og i marts 2006 lanceredes så beslutningen om at oprette et dansk Clearinghouse på en stort anlagt konference på Danmarks Pædagogiske Universitet.

4.2 **Organisering**

En vigtig producent af reviews på uddannelsesområdet er Campbell-samarbejdet. Da det allerede er beskrevet i foregående kapitel, vil vi ikke beskæftige os yderligere med organisationen her. Som det fremgik af tabel 3.1, er det kun ét af organisationens 15 igangværende og færdige reviews på uddannelsesområdet, der er forankret i Europa, og organisationens direkte betydning i hvert fald hidtil synes ej heller at have været markant i europæisk sammenhæng.

En anden producent er EPPI, der som nævnt er en del af Social Science Research Unit på Institute of Education ved London University. Organisationen har tilknyttet 18 grupper, der forestår den egentlige udarbejdelse af reviews. Ligesom EPPI på det medicinske område har et vidt-

strakt samarbejde med Cochrane, har man på uddannelsesområdet klare links til Campbell Collaboration, som er en officiel partner. EPPI har endvidere samarbejde med forskellige grupper af servicebrugere såvel som med Centre for Management and Policy Studies, der er centralt placeret i den engelske regering. EPPI får hovedparten af sin finansiering fra det engelske sundhedsministerium og undervisningsministerium, men modtager desuden væsentlige projektspecifikke bevillinger fra forskningsfonde og praktikerorganisationer.

Det arbejde, der pt. foregår i OECD-regi, er som tidligere nævnt organiseret i fire konferencer. Mens den første konference som nævnt omhandlede de overordnede muligheder for evidensbaseret forskning i uddannelsessektoren, havde den anden og tredje konference fokus på henholdsvis interaktionen mellem beslutningstagere og forskningen samt linket mellem evidens og praksis. Endelig ventes den sidste konference at have opsummerende og konkluderende karakter, når den afholdes i London senere på året (2006).

What Works Clearinghouse (WWC) er som nævnt etableret af det amerikanske undervisningsministeriums forskningsenhed og bliver administreret i et samarbejde mellem American Institutes of Research og Campbell. Organisationen ledes af en intern styregruppe, ligesom man har tilknyttet en teknisk rådgivningsgruppe (Technical Advisory Group), der spiller en central rolle i at opsætte de standarder, som organisationen arbejder efter. Derudover har organisationen et formelt netværk, What Works Network, som består af forskere, politikere, undervisere, journalister, forældre mv. Det er tanken, at dette netværk skal bidrage til en bottom-up proces, der kontinuerligt sikrer, at WWC's processer og produkter udvikler sig i overensstemmelse med behovene i sektoren, ligesom det skal fremme koblingen mellem forskning og praksis. WWC har en femårig kontrakt på over 100 mio.kr. med den amerikanske regering, som således tilvejebringer hovedparten af organisationens finansiering.

Som et kuriosum skal nævnes, at Campbell og AIR's joint venture om WWC har ført til et formaliseret partnerskab, der blandt andet har som konsekvens, at AIR investerer 6-7 mio. i Campbell over de næste fire år. Det er fra Campbell side håbet, at dette kan give organisationen et løft,

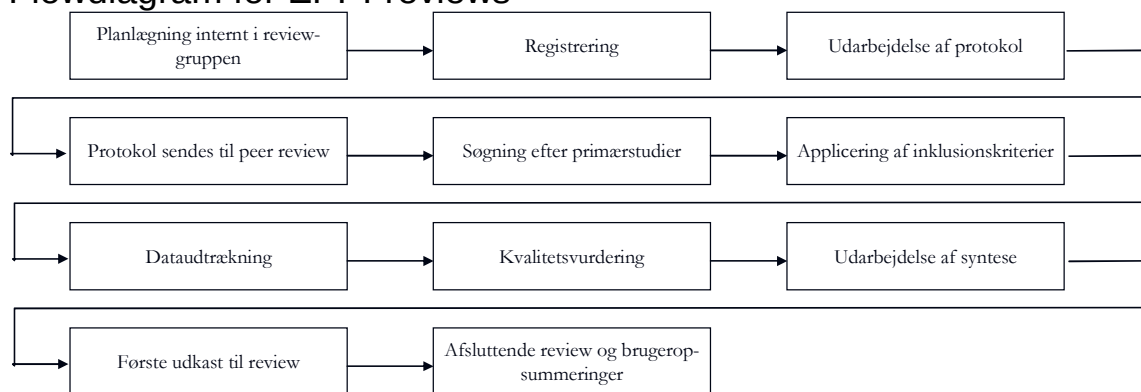
hvad angår struktur og administrativ tyngde (interview med Konnerup 2005).

I Danmark er det som nævnt for nylig besluttet at oprette et dansk Clearinghouse. »Clearinghouse skal udarbejde og kommunikere systematiske vurderinger af evidensbaseret viden. Funktionen skal dels medvirke til at kvalitetsvurdere og synliggøre internationale forskningsresultater (herunder danske), dels opsamle og kvalitetsvurdere erfaringer fra udviklingsprojekter« (Danmarks Pædagogiske Universitet; Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling & Undervisningsministeriet 2006: 6). Det danske Clearinghouse placeres på Danmarks Pædagogiske Universitet og bemandes i en pilotperiode på et år med et sekretariat med fem medarbejdere. Sekretariatet skal blandt andet supportere de ad hoc-nedsatte reviewgrupper, hver bestående af cirka fem forskere, der skal samle og syntetisere viden. Som en del af Clearinghouse er det planen at etablere et forskernetværk benævnt et forskningsobservatorium. Netværket, der blandt andet skal deltage i udarbejdelse af kvalitetskriterier og standarder for vurdering af uddannelsesforskning, udpeges af DPU's bestyrelse efter indstilling fra en række uddannelsesforskningsmiljøer. Det er planen, at Clearinghouse skal gennemføre to reviews i det første år, hvorefter der i 2007 skal gennemføres en evaluering, før der træffes en endelig beslutning om dets opgaver og dimensionering. Set i lyset af erfaringerne med at opbygge reviewkapacitet i andre sammenhænge virker planerne noget urealistiske.

4.3 Produktion

EPPI's udarbejdelse af systematiske reviews inden for uddannelsesområdet sker i 18 reviewgrupper, der er støttet af organisationen. Reviewgruppernes arbejde følger organisationens skriftlige manualer. Arbejdsprocessen er illustreret i figur 4.1.

Figur 4.1 Flowdiagram for EPPI-reviews



Arbejdsprocessen er, som det fremgår, *processuelt* ækvivalent til processen i Cochrane og Campbell. Der lægges stor vægt på metodologisk transparens og udarbejdelse af en detaljeret protokol, inden selve reviewet påbegyndes. EPPI nævner eksplicit, at man på uddannelsesområdet i høj grad trækker på sine erfaringer fra sundhedsområdet, hvor man var kraftigt inspireret af Cochrane.

Hvad angår det *substantielle* indhold af reviewprocesserne, synes EPPI at lægge større vægt på metodisk pluralisme end fx Cochrane, idet man skriver sig direkte op imod idealet statistisk metaanalyse. EPPI understreger, at statistisk metaanalyse kan være værdifuldt og relevant, men at det kun er én mulig metode. Ligeledes gør EPPI op med det ensidige fokus på interventionsstudier, idet der argumenteres for at inkludere eksperimentelle såvel som ikke-eksperimentelle design.

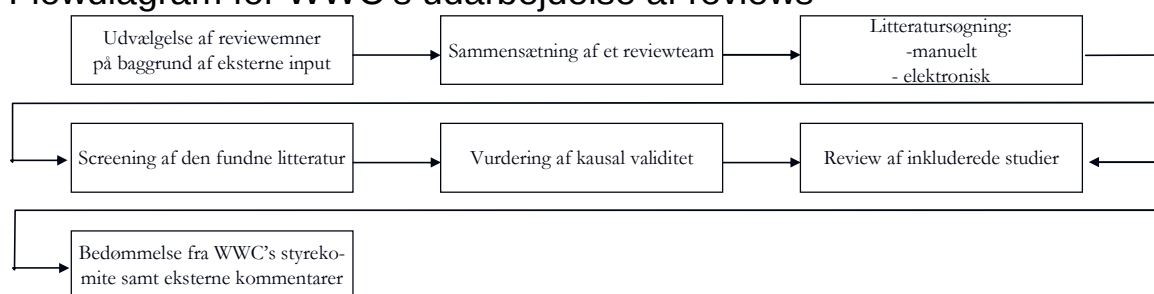
Tidsperspektivet for et EPPI-review er omkring 12 måneder, hvilket ligger i underkanten af, hvad vi har observeret hos de allerede undersøgte organisationer inden for det medicinske og det sociale område. Organisationen har som mål, at hver reviewgruppe skal producere ét review om året, hvilket indebærer, at organisationens samlede årlige produktion øjensynligt vil ligge mellem 15 og 20 reviews.

Produktet fra OECD's konferencerække ventes at blive en rapport, der opsummerer generelle potentialer og udfordringer og eventuelle forskelle blandt de deltagende lande. Som nævnt afslører rapporterne fra de hidtidige konferencer variationer i holdninger. Specielt holdningen til RCTs synes at variere væsentligt mellem landene, således at man i USA forholder sig positivt, mens man især i Norden er skeptiske. Det er særligt interes-

sant, at en af fortalene for oprettelsen af et clearinghouse på dansk grund forholder sig relativt skeptisk til de argumenter, der fremføres fra ledende Campbell-personer. I forhold til den dansk-amerikanske debat synes briterne i øvrigt at indtage en mellemposition.

WWC's udvælgelse af systematiske review sker på baggrund af eksterne input, der bliver vurderet i forhold til deres potentiale for at forbedre de studerendes outcome, deres applicerbarhed på en bred gruppe studerende, deres policyrelevans samt tilstedeværelsen af videnskabelige primærstudier. I lighed med EPPI har WWC en forholdsvis standardiseret reviewproces, som fremgår af nedenstående figur:

Figur 4.2 Flowdiagram for WWC's udarbejdelse af reviews



Efter udvælgelsen af et emne sammensættes et reviewteam bestående af en »indholdsrådgiver«, en metodekonsulent, en projektkoordinator samt en forskningsanalytiker. Dernæst udarbejdes en arbejdsplan og efterfølgende en protokol, der skal leve op til WWC's standarder. Litteratursøgningen foregår via en manuel søgning i kernetidsskrifter de seneste 20 år suppleret med en elektronisk søgning, indsendte studier, søgning efter konferencepapers, websøgninger hos relevante organisationer samt forespørgsler hos relevante eksperter.

Når man har identificeret potentielt relevante primærstudier, foregår den resterende proces i tre hovedfaser. I den første af disse foretages en screening af den fundne litteratur, således at kun studier, der er relevante i forhold til den undersøgte intervention, og undersøgelsespopulationen bliver inkluderet, hvis de vel at mærke indeholder et validt og relevant outcome. I anden fase foretager man en vurdering af studiernes kausale validitet i forhold til WWC's standarder, som betoner RCTs, om end man tillader, at gode quasi-eksperimentelle studier kan inkluderes. Ved »gode«

studier forstås primært, at de tilnærmer sig RCTs. Endelig foretager man i tredje og sidste fase et yderligere review af de inkluderede studier, som beskrives og vurderes i forhold til centrale karakteristika såsom outcomemålene, graden, hvormed studiet muliggør testning af effekter på undergrupper, den statistiske analyse samt den statistiske rapportering. Reviewprocessen indebærer kvalitetskontrol i alle faser – mest markant i forhold til det færdige review, som underkastes bedømmelse fra WWC's styrekomité, ligesom man indhenter kommentarer fra forfatterne til primærstudierne såvel som udviklerne af de undersøgte interventioner.

Det er interessant, at WWC bryder med Campbells forestilling om global evidens og alene inkluderer resultater fra amerikanske primærstudier. WWC's argument herfor er, at amerikanske skolefolk ikke vil acceptere, at ikke-amerikanske erfaringer om pædagogiske virkemidler skulle være relevante i USA.

For at illustrere den konkrete produktion af reviews inden for uddannelsesområder har vi valgt to eksempler fra organisationen EPPI, som vi ovenfor identificerede som en af de vigtigste producenter af reviews på området i Europa.

Første eksempel omhandler anvendelsen af it- og kommunikationsteknologi i engelskundervisning. Rapporten er organiseret i to dele. Del I indeholder en kortlægning af den forskning, der er udarbejdet om emnet generelt, mens del II indeholder et review, der sætter fokus på spørgsmålet om, hvorvidt der er evidens for, at anvendelsen af it- og kommunikationsteknologi i engelskundervisning har positiv effekt på elevernes færdigheder i skriftlig engelsk.

Den brede kortlægning afdækker i alt 2103 publikationer publiceret i årene 1998 til 2003. 56 af disse inkluderes i den egentlige kortlægning. In- og eksklusionskriterierne vedrører i denne fase alene publikationstyper samt relevansen af de afrapporterede undersøgelser men ikke undersøgelsesmetodologi. Processen fører til, at 14 tidligere udarbejdede reviews samt 53 primærstudier analyseres grundigt. Det viser sig, at undersøgelserne har fokus både på meget forskellige teknologityper, herunder tekstbehandling, multimedia, e-mail, chat rooms og internet, og på forskellige effektdimensioner, herunder læsefærdighed (læseafkodning og/eller læseforståelse), skrivefærdighed (komposition, grammatik, stavning og/eller ord-

forråd). Reviewgruppen beslutter på denne baggrund at indsnævre den efterfølgende reviewproces til udelukkende at sætte fokus på effekten af it- og kommunikationsteknologi for skrivefærdighed. Figur 4.3 sammenfatter forløbet og resultaterne af denne reviewproces.

Figur 4.3 Et eksempel på et EPPI-review

Faser	<i>Eksempel: Anvendelse af it- og kommunikationsteknologi i engelskundervisning med henblik på forbedring af færdigheder i skriftlig engelsk</i>
Problemstilling:	Har anvendelse af it- og kommunikationsteknologi i engelskundervisning positiv effekt på 5-16-årige elevers færdigheder i skriftlig engelsk?
Søgning:	Den første kortlægningsfase afdækkede 20 primærundersøgelser med fokus på skrivefærdighed.
Kritisk vurdering:	Af de 20 undersøgelser blev 11 ekskluderet. Kravet til inkluderede studier var, at de skulle være RCTs eller kontrollerede forsøg, der havde kvantificerede outcomemål såvel som en passende samplestørrelse. Af de resterende ni undersøgelser blev otte vurderet som værende af middel kvalitet, mens én, der indeholdt elementer af randomisering, blev vurderet som værende af høj kvalitet. Syntetisering af primærstudierne skete ikke via en kvantitativ metaanalyse, da samplenes sammensætning, de undersøgte interventioner samt outcomemålene var for heterogene. Der blev i stedet foretaget en narrativ syntetisering af resultaterne af de ni studier.
Konklusion:	Reviewet konkluderer, at der ikke er megen evidens for, at anvendelse af it- og kommunikationsteknologi i engelskundervisning fremmer elevernes skrivefærdighed. Selv om de fleste af de inkluderede studier viser varierende grader af positive effekter, vurderes studierne ikke at være af tilstrækkelig kvalitet til at kunne danne grundlag for en entydig konklusion. Konklusionen er i stedet, at der ikke findes tilstrækkelig med forskning af høj kvalitet på området.

Kilde: Andrews, R, Dan H, Freeman A, McGuinn N, Robinson A, Zhu D (2006).

Som det fremgår af figuren, har dette EPPI-review i arbejdsprocessen store lighedstræk med Cochrane- og Campbell-traditionen. Der arbejdes med restriktive krav til primærundersøgelseernes kvalitet, hvilket fører til, at kun resultaterne fra ni undersøgelser kan inkluderes i reviewet. De ni undersøgelser viser sig alle at være amerikanske, selv om den indledende kortlægning har afdækket, at der gennemføres forskning på området også i UK, Canada og Australien. De restriktive inklusionskrav fører igen til, at studiet reelt bliver ikke-konkluderende. Der konkluderes, at der ikke kan findes megen evidens for, at anvendelsen af it- og kommunikationsteknologi i engelskundervisning har positiv effekt på elevernes skrivefærdighed. De inkluderede studier vurderes simpelthen at være af utilstrækkelig kvalitet. Hvad angår syntetiseringsmetoden, er reviewernes ideal den sta-

tistiske metaanalyse, men idealet må opgives grundet heterogenitet i de inkluderede studier. Reviewet er således et eksempel på, at forfatterne har forsøgt at følge de stringente metodiske krav, der typisk anvendes på det medicinske område, men at de ikke har kunnet finde tilstrækkeligt med studier af den fornødne kvalitet på uddannelsesområdet.

Det andet eksempel tager udgangspunkt i den såkaldte National Numeracy Strategy – den nationale talforståelsesstrategi – der i 1999 blev introduceret i engelske grundskoler svarende til det danske 1.-6. klassetrin. Strategien indeholdt som sine hovedelementer 1) en daglig matematiktime, 2) en treleddet struktur af undervisningen i disse timer samt 3) fokus på interaktiv undervisning af hele klasser. I reviewet undersøges, hvorvidt denne strategi har haft positiv effekt målt på elevernes matematiske kompetencer. Reviewprocessen og dens resultater er gengivet i hovedtræk i figur 4.4.

Figur 4.4 Et eksempel på et EPPI review

<i>Faser</i>	<i>Eksempel: Matematikundervisning i engelske grundskoler</i>
Problemstilling:	Har »Den daglige matematiktime« i forlængelse af den nationale talforståelsesstrategi for engelske grundskoler hjulpet elever til at udvikle sikkerhed og kompetence i tidlig matematik?
Søgning:	Via søgning blev identificeret 736 potentielt relevante publikationer. Af de 736 publikationer ekskluderedes 671 alene på titel og abstract. In- og eksklusionskriterier vedrørte publikationstyper samt undersøgelsesrelevans, men ikke metodologi.
Kritisk vurdering:	Af de resterende 65 publikationer viste 2 sig at være mundtligt præsenterede konferencepapers, der ikke fandtes i en fuldt udskrevet skriftlig version. Af de resterende 63 blev endnu 43 ekskluderet, da de viste sig ikke at indeholde vurderinger af effekten af »Den daglige matematiktime«. Således inkluderedes 20 publikationer, der tilsammen indeholdt resultaterne fra 18 individuelle undersøgelser. Alle relevante undersøgelser blev inkluderet. Således er der blandt de 18 inkluderede studier eksempler på så forskellige studier som surveys, interview, observationsstudier samt »hårde data« fra matematiske test. En efterfølgende kvalitetsvurdering medførte, at 11 af studierne fik tilskrevet rangeringen »høj«, mens de resterende 7 blev vurderet til at være »medium«. Ingen studier blev vurderet som værende af lav kvalitet. Studierne blev slutteligt syntetiseret narrativt.
Konklusion:	Reviewet konkluderer, at »Den daglige matematiktime« er blevet godt modtaget og bredt implementeret, samt at der er nogen evidens for, at »Den daglige matematiktime« har øget elevernes sikkerhed og kompetence i tidlig matematik. Der kan imidlertid ligeledes identificeres en række problematiske aspekter med den engelske strategi – især i forhold til elever med svage færdigheder. Endelig påpeges det, at de overordnede gevinster lige så vel kan skyldes større overensstemmelse mellem, hvad der læres, og hvad der testes, som det kan skyldes en reel forbedret forståelse af matematik.

Kilde: Kyriacou, Chris; Goulding, Maria et al. (2004).

Som det fremgår af figuren, adskiller andet eksempel sig en del fra det første eksempel. For det første undersøges en intervention, der knytter sig direkte til et nationalt policytiltag. For det andet undersøges såvel implementeringen som effekterne. For det tredje vedrører in- og eksklusionskriterier altovervejende relevans. Alle relevante undersøgelser inkluderes uanset metodologi, hvilket betyder, at materialet indeholder undersøgelser baseret på såvel surveys, interview og observationsstudier. Materialet syntetiseres narrativt.

De to uddannelsesreviews giver samlet anledning til en række interessante observationer. I eksempel 1 om it- og kommunikationsteknologi stilles forholdsvis strenge krav til studiedesignet, som skal være enten et RCT- eller et kontrolleret forsøg. Eksempel 2 om matematikundervisning viser imidlertid, at EPPI-reviews også kan være langt bredere, idet alle typer af design og data inkluderes. Det er i øvrigt bemærkelsesværdigt, at eksempel 1 ud fra en stor base kun finder én relevant publikation, der indeholder elementer af randomisering. En anden forskel på de to reviews er, at eksempel 1 kun undersøger interventionens effekt, mens eksempel 2 tillige indebærer en implementeringsanalyse. En tredje interessant observation er, at matematikreviewet alene omhandler en engelsk intervention og således ikke har et globalt fokus som de øvrige hidtil undersøgte eksempler – herunder EPPI's review af it- og kommunikationsteknologi i undervisningen. Vi ser altså, at reviews også kan anvendes til at evaluere rent nationale tiltag.

Et fællestræk ved de to eksempler er, at der anvendes narrativ syntetisering i stedet for metaanalyse, hvilket i eksempel 1 skyldes heterogenitet blandt de inkluderede primærstudier, mens det i eksempel 2 blandt andet skyldes, at ikke alle de inkluderede primærstudier indeholdt kvantificerede outcomemål. Begge eksempler synes desuden at illustrere, at der sammenlignet med det medicinske område findes relativt få RCTs på uddannelsesområdet. Ydermere kan det konstateres, at ingen af de to reviews finder markant evidens for positiv effekt af de undersøgte interventioner. Eksempel 1 formår ikke at komme frem til en egentlig faglig konklusion, mens eksempel 2 er noget ambivalent. Et sidste fællestræk for de to reviews er, at de eksplicit indskrives i en policy kontekst ved direkte at fremkomme med implikationer for policy og praksis. På uddannelsesområdet findes så-

ledes både eksempler på reviews, der lægger sig tæt op ad Cochrane- og Campbell-traditionen, men også eksempler på reviews, der anlægger en bredere og mindre restriktiv tilgang.

4.4 **Formidling og anvendelse**

Det er i afsnit 2.4 beskrevet, hvordan EPPI leverer en betydelig indsats i formidlingen af sundhedspolitiske reviews via databasen DoPHER. Organisationer leverer en lignende indsats inden for uddannelsessektoren, hvor man har oprettet Research Evidence in Education Library (REEL), der indeholder systematiske reviews udarbejdet af organisationens 18 reviewgrupper. Databasen tilvejebringer ligeledes værktøjer for dem, der måtte ønske at udarbejde egne reviews inden for området. REEL er sammenlignet med DoPHER en forholdsvis lille database, der indeholder under 100 færdige reviews, om end der er tale om et pænt antal relativt til normalen inden for uddannelsesforskningen. EPPI administrerer endvidere en database med 1.200 primærstudier, der dog i højere grad er rettet mod potentielle reviewere end praktikere.

Der foreligger ingen systematisk evaluering af EPPI-reviewenes effekt for praksis, om end organisationen tydeligvis regnes som en international pioner inden for uddannelsesområdet. EPPI's centrale betydning understreges af internationale reviews og anbefalinger på området (fx OECD 2004a).

Den tredje af OECD-konferencerne havde hovedfokus på formidling og anvendelse, idet man diskuterede linket mellem forskningen og praksis. Et af hovedsynspunkterne fra den mangfoldige debat var, at det nuværende link mellem forskning og praksis er særdeles svagt i alle lande. Den hyppigst anførte løsning herpå var oprettelsen af »brokerage agencies« eller clearinghouses, der skal mediere mellem forskere, praktikere og beslutningstagere ved at tilvejebringe information og anbefalinger om »best practice« på lettilgængelig vis (fx van der Hoeven 2005; Schuller 2005; Gough 2005, de tre referencer vedr. alle taler, se afsnit 7.4).

Endelig ser vi på WWC, som starter sine anvendelsesorienterede aktiviteter allerede i udvælgelsen af emner, idet denne sker på baggrund af eksperter input med henblik på at gøre reviewene så praksisrelevante som mu-

ligt. Mere specifikt foregår organisationens udvælgelse på baggrund af e-mails fra offentligheden, møder sponsoreret af WWC, det tidligere omtalt What Works Network samt medlemmer af uddannelsesnetværk, politikere eller det amerikanske undervisningsministerium.

En af WWC's væsentligste formidlingskanaler er What Works Network, der består af forskere, politikere, undervisere, journalister, forældre m.fl. Disse aktører deltager i møder og fora, som WWC arrangerer. Det er på den baggrund idealforestillingen, at netværket gennem en bottom-up proces skal sikre, at WWC's arbejdsprocesser og produkter udvikler sig i overensstemmelse med praktikernes behov.

4.5 Sammenfatning – uddannelse

Adopteringen af ideen om reviewarbejde på uddannelsesområdet skete i slutningen af 1980'erne til starten af 1990'erne i Europa og USA. I Europa findes institutionelle initiativer tilbage til starten af 1990'erne – især fra 1993, hvor EPPI blev dannet som en enhed under SSRU. I Danmark adopteredes ideen i 2004 i forbindelse med en dansk delegations deltagelse i OECD's konferencerække om evidensbaseret uddannelsespolitik såvel som via samme organisations landerapport om dansk uddannelsesforskning, hvori etablering af et clearinghouse på DPU anbefales. I 2006 besluttedes det at etablere et clearinghouse. Det er i skrivende stund ikke klart, hvilken arbejdsform organisationen vil adoptere og udvikle. Figur 4.5 resumerer de væsentligste pointer.

Figur 4.5 Adoption, institutionalisering og spredning af systematiske reviews i Danmark, Europa (herunder UK) samt USA. Kolonnernes placering fra venstre mod højre følger adoptionens kronologi

	<i>Europa (herunder UK)</i>	<i>USA</i>	<i>Danmark</i>
<i>Adoption</i>	Slut-1980'erne til start 1990'erne	Usikkert, men sandsynligvis slutningen af 1980'erne	2004
<i>Institutionalisering og spredning</i>	SSRU (1990) EPPI (1993) CERI (1995/2004) Campbell (1999/2000)	Coalition for Evidence Based Policy (2001) WWC (2002)	Clearinghouse på DPU (2006)

Hvad angår *organiseringen*, gælder hovedsagelig det fællestræk, at der er tale om initiativer, der får hovedparten af deres finansiering fra og således har en særlig tilknytning til offentlige kilder – i EPPI's tilfælde det engelske sundhedsministerium og undervisningsministerium, mens det for WWC's vedkommende er det amerikanske undervisningsministerium. En væsentlig undtagelse er Campbell, der dog regionalt har en tæt tilknytning til enkelte offentlige organisationer. Figur 4.6 opsummerer centrale karakteristika ved organiseringen.

Figur 4.6 Centrale karakteristika ved de undersøgte organisationers organisering

	<i>Institutionelt tilhørsforhold</i>	<i>Finansiering</i>	<i>Organisationstype</i>
<i>Campbell</i>	Selvstændig organisation	Multiple kilder	International organisation m. multiple lag
<i>EPPI</i>	Del af SSRU, University of London	UK sundhedsmin., undervisningsmin. m.fl.	Del af en enhedsorganisation
<i>CERI</i>	Enhed under OECD	OECD	Del af en enhedsorganisation
<i>WWC</i>	Joint venture mellem AIR og Campbell, men formelt uafhængig	Amerikanske undervisningsministerium	Joint venture, men i sig selv en enhedsorganisation
<i>Clearinghouse</i>	DPU	Videnskabsministeriet via DPU's bestyrelse	Del af enhedsorganisationen

Ser vi på *arbejdsprocesser* og *produktion*, gennemgår de fleste af de undersøgte organisationer på uddannelsesområdet de samme faser, som vi så på det medicinske og det sociale område. Imidlertid synes der, hvad angår indholdet af faserne, at være en lidt større rummelighed omkring inklusion af primærstudier med forskellige undersøgelsesdesign såvel som forskellige syntetiseringsformer. I figur 4.7 er angivet en række vigtige karakteristika omkring processen vedrørende organisationernes arbejds metode og produktion. Clearinghouse DPU er ikke medtaget, da dets arbejdsform endnu ikke er fastlagt.

Figur 4.7 Centrale processuelle karakteristika ved de undersøgte organisationers arbejdsmetode og produktion

	<i>Organisationen modtager eksterne forslag til emner</i>	<i>Organisationen fremkommer selv med forslag til emner</i>	<i>Organisationen producerer selv reviews internt</i>	<i>Org. giver opdrag til eksterne eller faciliterer eksterne</i>
<i>Campbell</i>	x	-	-	x
<i>EPPI</i>	x	x	x	x
<i>WWC</i>	x	(x)	x	(-)

Tegnforklaring: »x« betyder, at der entydigt kan svares bekræftende til det pågældende udsagn. »(x)« implicerer, at der i nogen grad kan svares bekræftende, mens »(-)« indikerer, at der næsten kan svares afvisende. »-« betyder, at punktet entydigt kan afvises.

Endelig lagde de undersøgte organisationer betydelig vægt på *formidling* af deres resultater. Dette skete for EPPI's vedkommende hovedsagelig gennem et let tilgængeligt databasesystem, mens WWC benyttede et tæt netværk med politikere og praktikere til i en bottom-up proces at sikre, at der var overensstemmelse mellem organisationens produkter og brugernes behov. Figur 4.8 opsummerer en række ligheder og forskelle ved organisationernes formidling. Clearinghouse DPU er ikke medtaget, jf. ovenfor.

Figur 4.8 Centrale karakteristika for de undersøgte organisationers formidling

	<i>Organisationen udarbejder (i væsentligt omfang) formidlingsorienterede produkter</i>	<i>Organisationen har en naturlig, organisationel adgang til formidling</i>	<i>Organisationen er engageret i netværk med henblik på formidling af reviews</i>	<i>Målgruppe</i>
<i>Campbell</i>	(-)	-	(-)	Praktikere
<i>EPPI</i>	x	(-)	x	Politikere og praktikere
<i>WWC</i>	x	(-)	x	Politikere og praktikere

Tegnforklaring: »x« betyder, at der entydigt kan svares bekræftende til det pågældende udsagn. »(x)« implicerer, at der i nogen grad kan svares bekræftende, mens »(-)« indikerer, at der næsten kan svares afvisende. »-« betyder, at punktet entydigt kan afvises.

5 **Konklusion: Komparative refleksioner**

I kapitel 1 formuleredes fire problemstillinger, som har været omdrejningspunkt i analysen: 1) Hvordan er evidensbevægelsen opstået, og hvordan er den kommet til Danmark? 2) Hvordan er evidensbevægelsen organiseret? 3) Hvad karakteriserer dens arbejdsform? 4) Hvordan arbejdes der med at formidle og fremme anvendelse af den producerede viden? I dette kapitel vil de fire spørgsmål blive besvaret, idet der sættes fokus på de ovenfor beskrevne tre områder i et komparativt perspektiv. Herved diskuteres forskelle og ligheder i adoption, organisering, arbejdsmetode og formidling.

5.1 **Adoption**

Figur 5.1 og 5.2 nedenfor angiver tidspunktet for adoptionen og institutionalisering af evidensbevægelsen henholdsvis internationalt og i Danmark.

Figur 5.1 Adoption og organisatorisk konstruktion på sundheds-, social- samt uddannelsesområdet internationalt. Kolonnernes placering fra venstre mod højre følger adoptionens kronologi

	<i>Sundhed</i> a) Systematiske reviews b) Teknologivurderinger	<i>Social</i>	<i>Uddannelse</i>
<i>Adoption</i>	a) 1980'erne b) 1975	Slut 1980'erne	Slut 1980'erne
<i>Organisatorisk konstruktion</i>	a) 1992-1993: Cochrane Collaboration; 1994: CRD b) 1975: OTA, 1987: SBU	1990: SSRU 1999: Campbell Collaboration	1990: SSRU 1993: EPPI 1999: Campbell Collaboration

Figur 5.2 Adoption og organisatorisk konstruktion på sundheds-, social- samt uddannelsesområdet i Danmark. Kolonnernes placering fra venstre mod højre følger adoptionens kronologi

	<i>Sundhed</i> a) Systematiske reviews b) Teknologivurderinger	<i>Social</i>	<i>Uddannelse</i>
<i>Adoption</i>	a) 1990-1993 b) 1980	1999	2004
<i>Organisatorisk konstruktion</i>	a) 1993: Nordic Cochrane Center b) 1997: CEMTV	2002: Nordic Campbell Center	2006: Etablering af et What Works Clearinghouse på DPU

Som det fremgår af figur 5.2, er evidensbølgen internationalt opstået inden for det medicinske område, hvor reviewarbejde og medicinske teknologivurderinger har eksisteret som to sideordnede ideer, der udviklede sig i relativ isolation fra hinanden. Evidenstænkningen er efterfølgende adopteret på velfærds- og uddannelsesområdet nogenlunde samtidig, og reviewarbejdet er på disse områder til dels institutionaliseret i sektorovergribende organisationer.

Det internationale mønster genfindes i Danmark, hvor adoption og institutionalisering skete markant tidligere på det medicinske område end på de øvrige områder. Herudover blev institutionaliseringen af reviewpraksis på områderne velfærd og uddannelse i Danmark dekket i to forskellige procesforløb som følge af placeringen af det nordiske Campbell-center på Socialforskningsinstituttet.

Analysen af adoptionsprocesserne afslørede en række interessante forskelle mellem de dominerende organisationer på de tre sektorområder. Særligt bemærkelsesværdigt er det, at det internationale Cochrane-samarbejde på det medicinske område voksede op nedefra som en græsrodsbevægelse initieret af folk med interesse for metaanalyse, mens Campbell især på det sociale område og specielt i Norden blev etableret via et samspil mellem bottom-up og top-down processer (interview med Gøtzsche 2005; interview med Konnerup 2005). Tilblivelseshistorien har også i dag betydning for organisationernes funktionsmåde. Hvor engagerede klinikere måtte kæmpe for at skaffe finansiering til Nordic Cochrane, lykkedes det relativt hurtigt Nordic Campbell at sikre sig en flerårig bevilling, på baggrund af hvilken man kunne engagere interesserede personer med den fornødne kompetence.

En anden interessant forskel mellem det medicinske område på den ene side og det sociale og uddannelsesmæssige område på den anden er, at Cochrane og søsterorganisationen CRD, som i dag er dominerende på det medicinske område, var blandt de første organisationer på feltet, mens Campbell først blev initieret, da evidenstagningen havde været institutionaliseret i en del år. En hypotese kan være, at dette har implikationer for homogeniteten og sammenhængskraften på de to områder. Reviewpraksis synes således på det medicinske område fra starten at have været opbygget omkring et klart og fælles referencepunkt, hvor der på det sociale og uddannelsesmæssige område er udviklet flere til dels konkurrerende praksisformer.

Fælles for det medicinske og sociale område er, at tanken om evidens hovedsagelig er vokset frem som følge af processer inden for internationale fagprofessionelle netværk. Noget lignende gælder sandsynligvis også for uddannelsesområdet, om end den amerikanske regering samt OECD synes at have spillet en væsentlig faciliterende rolle på dette sektorområde. Fælles for social- og uddannelsesområdet er, at adoptionen af systematiske reviews til en vis grad er resultatet af en imitation af det medicinske område i håb om at opnå dettes legitimitet, prestige og dertilhørende professionelle autonomi (fx Pirrie 2001; Nielsen 2005c; Nielsen 2005d).

I alle tre sektorer er adoptionen og institutionaliseringen kendetegnet ved markante enkeltpersoners entreprenørindsats. Dette gælder ikke alene

de to mest kendte organisationer, hvor Archie Cochrane og Donald Campbell har været centrale forbilleder, og hvor henholdsvis Iain Chalmers og Robert Boruch har været foregangsmænd, men også for CEBSS med Brian Sheldon, for SSRU og EPPI med Ann Oakley samt for SCIE med Mike Fisher. Dette mønster rejser spørgsmålet om, hvad der vil ske, når de ledende skikkelser trækker sig tilbage (interview med Konnerup 2005). På den ene side kan man sige, at evidenstagningen er forankret i relativt unge organisationer og i en del tilfælde organisationer med et sammenstykket og eksplicit tidsbegrænset finansieringsgrundlag. På den anden side er evidenstagningen i dag institutionaliseret og både forankret i finansiering fra offentlige kilder og støttet af centrale interessenter, og måske derfor ikke længere så afhængige af de enkeltpersoner, der var afgørende i adoptionsfasen. Dette gør sig fx gældende for Cochrane, som har fortsat sin udvikling på trods af, at stifteren Iain Chalmers trak sig tilbage i 2002.

En organisation, man kunne have forventet var en central aktør på tværs af sektorområder, men som kun i begrænset omfang har adopteret ideen om reviews, er Europa Kommissionen. Kommissionen har ikke nogen fælles koordination af reviews, som således kun udarbejdes på ad hoc-basis i de enkelte generaldirektorater (DG'er) under varierende betegnelser som fx »synthesis of evaluations« og »metaevaluation«. En gennemgang af EU's budgetenheds årlige oversigter over Kommissionens evalueringsaktiviteter for årene 1998-2004 har vist, at anvendelsen af reviews er yderst begrænset (European Commission 1999, 2000, 2001, 2002, 2004 samt 2005). Unionen har dog spillet en vis rolle i evidensbevægelsens generelle adoption og udvikling. Blandt andet har den på det finansielle plan ydet støtte til Cochrane i organisationens opstartsfasen, til MTV-aktiviteter samt givet en betydelig bevilling til WHO's HEN.

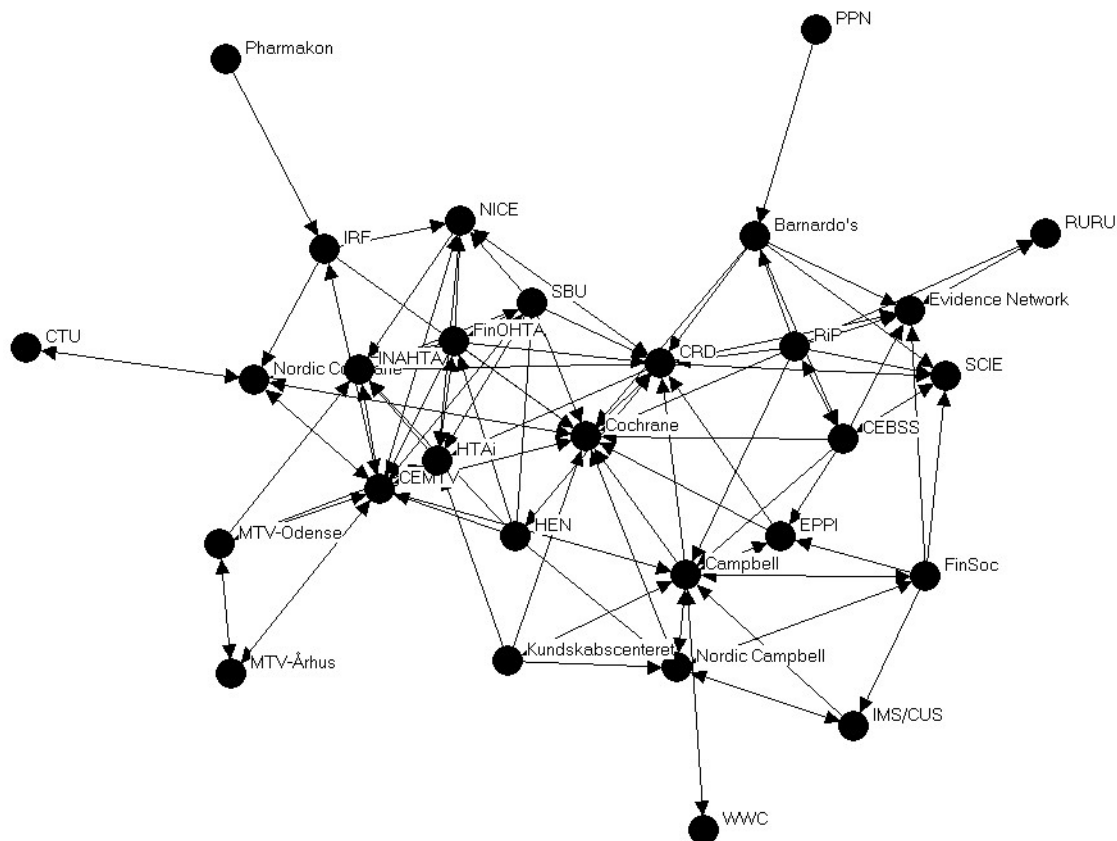
5.2 Organisation

Ser vi på organiseringen af de enkelte enheder, der producerer systematiske reviews, synes forskellene i høj grad at gå på tværs af sektorområder. Organisationerne varierer blandt andet i finansieringskilde og formel tilknytning til en bestemt offentlig myndighed. Dette gælder fx på det medicinske område, hvor teknologivurderingsinstitutter typisk har tættere kon-

takt til det politiske system, og ligeledes har lettere ved at tilvejebringe finansiering herfra. En interessant forskel er mellem de to »hovedorganisationer« Campbell og Cochrane, hvor undersøgelsen indikerer, at Campbell med sine coordinating groups og sin method group er mere centraliseret end Cochrane (interview med Konnerup 2005: interview med Gøtzsche 2005), hvor reviewarbejdet er forankret decentralt i 50 tematiske grupper. Forskellene skal ses i sammenhæng med organisationernes tilblivelseshistorie, idet Cochrane er skabt nedefra, mens Campbell blev initieret ved etableringen af en central styregruppe.

Ud over at analysere de enkelte organisationer har vi i kapitlerne om sundheds- og socialområdet søgt at give et overblik over organiseringen af felterne som helhed. Feltanalyserne er blevet anskueliggjort grafisk ved hjælp af netværksanalyseprogrammerne Ucinet og NetDraw. I figur 5.3 har vi samlet data for alle sektorområderne i en samlet visualisering, så mønstre på tværs af sektorerne anskueliggøres.

Figur 5.3 Netværksillustration af relationer mellem de centrale organisationer



Kilde: Organisationernes egne hjemmesider. De relative placeringer i det grafiske udtryk er genereret ved en algoritme, der søger at minimere systemets samlede energi.

Figuren viser et tydeligt mønster, idet de medicinske organisationer er lokaliseret i venstre side, mens de sociale organisationer og de få uddannelsesorganisationer befinder sig til højre. De tre mest centrale organisationer er ikke overraskende Cochrane, som 46% af de undersøgte enheder henviser til, samt CRD (32%) og Campbell (32%). INAHATA's (29%) og HTAi's (25%) placeringer skyldes først og fremmest, at der er tale om netværksorganisationer for medicinske teknologivurderinger, som naturlig opnår mange henvisninger fra deres medlemmer. Det særlige interessante er, at det er revieworganisationerne Cochrane og CRD, der binder højre og venstre siden af figuren sammen, og som således er vigtige inden for sundhedsområdet såvel som det sociale felt og uddannelsesfeltet. Der er stort set ingen henvisninger på tværs af felterne, som ikke går gennem de to organisationer. For Cochranes vedkommende skyldes nøglepositionen, at organisationen står som en pioner inden for arbejdet med reviews, hvorfor de øvrige ofte henviser til Cochrane Handbook for uddybning af

metodiske spørgsmål. For CRD's vedkommende skyldes det dels, at organisationen udarbejder reviews på det medicinske såvel det sociale område, og dels at man administrerer DARE-databasen, der både indeholder effektstudier af medicinske og sociale interventioner.

5.3 Arbejdsmetode og produktion

Analysen har vist, at hovedparten af de undersøgte organisationer følger den samme arbejdsproces, som i store træk følger de i figur 5.4 beskrevne faser.

Figur 5.4 Typiske faser i de undersøgte reviewprocesser



De væsentligste karakteristika, som der selvfølgelig findes undtagelser for (fx HEN), er, at processen indebærer en udvælgelse samt en syntetisering af data, og at de vigtigste valg beskrives i protokollen *ex ante*.

Hvor der var store ligheder i arbejdsprocessen, eksisterer der til gengæld en større debat, hvad angår *indholdet* af de enkelte faser. Særlig interessant er de kriterier, der danner baggrund for udvælgelsen af studier til inklusion. Der synes i den forbindelse at være store ligheder mellem de to dominerende organisationer Cochrane og Campbells arbejdsmetoder, idet Campbell-vejledningen er meget inspireret af Cochranes reviewhåndbog. Lighederne understreges af, at de to organisationers arbejde hviler på de samme ni grundprincipper. Begge organisationer bekender sig til en stringent anvendelse af evidenshierarkiet med RCTs i toppen og begrænset anvendelse af quasi-eksperimentelle, endsige kvalitative studier. Organisationernes ligheder skal ses i sammenhæng med Campbells tilblivelseshistorie, der blandt andet var et resultat af ledende Cochrane-skikkelsers agitation.

Denne stringente opfattelse af evidens anfægtes af organisationer som SCIE inden for det sociale felt og EPPI inden for uddannelsesområdet, mens der på det medicinske område oftest ses en pragmatisk tilgang hos teknologivurderingsinstitutterne. De eksempler på konkrete reviews, der er gennemgået i denne rapport, illustrerer dog, at der til de generelle betragtninger må føjes det forbehold, at der kan være betydelig forskel mellem to reviews, som er udført af samme organisation.

Ser vi på feltniveau, synes de medicinske organisationer at være forholdsvis homogene, hvad angår indholdet af deres arbejdsprocesser, hvis vi altså ser bort fra skellet mellem systematiske reviews og teknologivurderinger. Således bekender stort set alle organisationer sig til en forholdsvis rigid forståelse af evidenshierarkiet. Dette kan dels hænge sammen med, at data på det medicinske område betragtes som »hårde« og let kvantificerbare, og dels feltets institutionalisering, hvor Cochrane fra starten etablerede sig som den dominerende organisation og derved blev i stand til at forme feltets udvikling.

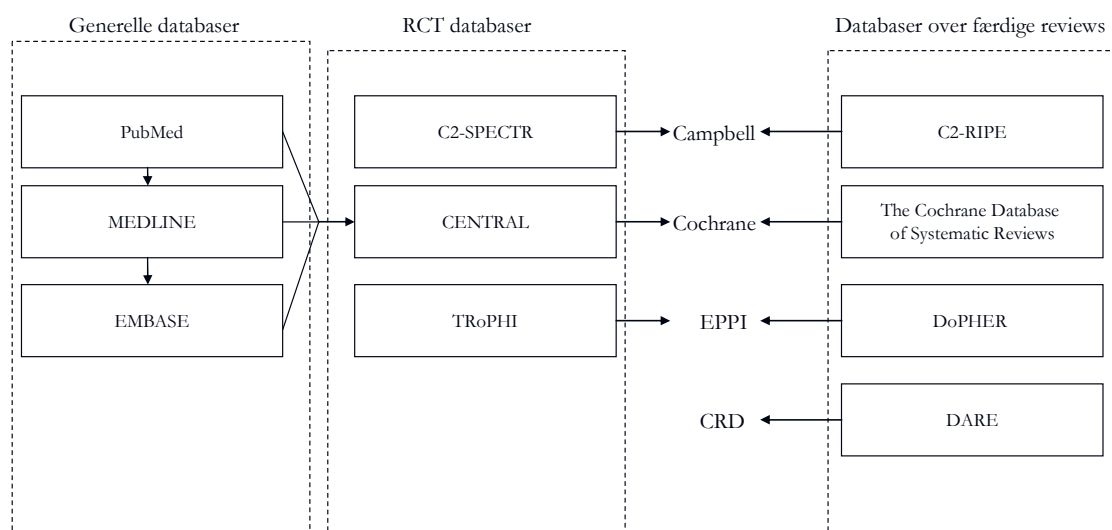
Diskussion vedrørende inklusionskriterier for primærstudier synes at være særlig intensiv inden for social- og uddannelsesforskningen, hvor en del forskere især i de skandinaviske lande samt i Storbritannien har udtrykt skeptisk over for en for snæver anvendelse af RCTs. Dette kan både skyldes, at der ikke er samme tradition for eksperimentel forskning inden for de mere »bløde« velfærdsområder, som man har på det medicinske område, og at man inden for social- og uddannelsesforskningen i større grad oplever etiske problemer omkring randomiseret allokering.

5.4 **Formidling og anvendelse**

Vedrørende formidling og anvendelse har analysen vist, at der på alle tre sektorområder er opbygget let tilgængelige databasesystemer. De enkelte organisationers databaser er typisk opbygget, således at der er en database over færdige reviews, samtidig med at der er en database over relevante RCTs til de personer, der måtte ønske at identificere primærstudier til at udarbejde egne reviews. Sidstnævnte trækker som regel på almene tidskriftsdatabaser såsom Medline, EMBASE og PubMed. I figur 5.5 er an-

givet en oversigt over de vigtigste databaser og deres organisatoriske tilhørsforhold.¹⁶

Figur 5.5 Oversigt over de vigtigste databaser og deres organisatoriske tilhørsforhold.



Analysen har også vist, at evidensbevægelsens organisationer er engageret i andre typer af formidlingsindsatser herunder fx afholdelse af offentligt tilgængelige konferencer og workshoper. Herudover gør både Campbell og Cochrane en stor indsats for at få publiceret reviews i traditionelle akademiske tidsskrifter. Især de store medicinske organisationer har endvidere et tæt samarbejde med pressen.

Selv om der i evidensbevægelsen arbejdes med at dokumentere effekterne af egen praksis, har vi kun kunnet identificere et fåtal af systematiske studier, der forsøger at afdække, om og i givet fald hvordan resultaterne af de udarbejdede reviews anvendes. De få fundne studier, der primært vedrører det medicinske område, indikerer, at der er væsentlige barrierer for anvendelse af resultaterne af reviewarbejdet. Resultaterne fra reviewarbejdet konkurrerer med andre former for viden og erfaringsdannelse, og evidensbevægelsens organisationer har kun sjældent direkte adgang til relevante beslutningsarenaer. De medicinske teknologivurderingsinstitutioner er dog særegne på den måde, at de ofte har en mere formaliseret tilknytning til det politiske system, hvilket potentielt skaber en kanal til anvendelse. Dette gælder i særdeleshed NICE, hvis teknologivurderinger får direkte effekt for

praksis, idet det engelske sundhedsvæsen har forpligtet sig til at tilvejebringe finansiering til interventioner, som organisationen anbefaler.

5.5 **Sammenfatning – evidensbevægelsens institutionalisering**

Analysen af evidensbevægelsen har været forankret i et institutionelt perspektiv, der har sat fokus på, hvordan ideen er opstået, hvordan den rejser over lande- og sektorgrænser, samt hvordan den institutionaliseres i organisations- såvel som arbejdsformer. Analysen har vist, at evidensideen har en del år på bagen, men samtidig at den i disse år institutionaliseres i nye specialiserede organisationer på en langt mere internationalt omfattende og systematisk måde end tidligere.

Analysen har også vist, at ideen både rejser og udvikles på sin rejse. I denne sammenhæng er det nyttigt at se særskilt på ideens forskellige del-elementer. Historisk blev evidensideen først og fremmest udviklet som en ide om en bestemt form for videnproduktion. Den grundlæggende tanke er, at mere sikker viden om effekter af indsatser og interventioner kan tilvejebringes ved at sammenfatte og syntetisere resultaterne fra allerede foreliggende undersøgelser. Knyttet hertil er endvidere forestillingen om eksistensen af evidenshierarkiet, hvilket betyder, at resultater fra visse typer af undersøgelser, de randomiserede kontrollerede eksperimenter, betragtes som mere valide end andre, og at kun resultater fra den type af undersøgelser så vidt muligt inkluderes i syntesen. Videnproduktionen er i sit udgangspunkt således empirisk snarere end teoretisk, den sætter fokus på effekter snarere end på processer, og den forstår viden som noget universelt akkumulerbart.

Når denne ide rejser, konfronteres den med andre former for videnproduktionstænkning. I denne proces opstår der nye varianter af ideen. Der udvikles fx nye typer af forskningsoversigter og nye synteseformer. Som det er fremgået af rapporten, har denne udvikling specielt gjort sig gældende i England, men det Nordiske Campbell Centers review om aktiv arbejdsmarkedspolitik, der inkluderer økonometriske analyser af registerdata, er et eksempel på samme type af proces. Når evidensideen adopteres af nye professioner, redigeres den i overensstemmelse med disses faglighed.

Evidensideen er imidlertid ikke alene en ide om en bestemt form for videnproduktion. Det blev også med etableringen af Cochrane-samarbejdet en organiseringside. Organiseringsideen er forankret i forestillingen om den globale netværksorganisation, hvor internationalt sammensatte ekspertteam i en koordineret proces løbende akkumulerer viden på specialiserede felter. Der sigtes mod at økonomisere med ressourcerne ved at undgå overlap og duplikering, og der skabes links til regioner, nationer og lokal praksis via etablering af regionale centre.

Som analysen har vist, forandres også organiseringsideen på sin rejse. Organiseringsideen oversættes i den lokale organisatoriske kontekst. Da ideen adopteres af Campbell, udmøntes den i en mere centraliseret struktur. Samtidig får den del af ideen, der omfatter regionale centre, ikke samme gennemslagskraft som i Cochrane. I Danmark sker der herudover, som tidligere påpeget, en organisatorisk dekobling af reviewarbejdet på henholdsvis det social- og velfærdspolitiske område og det uddannelsespolitiske område, idet de aktører på SFI, der adopterer evidensideen, så at sige relevansligger den i forhold til den lokale organisatoriske kontekst og de lokale finansieringsmuligheder. Variationsrigdommen i de evidensproducerende organisationer i England kan tolkes på tilsvarende vis.

Den lokale oversættelse af organiseringsideen får på denne måde også karakter af »nationalisering« i betydningen tilpasning til den nationale politisk-administrative kontekst. Skal evidensbevægelsen forankres og udvikles, må den sikre sig legitimitet og støtte i nationale fagprofessionelle og politiske kredse. Det institutionelle perspektiv, som vi har anvendt i denne rapport, er ikke for alvor i stand til dybdegående at »fange« sådanne processer. Da et fokus på interesser, konflikt og legitimitet også er relevant i en tolkning af og forklaring på evidensbevægelsens udvikling, vil vi i den efterfølgende perspektivering reflektere over betydningen af disse forhold.

6 Perspektivering

Afslutningsvis vil vi ridse nogle perspektiver op i forlængelse af kortlægningen. Impulserne til evidensbevægelsens institutionalisering i 1990'erne havde en baggrund i, at den forskningsmæssige produktion på alle de her behandlede sektorområder (sundhed, social og uddannelse) har været eksponentielt stigende. Omsætningen af forskningens resultater til praktisk anvendelse blev vanskeliggjort af den enorme mængde af undersøgelser, som kun specialister i forskningsinstitutioner kunne overskue. Dertil kommer, at tre megatrends er fuldt udfoldet omkring århundreskiftet og udgør en klangbund for evidensbevægelsens fremvækst. Disse tre trends, som uddybes nedenfor, er resultatorienteringen, evalueringsorienteringen og kvalitetsorienteringen.

Med disse tre trends som den generelle klangbund for evidensbevægelsen opståen og institutionalisering er der imidlertid, som belyst i denne rapport, betydelige variationer mellem de tre sektorområder, sundheds-, social- og uddannelsesområdet. Vores antagelse er, at i hvert fald dele af denne variation kan forklares med udgangspunkt i en række kendetegn ved de tre sektorområder, som kan ses som udgørende forskellige betingelser for, hvordan den generelle klangbund for evidensbevægelsen omsættes (oversættes) på hvert af sektorområderne. To kendetegn antages især at gøre sig gældende: Karakteren af fagprofessionerne inden for sektoren, herunder samspillet mellem forskning og praksis og samspillet mellem evidensorganisationer på den ene side og henholdsvis professionel praksis og det politisk-administrative system på den anden side. Man kan også sige, at de to kendetegn repræsenterer forskellige mekanismer på hvert af sektor-

områderne for, hvordan produktionen af systematiske forskningsoversigter etableres, organiseres og formidles.

Fagprofessionerne og samspillet mellem forskning og praksis

Sundhedsområdet er kendetegnet af en stærk profession, lægerne. Der er tale om en fuldt udviklet profession, med stærk identitet og traditionel høj grad af legitimitet i befolkningen. Professionen har en høj grad af autonomi og indflydelse på politisk-administrative beslutninger på sundhedsområdet, fordi repræsentanter for professionen ofte sidder med i rådgivende og besluttende udvalg og komiteer, ligesom læger er ansat i offentlige myndigheder, der regulerer professionens praksis. Som fuldt udviklet profession er den i høj grad videnskabsbaseret og legitimerer sig bl.a. ved, at dens behandlinger er grundet i videnskabelige undersøgelser. Samtidig er forskning og praksis integreret på sygehusene, og lægernes karrierer er betinget af, at de har udført forskning. De øvrige såkaldte paramedicinske professioner på sundhedsområdet (fx sygeplejersker og laboranter) synes i vid udstrækning at efterligne lægeprofessionen. Dertil kommer, at den mest udbredte behandlingstype, lægemiddelbehandling, er baseret på en stor, national, vigtig industri, medicinalindustrien, med stor eksportandel og politisk bevågenhed. Medicinalindustrien gennemfører egen forskning, og de regulerende myndigheder stiller krav til test af lægemidler. Den tidligere adoption af systematiske forskningsoversigter på sundhedsområdet antages at have rod i netop disse forhold. Uafhængige producenter af systematiske forskningsoversigter, som stilles til rådighed for professionen, og som den antages at tage konsekvenserne af, er et stærkt legitimeringsgrundlag for professionel praksis, og samtidig for områdets regulerende myndigheder. Man kan imidlertid også anføre, at en stærk evidensorientering kan true en professions autonomi, idet den indskrænker den professionelles handlingsrum i mødet med klienten (se Ekeland 2004 og Pedersen 2005).

På det sociale område er billedet et andet. Det sociale område er langt mere differentieret end sundhedsområdet både med hensyn til institutioner og professioner. Institutionerne rækker lige fra rådgivning i forvaltningerne til forsorgshjem og hjemmehjælp. Professionerne har meget varieret uddannelse, og de er langt fra så videnskabsbaserede som i sundhedsvæsenet.

Store personalegrupper er socialrådgivere, socialpædagoger og hjemmehjælpere. Professioner med lange, videregående uddannelse som psykologer er i mindretal. Det videnskabelige grundlag for professionerne på det sociale område er betydeligt svagere end på det medicinske område. Uddannelserne er også langt mindre forskningsbaserede (fx de sociale højskoler), selv om der sker en stigende videnskabeliggørelse, fx gennem videreuddannelser som masteruddannelserne. Der er næsten ingen tradition for, at forskning og praksis er sammenkædet på institutioner inden for det sociale område.

Det sociale områdes karakter er givetvis en del af forklaringen på, at evidensbevægelsen her blev udviklet senere end på sundhedsområdet. Men rationalet var det samme: at få et videnskabeligt grundlag for politisk at kunne prioritere og professionelt at kunne vælge mellem forskellige indsatser og metoder. Metodemæssigt er der tale om langt mere flerparadigmatisk forskning end på det medicinske område, som nærmest må kendetegnes ved at være mono-paradigmatisk. Det betyder imidlertid, at der er større usikkerhed, uenighed og debatter om, hvornår givne indsatser er effektive (er evidensbaserede) på det sociale område. På det medicinske område fremhæves helt overvejende RCT som den gyldne metodestandard.

Uddannelsesområdet har mange fællestræk med det sociale område. Det er institutionelt differentieret fra Folkeskole over ungdomsuddannelser og gymnasier til korte, mellemlange og videregående uddannelser. Og her til kommer efteruddannelse. Det er ligeledes professionelt differentieret. Selv om vi kan benytte fællesbetegnelsen lærere for de professionelle på alle niveauer har disse meget varieret uddannelsesbaggrund. Selv om der i de senere år i forlængelse af oprettelsen af de såkaldte CVU'er er taget initiativer til at forskningstilknytte de uddannelsesinstitutioner, der uddanner folkeskolelærere, er der endnu lang vej til at uddannelsen kan karakteriseres som forskningsbaseret. På andre niveauer fx i relation til uddannelsen af gymnasielærere, forskere/lærere på de videregående uddannelsesinstitutioner samt visse typer af efteruddannelse er der en højere grad af forskningsbaseret. Historisk har denne imidlertid primært vedrørt det substantielt faglige (kemi, engelsk etc.). Først i de senere år med blandt andet omorganiseringen af Danmarks Lærerhøjskole til Danmarks Pædagog-

ske Universitet er der kommet mere fokus på det pædagogiske og fagdidaktiske.

Hertil kommer, at der har været en tradition for, at læreren var »privatpraktiserende«, at klasserummet med andre ord var lukket og læreren herre i eget rum. Pædagogisk praksis har i denne kontekst primært været baseret på egen erfaring. Denne tradition har i de senere år været under forandring. Via etablering af lærerteam har det været forsøgt at åbne det lukkede klasserum og etablere et større rum for erfaringsdannelse.

Uddannelsesområdets karakter er givetvis en del af forklaringen på, evidensbevægelsen også her blev udviklet senere end på sundhedsområdet. Men igen har rationalet været det samme, nemlig ønsket om at få et videnskabeligt grundlag for politisk at kunne prioritere og professionelt at kunne vælge mellem forskellige indsatser og metoder. Som på det sociale område er der imidlertid også på uddannelsesområdet tale om fler-paradigmatisk forskning. Usikkerhed og ikke mindst uenighed om paradigmer og forskningsmetoder er udtalt og slår eksplicit ud i diskussionen om evidensstækning.

Samspil mellem evidens og henholdsvis praksis og politik

På sundhedsområdet er dette samspil ganske institutionaliseret gennem organisationer, der har som hovedopgave at få forskningens resultater, herunder systematiske forskningsoversigter, ud til praksis. I Danmark er en af de væsentlige organisationer Sundhedsstyrelsen, der via sin afdeling for medicinsk teknologivurdering bidrager til, at såvel praksis som det politisk-administrative system får stillet forskningsbaseret viden til rådighed. En anden vigtig mekanisme er de medicinske specialselskaber, som via netværk og mødevirksomhed søger at sikre anvendelse af forskning i praksis. Dertil kommer sektorforskningen på sundhedsområdet, som har til opgave både at forske og formidle forskningsresultater til praksis.

Sammenspillet mellem evidens og praksis/politik er meget anderledes på det sociale område. I Danmark er det især de sociale højskoler, der via efteruddannelse har mulighed for at sprede systematiske forskningsoversigter til praksis. Dertil kommer en række videntcentre på specialområder, som har til formål at formidle forskning til praksis, fx SFI, som er vært for det Nordiske Campbell Center. De fleste af disse institutioner for spred-

ning af forskning, herunder systematiske forskningsoversigter, til praksis er fler-fagligt bemandet. Psykologerne fx, har ikke sine egne institutioner, bortset fra deres faglige forening.

På initiativ af Danmarks Pædagogiske Universitet, Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling samt Undervisningsministeriet er det på uddannelsesområdet som beskrevet for nylig besluttet at etablere et What Works Clearinghouse. Med denne beslutning etableres der en evidensproducent og dermed en aktør, der forventes at bidrage til udvikling af samspillet mellem evidens og praksis/politik. Ud over dette clearinghouse er det især uddannelsesforskningsmiljøerne på universiteterne, CVU'erne samt Danmarks Evalueringsinstitut, der har mulighed for at sprede systematiske forskningsoversigter til praksis. Om organisationer som Kommunernes Landsforening og Danmarks Lærerforening også vil tage aktiv del i spredningen af evidens, må fremtiden vise.

Megatrends: resultat/effektorientering, evalueringsorientering, kvalitetsorientering

Som tidligere nævnt kan det antages, at tre »megatrends« giver en generel klangbund for, at systematiske forskningsoversigter netop kommer op omkring årtusindeskiftet. Der er tale om resultat/effektorientering, evalueringsorientering og kvalitetsorientering.

På det medicinske område kan man sige, at disse megatrends afspejles på følgende måder. På sundhedsområdet har både fokusering på brugeren (patienten) og de stigende sundhedsudgifter (Woolf og George 2000) givet evidensbevægelsen vind i sejlene. Lægernes autonomi var dalende, og der skulle styres efter resultater (behandlingseffekt) og patientsurveys. Der blev sået tvivl om effekten af flere af de etablerede behandlinger. Bivirkninger af lægemiddelbehandlinger blev udsat for kritik. Evidensbaseret medicin og systematiske forskningsoversigter kan i dette perspektiv betragtes både som et redskab til styrkelse af sundhedsvæsenets effektivitet og som et redskab til politisk prioriteringer. De stigende sundhedsudgifter fordrede, at politikerne prioriterede skarpere. Hertil var evalueringer et godt redskab. I 1999 oprettedes i Danmark det relativt fritstående Evalueringscenter for sygehuse, som efterfølgende i 2001 blev placeret i Sundhedsstyrelsen og lagt sammen med enheden for medicinsk teknologivurdering i

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologi Vurdering (CEMTV). Der er i Danmark truffet politiske aftaler om, at man håndterer de stigende udgifter til bestemte behandlingsformer ved, at behandlingerne forud for introduktion gennemgår medicinsk teknologivurdering, altså en evalueringsform, der bl.a. benytter sig af systematiske forskningsoversigter.

Med hensyn til kvalitetsudvikling i dansk sundhedsvæsen er der en stigende aktivitet på området. I 1993 udarbejdedes en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. I 1999 etableredes et nationalt råd for kvalitetsudvikling, og Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) blev søsat. NIP arbejder med udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder for kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den faglige kvalitet). Såvel standarder som indikatorer er beregnet til intern brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på kvalitetsudvikling, samt til ekstern brug i offentligheden. Formålet er at dokumentere og evaluere den sundhedsfaglige kvalitet for at muliggøre løbende kvalitetsforbedringer og gennemføre strukturændringer på et dokumenteret grundlag (Maintz og Rhode 2001).

Senere er andre kvalitetsudviklingsprojekter kommet til, herunder projekterne »Den Gode Medicinske Afdeling« og »Den Landsdækkende patientundersøgelse«. I 2002 lanceredes »Den Landsdækkende Kvalitetsmodel«, der i 2005 førte til etableringen af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). IKAS synes at definere sin rolle som koordinerende i forhold til den øvrige vifte af kvalitetsudviklingsprojekter. Forbavsende nok henvises der imidlertid hverken fra NIP eller IKAS til evidensbevægelsen eller Cochrane-netværket. Der er imidlertid næppe tvivl om, at kvalitetsbevægelsen på sundhedsområdet også omfatter intention om at udnytte systematiske forskningsoversigter i kvalitetsforbedringer.

De krav, der stilles til socialområdet om resultatorientering, evaluering og kvalitetsudvikling, er af samme karakter som til sundhedsområdet. Resultatorienteringen er imidlertid ikke så udfoldet, og på især de tunge sociale områder er det vanskeligt at definere målbare (kvantificerbare) effektindikatorer. Med hensyn til kvalitetsudvikling foregår den på mange forskellige måder, som afspejler områdets store differentiering. Af mere overgribende projekter kan nævnes Det Sociale Indikatorprojekt, der blev

igangsat via et pilotprojekt i 2004, samt Den Sociale Kvalitetsdatabase, etableret 2005. Der er en evalueringstradition på det sociale område, men denne har været præget af procesorientering (og brugerevaluering) frem for effektevaluering.

Også på uddannelsesområdet er kravene til resultatorientering, evaluering og kvalitetsudvikling principielt de samme, men kravene slår igennem på forskellig vis i forskellige dele af uddannelsessystemet. Krav til resultatorientering, som de kommer til udtryk i taxameterstyringen, har inden for de videregående uddannelser aner helt tilbage til 1983, men er senere spredt til en række andre uddannelsesområder. Krav til resultatorientering, som de kommer til udtryk i tiltagene omkring anvendelse af test i folkeskolen, sat på dagsordenen af blandt andet PISA-undersøgelserne, er en nyere tendens. Inden for de videregående uddannelser har resultatorienteringen siden slutningen af 1980'erne været kombineret med evalueringsrutiner, der i starten lagde hovedvægten på kvalitetsudvikling på institutionsniveau gennem selvevaluering og dialog med faglige paneler, men som over tid er udviklet i retning mod en større grad af anvendelse af eksplicite kriterier, på nogle områder som grundlag for godkendelse i form af akkreditering. Hvor evaluering i starten primært rettede sig mod videregående uddannelse, er det i dag et krav på hele uddannelsesområdet.

Både kontinuitet – og nybrud

Er evidensbevægelsen en del af en fortløbende bevægelse, der har bragt forskningen stadig nærmere praksis, og som rummer de kendte diskussioner om anvendelsesorienteret forskning, og dens forskellige anvendelsesformer – og kritik af dens manglende anvendelse? Og som fortsætter metodediskussionerne om RCT og andre design for effektevaluering og om vanskelighederne ved at overføre mellem forskningsinstitutioner og praksis? Eller er der tale om et væsentligt andet fænomen, som er nyt i samfundsforskningens (og professionernes) historie?

Vi ser, som det er fremgået, en del kontinuitet, men vi bør ikke være blinde for, at der er nye kræfter i bevægelse. En af de nye kræfter er de organisationer, der har specialiseret sig i at bestille/producere systematiske forskningsoversigter. Det er en organisatorisk konstruktion, der ikke er set tidligere. En anden kraft er den voldsomme stræben efter videnskabelig le-

gitimitet, som præger flere og flere professioner. Fulde professioner har altid været videnskabsbaserede, men med evidensbevægelsen kommer en stærk impuls til nyt legitimeringsgrundlag også i de mindre professionaliserede faggrupper.

7 Litteratur

7.1 Bøger og artikler

Altman, Douglas G. og Martin J. Burton (1999): The Cochrane Collaboration, *Langenbecks Archive of Surgery*, vol. 384, no. 5, pp. 432-436.

Andreasen, Per Buch (1980): Medicinsk teknologivurdering – nyttiggørelse af lægevidenskabelige forskningsresultater i sundhedsvæsenet, *Rapport til Folketingets udvalg angående videnskabelig forskning*, København: Forskningssekretariatet.

Andrews, Richard et al. (2006): *The effectiveness of different ICTs in the teaching and learning of English (written composition)*, 5-16, EPPI-review, January 2006.

Avis, James (2003): Work-based knowledge, evidence-informed practice and education. I: *British Journal of educational studies*, vol. 51, No. 4, December 2003, pp. 369-389.

Bjørn N. H.; L. Geerdsen & P. Jensen (2004a): *The Threat of compulsory Participation in Active Labour Market Programmes for Unemployed*, [Protocol]

<http://www.campbellcollaboration.org/doc-pdf/lbmrktthtprot.pdf>.

Bjørn N.H.; L. Geerdsen & P. Jensen (2004b): *The Threat of compulsory Participation in Active Labour Market Programmes for Unemployed*. Review not yet approved.

Borgatti, S.P. et al. (2002): *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*, Harvard MA: Analytic Technologies.

Breinholdt, Mette (2005): Evidensbaseret medicin får modspil, *Ugeskrift for læger*, 167(5), pp. 546-547.

Cabinet Office Performance and Innovation Unit (2001): *Better Policy Delivery and Design: A Discussion Paper*. London.

Campbell, Donald T. (1969): Reforms as experiments, vol. 24, april, pp. 409-429.

CEMTV (2005): *Mini-MTV – et ledelses- og beslutningsstøtteværktøj til sygehusvæsenet*.

CEMTV (2006): *Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger*, tilgængelig fra http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/cemtv/evidensskema_cemtv.pdf.

Chalmers, Iain (2001): Comparing the like: some historical milestones in the evolution of methods to create unbiased comparison groups in therapeutic experiments, *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, pp. 1156-1164.

Chalmers, Iain (2003a): Fisher and Bradford Hill: theory and pragmatism?, *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, pp. 922-924.

Chalmers, Iain (2003b): Trying to Do more Good than Harm in Policy and Practice: The Role of Rigorous, Transparent, Up-to-Date Evaluations, *Annals of American Political and Social Sciences*, vol. 589.

Cochrane, Archie L. (1999|1972): *Random Reflections on Health Services*, London: Royal Society of Medicine Press Ltd.

Cochrane, Archie L. (1979): 1931-1971: A critical review, with particular reference to the medical profession, *Medicines for the year 2000*, London: Office of Health Economics, pp. 1-11.

Cooper, Harris M. (2004): Meta-analysis. I: Lewis-Beck, Michael S. et al. (red.): *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*, Sage.

Copenhagen Trial Unit (2001): *CTU-årsberetning for 2000 og 2001*, København: H:S Rigshospitalet.

CRD (2001): Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness – CRD’s Guidance for those Carrying Out or Commissioning Reviews, *CRD Report 4* (2nd edition), march 2001.

CTU (2001): *Årsberetning for 2000 og 2001*, København: H:S Rigshospitalet.

Czarniawska, B. & B. Joerges (1996): Travel of Ideas. I: B. Czarniawska & G. Sevón (eds.): *Translating Organizational Change*. New York: Walter de Gruyter, pp. 13-48.

Danmarks Pædagogiske Universitet, Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling & Undervisningsministeriet (2006): *Forum for uddannelsesforskning og Clearinghouse*.

Davis, Philip og Robert Boruch (2001): The Campbell Collaboration, *British Medical Journal*, vol. 323, pp. 294-295.

Department of Health (2004): *Choosing Health: Making healthy choices easier*, White Paper, London: The Stationary Office.

Dickersin, Kay et al. (2002): Development of the Cochrane Collaboration’s Central Register of controlled Clinical Trials. I: *Evaluation & the health Professions*, vol. 25 no. 1, pp. 38-64.

Dørup, Jens Gunner og Jørgen Lous (2001): Hvad er Cochrane Library, *Månedsskrift for praktisk lægegering*, maj 2001.

Egelund, Tine (2000): Social barnavård – kunskap och professionalisering. En komparativ studie av undervisningen i social barnavård i svensk socionomutbildning och dansk socialrådgivarutbildning, *CUS-skrift: 5*, Socialstyrelsen: CUS.

Ekeland, Tor-Johan (2004): *Autonomi og evidensbaseret praksis*, Senter for professionsstudier, Høgskolen i Oslo, Arbeidsnotat nr. 6.

Eksola, Jarkko et al. (2004): *The Future of FinOHTA – an External Review*, FinOHTA report 23, 2004.

Eraut, M. (2004): Practice-based evidence. I: Thomas G. & Richard Pring (eds.). *Evidence-Based Practice in Education*. New York: Open University Press, pp. 91-101.

European Commission (1999): *Evaluation Review 1998*, XIX/D/12018/EN.

European Commission (2000): *Annual Evaluation Review 1999*, Highlights of results from evaluation of expenditure programmes.

European Commission (2001): *Annual Evaluation Review 2000*, February 2002.

European Commission (2002): *Annual Evaluation Review 2001*, SEC (2002) 337, February 2002.

European Commission (2003): *Annual Evaluation Review 2002*, SEC (2003) 406, March 2003.

European Commission (2004): *Annual Evaluation Review 2003*, SEC (2004) 662, May 2004.

European Commission (2005): *Annual Evaluation Review 2004*, SEC (2005) 587, April 2005.

Finansministeriet (2005): *Finanslov for finansåret 2005 – anmærkninger*, København: Schultz.

Gøtzsche, Peter C. (1990): *Bias in double-blind trials* (disp.), Dan Med Bull 1990; 37, pp. 329-36.

Hansen, Hanne Foss & Finn Borum (1999): The Construction and Standardization of Evaluation. The Case of the Danish University Sector. *Evaluation*, vol. 5 (3), pp. 303-329.

Hansen, Hanne Foss & Lene Holm Pedersen (2006): The Dynamics of Regulatory Reform i Tom Christensen & Per Lægreid (2006): *Autonomy and Regulation: Coping with Agencies in the Modern State* (under publicering på forlaget Elgar).

Hansen, Hanne Foss & Olaf Rieper (2006): Evidensbevægelsen: Hvorfra, hvordan og med hvilke konsekvenser? (accepteret for publicering i tidsskriftet *Unge Pædagoger*).

Hansen, Jens Agger (2005): Synspunkt – Evidensfundamentalisme, *Socialpædagogen* nr. 16, 12. august 2005.

Higgins, J.P.T. og S. Green (red.) (2005): Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5 i *The Cochrane Library*, Issue 3, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Houghton, Amo (1995): In Memoriam: The Office of Technology Assessment 1972-1995, *House of Representatives, Extension of Remarks* - September 28, pp. E1868-1870.

Jefferson T.O; P. Alderson, F. Davidoff & E. Wager (2001): Editorial peer-review for improving the quality of reports of biomedical studies, *The Cochrane Database of Methodology Reviews*, Issue 3. Art. No.: MR000016. DOI:10.1002/14651858.MR000016.

Jørgensen, Torben et al. (2000): Health Technology Assessment in Denmark, *International Journal of Technology in Health Care*, vol. 16, no. 2, pp. 347-381.

Kjærulff Nielsen (1994): *Engelsk-Dansk*. Gyldendal.

Kristensen, Finn Børhum (1997): Hvad ligger der i begreberne evidensbaseret medicin og evidensbaseret sundhedsvæsen? i Finn Børhum Kristensen & Helga Sigmund (red.): *Evidensbaseret sundhedsvæsen. Rapport fra*

et symposium om evidensbaseret medicin, planlægning og ledelse. DSI rapport 97.02.

Kunnskapssenteret (2004): *Årsrapport 2004*, Social- og helsedirektoratet 2005.

Kunnskapssenteret (2005): *God kunnskap former helsetjenesten*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Kunkle, Gregory C. (1995): New Challenge or the Past Revisited? The Office of Technology Assessment in Historical Context, *Technology in Society*, vol. 17, no. 2, pp. 175-196.

Kürstein P.; J. Kjellberg, L. Herbild, K.R. Olsen, M. Willemann, J. Søgaard & C. Gluud (2005): *Fra forskning til praksis*, København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Kyriacou, Chris; Maria Goulding et al. (2004): *A systematic review of the impact of the Daily Mathematics Lesson in enhancing pupil confidence and competence in early mathematics*, EPPI-review, December 2004.

Lihme, Benny (2005a): Kulturkamp, *Social Kritik*, nr. 102, 17. årgang, pp. 52.

Lihme, Benny (2005b): Leder i *Social Kritik*, nr. 102, 17. årgang, pp. 2-3.

Littel J.H., M. Popa & B. Forsythe (2005): *Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioural problems in youth aged 10-17*. Copenhagen: Nordic Campbell Center.

Mandag Morgen (2004): *Virker velfærden – et debatoplæg om evidens og velfærd*, København: Huset Mandag Morgen.

Mainz, Jan & Peter Rhode (2001): Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Monitorering og udvikling i Peter Dahler-Larsen og Hanne K. Krogstrup (red.): *Tendenser i evaluering*, Odense: Odense Universitetsforlag.

Marthinsen, Edgard (2004). Evidensbaseret – praksis og ideologi, *Nordisk Socialt Arbeid*, nr. 4, vol. 24, pp. 290-302.

Moos, Lejf et al. (2005): *Evidens i uddannelse?* København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

Mosely, Alice og Stephanie Tierney (2005): Evidence-based practice in the real world, *Evidence and Practice*, vol. 1, no. 1, pp. 113-119.

MTV-Instituttet (2000): *Medicinsk Teknologivurdering*, København: Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering.

Mørland, Berit (2004): *Health Technology Assessment – introduction to EMB and HTA*, præsentation til det estiske sundhedsministerium.

Nielsen, Camilla P. (2005a): *Anvendelse af MTV-genereret viden i policy og praksis*, Udkast til ph.d.-afhandling. København: Institut for Statskundskab, maj 2005.

Nielsen, Jens (2005b): Evidens – er det så indlysende, *Socialpædagogen* nr. 13, 1. juli 2005.

Nielsen, Jens (2005c): Evidens – Skærpet faglighed og ansvarsfordeling, *Socialpædagogen* nr. 13, 1. juli 2005.

Nielsen, Jens (2005d): Evidens – Vi skal vise, hvad vi kan og vil, *Socialpædagogen* nr. 13, 1. juli 2005.

Nordic Campbell Center (2006): Status on Reviews 2005. Item 4 (b) at the 8th meeting of the executive board for the Nordic Campbell Center Friday the 3rd of March 2006, Copenhagen.

Oakley, Ann (1998): Experimentation and social interventions: a forgotten but important history, *British Medical Journal*, vol. 317, pp. 1219-1242.

Oakley, Ann (2000): A Historical Perspective on the Use of Randomized Trials in Social Science Settings, *Crime and Delinquency*, vol. 46, no. 3, juli 2000, pp. 315-329.

Oakley, Ann; D. Gough, S. Oliver & J. Thomas (2005): The politics of evidence and methodology: lessons from the EPPI-Centre, *Evidence and Policy*, vol 1, no. 1, pp. 5-31.

OECD (1995): *Educational Research and Development; Trends, Issues and Challenges*, OECD.

OECD (2004a): *National Review on Educational R&D: Examiners' Report on Denmark*, OECD.

OECD (2004b): *OECD-U.S. Meeting on Evidence-Based Policy Research in Education*. Forum Proceedings.

Oliveri, Roberto S.; Christian Gluud og Peer A. Wille-Jørgensen (2004): Lægers fortrolighed med evidensbaseret medicin, *Ugeskrift for læger*, 1. november 2004, nr. 45.

Pawson, Ray (2002): Evidence-based Policy: The Promise of Realist Synthesis, *Evaluation*, vol. 8, no. 3, pp. 340-358.

Pearson, Karl (1904): Report on certain enteric fever inoculation statistics, *British Medical Journal*, 3, pp. 1243-1246.

Pedersen, T. et al. (2001): Hvad er evidensbaseret medicin, *Ugeskrift for Læger*, vol. 163, pp. 3769-3772.

Pedersen, Kjeld Møller (2004): *Sundhedspolitik – beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet*, Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Peile, E. (2004): Reflections from medical practice: balancing evidence-based practice with practice-based evidence. I: Thomas G. & Richard Pring (eds.). *Evidence-Based Practice in Education*. New York: Open University Press.

Petrosino, Anthony; Boruch, Robert F. m.fl (2000): The Campbell Collaboration Trials Register C2-SPECTR, *Evaluation and Research in Education*, vol. 14, pp. 206-219.

Petrosino, Anthony; Robert F. Boruch et al. (2001): Meeting the challenge of Evidence-Based Policy: The Campbell Collaboration, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 578, November 2001.

Petrosino, Anthony & Haluk Soydan (2005): The impact of program developers as evaluators on criminal recidivism: Results from meta-analyses of experimental and quasi-experimental research, *Journal of Experimental Criminology*, 1, pp. 435-450.

Petticrew, Mark og Helen Roberts (2006): *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide*, Blackwell Publishing.

Pharmakon (2002): *Dokumentationsdatabase i Apotekspraksis. Kvalitets-sikring af evidensrapporterne*.

Pirrie, Anne (2001): Evidence-Based Practice in Education: The best medicine?, *British Journal of Educational Studies*, vol. 49, no. 2, pp. 124-136.

Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne organisasjoner*, Bergen: Fagbokforlaget.

Sackett, David L. (1997): Evidence-based medicine i Finn Børllum Kristensen & Helga Sigmund (red.): *Evidensbaseret sundhedsvæsen. Rapport fra et symposium om evidensbaseret medicin, planlægning og ledelse*. DSI rapport 97.02.

Sahlin-Anderson, K. (1996): Imitating by Editing Success: The Construction of Organizational Fields. I: B. Czarniawska & G. Sevón (eds.): *Translating Organizational Change*. New York: Walter de Gruyter, pp. 69-92.

Sanderson, Ian (2004): Getting evidence into Practice, *Evaluation*, vol. 10, issue 3, pp. 366-379.

Sauerland, Stefan; Rolf Lefering og E.A.M. Neugebauer (1999): The pros and cons of evidence-based surgery, *Langenbecks Archive of Surgery*, vol. 384, no. 5, pp. 423-431.

Schneider, Elizabeth (2002): The Campbell Collaboration: Preparing, maintaining, and promoting the accessibility of systematic reviews of the effects of social and educational policies and practices, *Hypothesis – the newsletter of research*, vol. 16, no. 2.

Scocozza, Lone (2000): The randomised trial. A critique from the philosophy of science. I: Gannik, Dorte E. and Laila Launsø (eds.) *Disease, knowledge and society*. Samfundslitteratur, Frederiksberg, pp. 231-242.

Sherman, Lawrence W. (2003): Misleading Evidence and Evidence-Led Policy: Making Social Science more Experimental, *The Annals of American Political and Social Sciences*, vol. 589.

Silagy, Chris (1997): *Report of World Tour*, Cochrane Collaboration, tilgængelig fra <http://www.cochrane.org/archives/worldtr.htm>.

Soares-Weiser K.; M. Brezis, R. Tur-Kaspa, L. Leibovici (2002): *Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding*. The Cochrane Database of systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD002907. DOI: 10.1002/14651858. CD002907.

Socialpædagogen (2005): Fra juli 2005, nr. 13 til august 2005, nr. 17.

Social Science Research Unit (SSRU) (2001): *Annual Report 2000-2001*, London: SSRU.

Socialstyrelsen (2001): *Nationallt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten*, Socialstyrelsen.

Solesbury, William (2001): *Evidence Based Policy: Whence it Came and Where it's Going*, ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice, Queen Mary London.

SSRU (2001): *Social Science Research Unit Annual Report 2000-2001*, London: Institute of Education, University of London.

Sundhedsstyrelsen (1996): *National strategi for medicinsk teknologivurdering*, udarbejdet af Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering.

Sundhedsstyrelsen (2001): *Årsberetning 2001 – Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering*, København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2003): *Årsberetning 2003 – Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering*, København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2006): *Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004*, København: Sundhedsstyrelsen.

Thomas, G. (2004): Introduction: evidence and practice. I: Thomas, G. & Richard Pring (red.): *Evidence-Based Practice in Education*. New York: Open University Press, 2004.

United States Congress (1972): *Public Law 92-484*, 92d Congress, H.R. 10243, oktober 13, 1972.

U.S. Department of Education (2003): *Identifying and Implementing Educational Practices Supported By Rigorous Evidence: A User Friendly Guide*, U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Evaluation and Regional Assistance.

Woolf, Steven H. & James G. George (2000): Evidence-based Medicine. Interpreting Studies and Setting Policy. I: *Hematology/Oncology Clinics of North America*, vol. 14, number 4, pp. 761-784.

7.2 Internetsider

American Institutes for Research (AIR): <http://www.air.org/>

Campbell Collaboration (C2): www.campbellcollaboration.org

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV): www.cemtv.dk

Centre for Educational Research and Innovation (CERI):
http://www.oecd.org/departement/0,2688,en_2649_35845581_1_1_1_1_1,00.html

Centre for Evaluation of Social Service (CUS):
<http://www.sos.se/Sose/cuse.htm>

Centre for Evidence-Based Social Services (CEBSS):
<http://www.ripfa.org.uk/aboutus/archive/>

Centre for Reviews and Dissemination (CRD):
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

Coalition for Evidence-Based Policy:
<http://www.excelgov.org/displaycontent.asp?keyword=prppcHomePage>

Cochrane Collaboration: www.cochrane.org

Cochrane Hepato-Biliary Health Care: <http://inet.uni2.dk/~ctucph/chbg/>

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet:
<http://www.cast.sdu.dk>

Copenhagen Trial Unit (CTU): <http://inet.uni2.dk/~ctucph/>

Council for Excellence in Government: www.excelgov.org

Den Europæiske Union (EU) - Kommissionen:
http://europa.eu.int/comm/index_en.htm

Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre): <http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWeb/home.aspx>

European Network for Health Technology Assessment: www.eunethta

Evidence Network: <http://www.evidencenetwork.org/>

Finnish Evaluation of Social Services (FinSoc):
<http://www.stakes.fi/finsoc/english/>

Finnish Office for Health Technology Assessment (FinOHTA):
<http://www.stakes.fi/finohta/e/>

Health Evidence Network (HEN): <http://www.euro.who.int/HEN>

Health Technology Assessment International (HTAi):
<http://www.htai.org/>

Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S):
<http://www.hosp.dk/direktion.nsf/Skalkategorier/velkomst>

Institutet för Utveckling av Metoder i Socialt Arbete (IMS):
<http://www.socialstyrelsen.se/IMS/>

Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF): www.irf.dk

International Network for Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA): <http://www.inahta.org>

James Lind Library: <http://www.jameslindlibrary.org/>

MTV-Århus: <http://www.mtv-aarhus.dk/>

MTV - Odense Universitetshospital: <http://ouh.dk/wm134768>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE):
<http://www.nice.org.uk/>

National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland (STAKES): <http://www.stakes.fi/english/>

Nordic Campbell (NC2): www.nc2.dk

Nordic Cochrane Center: www.cochrane.dk

Pharmakon: www.pharmakon.dk

Promising Practices Network (PPN): <http://www.promisingpractices.net/>

Princeton University: <http://www.wws.princeton.edu/ota/>

Research in practice (RiP): <http://www.rip.org.uk/>

Research Unit for Research Utilisation (RURU): <http://www.st-andrews.ac.uk/~ruru/home.htm>

Rigshospitalet: www.rigshospitalet.dk

Social Care Institute for Excellence (SCIE): www.scie.org.uk/

Social Science Research Unit (SSRU):
<http://ioewebserver.ioe.ac.uk/ioe/cms/get.asp?cid=11986>

Socialforskningsinstituttet: www.sfi.dk

Socialstyrelsen: www.sos.se

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): www.sbu.se

What Works Clearinghouse: <http://www.whatworks.ed.gov/>

United States Library of Medicine: <http://www.nlm.nih.gov/>

7.3 **Interview**

Gøtzsche, Peter (2005): Det Nordiske Cochrane Center, H:S Rigshospitalet, den 8. november 2005 kl. 13-15, interviewet af Olaf Rieper.

Konnerup, Merete (2005): Nordic Campbell, den 18. oktober 2005 kl. 10-12, interviewet af Hanne Foss Hansen.

Kristensen, Finn Børllum (2005): CEMTV, Sundhedsstyrelsen, den 27. oktober 2005 kl. 10-12, interviewet af Olaf Rieper.

Ogden, Terje (2005): Atferdsenteret, Oslo, Norge, den 5. december 2005 kl. 14-16, interviewet af Hanne Foss Hansen.

7.4 Taler

Gough, David (2005): Tale ved OECD-konferencen: *Linking Evidence to Practice*, Haag, 14.-15. september 2005.

van der Hoeven, Maria (2005): Tale ved OECD-konferencen: *Linking Evidence to Practice*, Haag, 14.-15. september 2005.

Schuller, Tom (2005): Tale ved OECD-konferencen: *Linking Evidence to Practice*, Haag, 14.-15. september 2005.

7.5 Liste over anvendte forkortelser

AIR – American Institutes for Research

BMJ – British Medical Journal

C2-RIPE – Campbell Collaboration Register of Interventions and Policy Evaluation

C2-SPECTR – Campbell Collaboration og Social, Psychological, Educational & Criminological Trials Register

CEBSS – Centre for Evidence-Based Social Services

CEMTV – Center for Medicinsk Teknologivurdering

CENTRAL – The Cochrane Central Register of Controlled Trials

CERI – Centre for Educational Research and Innovation (center under OECD)

CRD – Centre for Reviews and Dissemination

CTU – Copenhagen Trial Unit

CUS – Centre for Evaluation of Social Service

DARE – Database of Abstracts of Reviews of Effects

DG – Generaldirektorat i EU

DoPHER – Database of Promoting Health Effectiveness Reviews

DPU – Danmarks Pædagogiske Universitet

eLSC – electronic Library for Social Care

EPPI – The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre

ESRC – Economic and Social Research Council

EU – Den Europæiske Union

FinOHTA – Finnish Office for Health Technology Assessment (enhed under STAKES)

FinSoc – Finnish Evaluation of Social Services (enhed under STAKES)

HEN – Health Evidence Network (netværk under WHO)

HTAi – Health Technology Assessment International

IMS – Institutet för Utveckling av Metoder i Socialt Arbete

INAHTA – International Network of Agencies for Health Technology Assessment

IRF – Institut for Rationel Farmakoterapi

ISTAHC – International Society for Technology Assessment in Health Care

JAMA – The Journal of the American Medical Association

MTV – Medicinsk teknologivurdering

NHS – British National Health Service

NHS EDD – NHS Economic Evaluation Database

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OTA – US Office of Technology Assessment

PPN – Promising Practices Network

RCTs – Randomiserede kontrollerede forsøg (randomized controlled trials)

REEL – Research Evidence in Education Library

RiP – Research in practice

RURU – Research Unit for Research Utilisation

SBU – Statens Beredning för Medicinske utvärderingar

SCIE – Social Care Institute for Excellence

SFI – Socialforskningsinstituttet

SORO – Systematic reviews from Other Relevant Organisations

SSRU – Social Science Research Unit (Institute of Education, University of London)

STAKES – National Research and Development Centre for Welfare and Health (Finland)

TRoPHI – Trials Register of Promoting Health Interventions

WHO – World Health Organization

WWC – What Works Clearinghouse

Summary

Development, organisation and methodology of the evidence movement. A mapping report

Issued May 2006

by Yosef Bhatti, Hanne Foss Hansen, and Olaf Rieper

Recent years' growing interest in the concept of evidence has been followed by a flourishing debate for and against evidence-based policies, practices – you name it.

This report seeks to go behind the debate to describe the development of the concept of evidence, and the organisation and methodology of the evidence movement. The focus is limited to the medical, social and educational sectors. We examine the core of evidence, namely the so-called systematic reviews of research, in which research findings from a number of available primary studies of initiatives are summarised. The survey is limited to Europe, focusing mainly on Danish conditions and oriented towards the USA.

For each of the three policy areas, we examine the origins of the evidence movement, its arrival in Denmark, its organisation and its methodology, as well as the movement's efforts to disseminate the resulting knowledge and ensure its application in practice.

This abstract will concentrate on the main results in the three sectors and outline the megatrends that the evidence movement is part of.

The birth and spread of the concept

The evidence movement, as we have defined it for the present purpose, developed internationally in the 1980s and was introduced in Denmark in the 1990s. Medicine was the first discipline to embrace the concept. And with inspiration from that field, the idea spread to the sectors of welfare (social work and criminology) and education.

In the medical and social sectors, the concept of evidence developed mainly in professional networks. In the educational sector, professional networks were not as influential in the beginning, while national governments and the OECD were key promoters. Contrary to expectations, the European Commission has only contributed, to a limited extent, to the development and spread of the concept of evidence.

Surprisingly, in the medical sector, the concepts of medical technology assessment (MTA) and evidence apparently arose and developed independently of each other. One possible explanation is that MTA had developed and become institutionalised internationally a decade before systematic reviews of research became institutionalised as evidence.

Another surprising observation is that while evidence in the social sector and evidence in the educational sector are partly connected in an international context, the two areas are not connected in a Danish context. One possible explanation is that the process has taken place in Denmark within two separate sectors. The Nordic Campbell Center (the social sector) was established at the Danish National Institute of Social Research under the auspices of the Ministry of Social Affairs, while efforts to establish an evidence unit for the educational sector, based at the Danish University of Education (DPU), are under the auspices of the Ministry of Science, Technology and Innovation and the Ministry of Education.

Organisation

The organisation of the units that produce and/or request systematic reviews of research is described (approx. 30 units are described), noting differences between the three sectors. In the medical sector, technology assessment units are in close contact with the political system, both with regard to financing and application of research findings. We also note a difference in the degree of centralisation between the two »main organisa-

tions« – Campbell and Cochrane – in the social and medical sectors, respectively. Campbell is more centralised than Cochrane, where the actual review work is conducted within 50 thematic groups. An explanation can be found in the origins of the two organisations. Cochrane was established from the bottom up, while Campbell was established by a central steering committee.

Cochrane and the British Centre for Reviews and Dissemination (CRD) are both central organisations in the medical evidence network, while Campbell is the central evidence organisation in the welfare sector.

Methodology

There are strong similarities in the methods used by the various organisations. However, there is lively debate on the content of that part of the process that deals with determining which primary studies should be included in the systematic reviews and which should not. In this respect, Cochrane and Campbell resemble one another. The Campbell guidelines are inspired by Cochrane's review handbook. Both organisations uphold a strict application of the so-called evidence hierarchy, with the randomised controlled experiment as »the golden standard« and with limited inclusion of other research designs. This strict interpretation of the criteria for evidence is contested by other organisations, such as the Social Care Institute for Excellence (SCIE) in the social sector and the Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI) in the educational sector. However, the concrete examples of research reviews presented in this report show that »the golden standard« for inclusion of primary studies is not always followed in practice. Pragmatic considerations as to the best possible studies most likely control where, in practice, the line is drawn in terms of the evidence ladder.

Dissemination

In all three sectors, database systems have been developed that are easy to access. The databases typically comprise one base containing completed research reviews and another containing relevant primary studies (often randomised trials). We provide an overview of the most important databases and their hosts.

Megatrends

The concluding section presents three megatrends which we believe are associated with the evidence movement and which can be used to understand and put into perspective the question of why the evidence movement arose in the 1990s.

Since the 1960s, the assessment wave (as a megatrend) has washed over the world. The sheer numbers of assessments in certain areas give rise to the need for abstracts and surveys of findings. The requirements of effect measurements and performance management, as the other megatrend, similarly trigger a need for abstracts of information on achieved effects. Derived from this, but along its own institutionalised path, are efforts to ensure and improve quality in public (and private) services as a third megatrend. Systematic reviews of research have become a crucial element in these efforts.

Thus, we see that the evidence movement has been associated with megatrends that have existed for several decades. But we also see an innovation in that the evidence movement is supported by its own organisations, which are an entirely new element in making professional practice and policy-making more knowledge-based.

Noter

1. Vi har deltaget i en række konferencer i Campbell-regi, herunder i »The Fifth Annual Campbell Collaboration Colloquium« 2005, »Nordic Social Science Conference – the Effects of Public Policy« 2005 samt »Hvad Virker? 2005. Seminar om evidens i det sociale arbejde«. Vi har også deltaget i to konferencer på uddannelsesområdet, herunder i en konference i OECD 2005 »Linking Evidence to Practice« samt i konferencen »En åbenlys forbedring – konference om bedre brug af evidensbaseret uddannelsesforskning«, Danmarks Pædagogiske Universitet 1. marts 2006. Endelig har vi deltaget i det sektorovergribende seminar »Måling og evidens«, arrangeret af Social Kritik og afholdt på Den Sociale Højskole på Frederiksberg 3. februar 2006. Vi har interviewet Peter Gøtzsche, Det Nordiske Cochrane Center, Finn Børllum Kristensen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Merete Konnerup, Nordic Campbell Center, og Terje Ogden, Atferdssenteret, Oslo.
2. Pearson, Karl (1904): Report on certain enteric fever inoculation statistics, *British Medical Journal*, 3, pp. 1243-1246.
3. Andre centrale årstal for nationale adoptioner er Canada (1989), Spanien (1991), Norge (1998), Nielsen 2005.
4. Der er bred enighed om, at en central entreprenør i den indledende fase var dr.med. Per Buch Andreasen, som introducerede begrebet i en dansk kontekst i en rapport til Folketingets udvalg angående videnskabelig forskning. Introduktionen tog endvidere sit bredere afsæt i en debat om nye teknologier og teknologivurderinger, som pågik i 1970'erne (Jørgensen et al. 2000; Nielsen 2005).
5. Dog skete den vigtige dannelse af ISTAHC i 1985 efter et MTV-seminar i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2003).
6. FinOHTA gennemgås ikke, dersom hovedparten af det tilgængelige kildemateriale er på finsk.
7. Som det erindres, skyldes fravalget af FinOHTA, at hovedparten af det tilgængelige kildemateriale er på finsk.
8. Bemærk, at Cochranes vægtning primært består af en fase, hvor primærstudier syntetiseres til et samlet resultat via metaanalyse, sker den primære vægtning hos CEMTV af delresultaterne fra *hvert* af de fire analyseelementer.
9. Nærmere bestemt tildeles studierne »karaktererne« A, B, C eller D, således at metaanalyser, systematiske oversigter over RCTs eller randomiserede kontrollerede studier tildeles karakteren A (bedst). Kontrollerede, ikke-randomiserede studier; kohorteundersøgelser samt diagnostiske test (direkte diagnostisk metode) tildeles karakteren B (næstbedst). Casekontrolundersøgelse, diagnostisk test (indirekte nosografisk metode), beslutningsanalyse samt deskriptiv undersøgelse tildeles karakteren C (næstdårligst). En-

delig tildeles mindre serier, oversigtsartikler, ekspertvurdering eller ledende artikler karakteren D (dårligst).

10. Mellempositionerne »(+)
« og »(-)
« er nødvendige, da fremstillingen af de ni organisationer på en binær en-dimensional skala ville indebære en unødigt simplificering.
11. Netværksorganisationen var principielt tværvidenskabelig, men havde sit hovedfokus inden for det sociale område.
12. Department of Health's ressort dækker også opgaver, der i Danmark ville høre under Socialministeriet.
13. Bemærk forskellene i forhold til tabel 3.1, som viser, at der kun er udført ni reviews under »Norden«. Dette skyldes først og fremmest, at tabel 3.1 angiver forfatterens hjemland, mens de 12 angiver reviews, der organisationelt er placeret hos Nordic Campbell, uagtet forfatterens oprindelsessted.
14. Databasen er således en ækvivalent til Cochrane's Database of Abstracts of Reviews of Effects.
15. Mellempositionerne »(+)
« og »(-)
« er nødvendige, da fremstillingen af de syv organisationer på en binær endimensional skala ville indebære en unødigt simplificering.
16. Det bemærkes dog, at disse databaser kun udgør et lille udsnit af den samlede mængde databaser, der findes på området.