



SAMARBEJDE MELLE
FORSKNING OG PRAKSIS
PÅ FOREBYGGELSESONRÅDET

2009

Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Finn Diderichsen¹

Else Nygaard¹

Ane Bonde²

fra ¹Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab og

²Københavns Kommune, Folkesundhed København

Redaktion:

Line Raahauge Madsen, Anna Paldam Folker, Katrine Finke, Ole Nørgaard og Lis Hamburger
fra Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Forebyggelse; Sundhedsfremme; Forskning

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: November 2009

Sprog: Dansk

Rekvirering:

Sundhedsstyrelsens publikationer

c/o Schultz Grafisk

Herstedvang 10-12

2620 Albertslund

E-mail: sundhed@schultz-grafisk.dk

Oplag: 2000

Design og tryk: Schultz Grafisk

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2009

ISBN: 978-87-7676-987-1 (trykt udgave)

ISBN: 978-87-7676-988-8 (elektronisk udgave)

© Sundhedsstyrelsen 2009. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Om rapporten	3
Indledning	4
1 Baggrund	6
1.1 Samarbejdet i dag – et øjebliksbillede	6
1.2 Forudsætninger i forandring – et nyt mulighedsrum	8
2 Ni områder for samarbejde mellem forskning og praksis	11
2.1 Forskning om årsager til sygdom og skader	12
2.2 Epidemiologisk monitorering	13
2.3 Lokal planlægning og prioritering	14
2.4 Interventionsforskning	16
2.5 Systematiske evidensoversigter	17
2.6 Effektevaluering	18
2.7 Implementeringsforskning	21
2.8 Kvalitetssikring	21
2.9 Procevaluering	22
2.10 Opsamling	23
3 Udviklingspotentialer	25
3.1 Mange relevante discipliner	25
3.2 Langsigtet etablering af fælles kompetence	26
3.3 Kombineret udviklings- og forskningssamarbejde	26
3.4 Behov for national koordinering	27
3.5 Metoder, data og værktøjer	28
3.6 Finansiering	29
Bilag	30

Forord

Der er brug for mere praksisbaseret forskning, som kan bidrage med ny og relevant viden om både hvilke forebyggelsesindsatser, der virker på hvem, samt hvordan indsatserne bedst organiseres og implementeres. Mange kommunale praktikere og planlæggere synes måske, at forskerne ofte ikke har forståelse for den politiske virkelighed, som kommunerne skal agere i. Forskerne kan på den anden side opleve de kommunale strukturer som en begrænsning for at gennemføre forskning på forskningens præmisser. For at styrke mulighederne for, at både forskere samt praktikere og planlæggere kan indgå i et samarbejde, som er meningsfuldt for alle parter, er der behov for et fælles sprog og referencerammer.

Denne rapport er ment som et skridt i retning af at få skabt bedre muligheder for samarbejde mellem kommuner, regioner og forskningsinstitutioner vedrørende praksisbaseret forskning på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Den indeholder konkrete forslag til, hvilke analysetyper der er relevante at have kendskab til for bedre at kunne generere den viden, som er afgørende for det kommunale forebyggelsesarbejde. Rapporten fremstiller en række visioner for, hvordan samarbejdet mellem forskning og praksis kan styrkes.

Sundhedsstyrelsen håber, at rapporten vil blive læst af mange forskere og praktikere med særlig interesse for at udvide og styrke vidensgrundlaget for forebyggelsesindsatsen.

Else Smith
Centerchef

Om rapporten

Samarbejde mellem kommuner og forskningsinstitutioner og/eller regioner om at skabe den nødvendige vidensbase er et essentielt element i udviklingen af praksisbaseret forskning inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Denne rapport har til formål at bidrage til dannelsen af en fælles referenceramme for de aktører, der kan tænkes at indgå i og drage nytte af forskning-praksissamarbejder på forebyggelsesområdet. Dette gøres blandt andet ved at præsentere et redskab til analyse af, hvilke områder der kan samarbejdes om.

Rapporten tager afsæt i en faglig analyse suppleret med en telefonisk screeningsundersøgelse, der inkluderer alle landets kommuner, samt 25 personlige interview med udvalgte repræsentanter fra kommuner, regioner og forskningsinstitutioner.

I kapitel 1 præsenteres et **øjebliksbillede** af omfanget af samarbejdet mellem kommuner og forskningsinstitutioner på forebyggelsesområdet, herunder hvilke temaer, der samarbejdes om, med hvem, og hvordan disse projekter finansieres. Sidst i kapitlet peges på nogle faglige, politiske og organisatoriske tendenser, som understreger, at mulighederne er til stede for et forbedret samarbejde mellem forskning og praksis.

I kapitel 2 tages udgangspunkt i **tre vidensområder**, som er relevante inden for forebyggelse og sundhedsfremme: viden om årsager til og udbredelse af sygdom, om effekter af forebyggelsesindsatser, samt om organisering og implementering af disse indsatser. De tre vidensområder kombineres med **tre analysetyper**: forskning, dataindsamling og monitorering, samt lokal kontekstafhængig analyse. Herved dannes en matrix indeholdende **ni områder** med særlige behov og muligheder for samarbejde mellem forskning og praksis. For hvert af disse områder gives en kort faglig analyse og en beskrivelse af de nuværende erfaringer på området baseret på et antal interviews med kommunale og regionale repræsentanter samt forskere.

I kapitel 3 peges på nogle vigtige **udviklingspotentialer** i forhold til organisering og koordinering, dataindsamling og -deling samt finansiering, som er ønskelige for at understøtte et forbedret samarbejde mellem forskning og praksis.

Indledning

Den viden, som er nødvendig for at kunne gennemføre sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på et solidt grundlag, kommer ikke af sig selv. Den skal identificeres, vurderes og produceres i et samarbejde mellem praktikere og forskere. For at styrke sådanne samarbejder og bygge bro mellem de forskellige aktørers traditioner og verdener er der brug for en fælles referenceramme for, hvilke typer af viden der tales om.

Forebyggelse af sygdomme og skader forudsætter viden om sygdomsårsager og mekanismer. Det findes der heldigvis en del viden om. Men der mangler viden om, hvilke indsatser der er effektive i forhold til at påvirke årsagerne til sygdom, og der mangler viden om, hvordan indsatserne skal implementeres. Mens der findes en del viden om årsager til de store dødsårsager som kræft og hjertekarsygdom, ved vi mindre om de sygdomme og lidelser, der begrænser arbejdsevnen, som fx psykiske problemer og smerter i bevægeapparatet. Nogle interventioner er godt belyst, og vi kender deres effekt i forskellige sammenhænge og for forskellige målgrupper. Andre har ikke været underkastet tilstrækkelig, god forskning, og mange effektive metoder er desuden ikke implementeret bredt. Vi savner endvidere en bedre forståelse for, hvad der udgør de rette forudsætninger for, at en tværsektoriel sundhedspolitik kan føres ud i livet, og hvordan dette bedst gøres.

Ligesom klinisk forskning om behandlingsmetoder kræver forebyggelsesforskning et samarbejde mellem dem, der planlægger og udfører det praktiske arbejde, og dem, der behersker de relevante forskningsmetoder. Men mens samarbejdet om klinisk forskning er veletableret og bidrager til en konstant udvikling af indsatsernes effektivitet og kvalitet, er samarbejdet mellem praktikere og forskere på det forebyggende område meget mindre udviklet.

En af de grundlæggende forudsætninger for et forbedret samarbejde på forebyggelsesområdet er, at praktikere og planlæggere i kommunerne har en fælles forståelse med forskerne på en række centrale områder. Det drejer sig blandt andet om en fælles forståelse af de politiske og professionelle forudsætninger for praktisk forebyggelse og sundhedsfremme og for det lokale udviklingsarbejde. Og om en fælles forståelse af de krav, som stilles til forskningen på området.

Et af forskningens vigtige succeskriterier er, at resultaterne kan publiceres – og helst i velrenommerede internationale tidsskrifter. Det kan tage lang tid at frembringe resultater, som kan publiceres, da mange forebyggelseseffekter først viser sig mange år efter indsatsen er iværksat. På den anden side står

kommunerne, som er politisk styrede organisationer og hermed har et legitimt behov for på kort sigt at kunne vise ”produktion” og effekt af de forebyggende indsatser, der igangsættes. Men dette betyder ikke, at forskningen aldrig kan producere resultater på kort tid, eller at kommuner ikke kan have tid til at vente på resultater over en længere periode. Det handler i højere grad om at få defineret forskellen på fx rendyrket interventionsforskning eller monitoring og effektevaluering af en særlig indsats. Dette er bare en af de udfordringer, som forskning og praksis må løse i fællesskab for derved at skabe en større forståelse af hinandens verdener.

Formålet med denne rapport er at bidrage til, at kommuner, regioner og forskningsinstitutioner får et bedre udgangspunkt for at samarbejde om og udvikle forskning på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Rapporten henvender sig både til fagpersoner, der arbejder med at planlægge, udføre og evaluere forebyggelse og sundhedsfremme og til forskere, der arbejder med metodeudvikling og empirisk forskning på området. Rapporten er tænkt som et første skridt på vejen til at udvikle et fælles sprog, så praktikere, forskere og administratorer bedre kan gå i dialog om områdets faglige krav, og om hvordan det kan struktureres.

1. Baggrund

I dette kapitel tegnes først et billede af, hvordan samarbejdet mellem kommuner og forskningsinstitutioner ser ud i dag og herefter gennemgås en række forudsætninger for samarbejdet mellem forskning og praksis, herunder hvordan disse forudsætninger kan styrkes.

1.1 Samarbejdet i dag – et øjebliksbillede

For at skabe et overblik over det aktuelle samarbejde mellem kommuner og forskningsinstitutioner om sundhedsfremme og forebyggelse, blev der gennemført en telefonisk screeningsundersøgelse med alle landets kommuner. Resultaterne fra denne undersøgelse er desuden blevet perspektiveret og nuanceret via 25 personlige interviews med udvalgte repræsentanter for kommuner, regioner og forskningsinstitutioner.

Informanterne til telefonundersøgelsen blev fundet via Sund By Netværkets telefonliste over sundhedschefer og koordinatore og suppleret med oplysninger fra netsteder. Der indgik informanter fra alle 98 kommuner; enten sundhedschefer, forebyggelseskonsulenter eller projektmedarbejdere.

Målet med telefonundersøgelsen var at få et indblik i tendenserne omkring forskningssamarbejde samt et øjebliksbillede af kommunernes konkrete erfaringer. Indgangsspørgsmålet var, om der i kommunen var erfaring med samarbejde omkring forskning på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Herefter fulgte tre uddybende spørgsmål, som blev stillet til de kommuner, der svarede positivt på åbningsspørgsmålet: 1) Hvad var tema og målgruppe for forskning-praksissamarbejdet? 2) Hvem var forskningspartneren? 3) Hvordan blev aktiviteten finansieret? Der blev ikke spurgt eksplicit efter andre forvaltningsområders aktiviteter på forskningsområdet, som kunne tænkes at have forebyggende effekter for borgerne. Under interviewene blev der hovedsageligt refereret til borgerrettet forebyggelse. Det vurderes dog, at rapporten kan tænkes anvendt med et generelt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse.

I det følgende præsenteres resultaterne af telefonundersøgelsen. Resultaterne af de 25 personlige interviews vil blive inddraget i kapitel 2.

1.1.1 Hvor udbredt er samarbejde mellem forskningsinstitutioner og kommuner?

Omkring halvdelen af landets kommuner har erfaring med samarbejde med en eller flere forskningsinstitutioner om sundhedsfremme- og forebyggelses-

projekter. To ud af tre kommuner i Region Midtjylland og Region Syddanmark angav at have erfaring med forskning-praksissamarbejde, mens det for Region Nordjylland og Region Sjælland var tilfældet for en ud af tre, og for halvdelen af kommunerne i Region Hovedstaden. Da regionen som politisk-administrativ instans kun sjældent har været involveret i de samarbejdsprojekter, der blev oplyst af kommunerne, skal der ikke automatisk tillægges regionernes arbejde nogen betydning for disse områdebaserede forskelle.

1.1.2 Temaer

De fleste forskning-praksissamarbejder om sundhedsfremme og forebyggelse handlede om en eller flere KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol, motion). De fleste havde fokus på fysisk aktivitet og overvægt (kost), mens de færreste handlede om tobak og alkohol. Andre projekter relateret til KRAM handlede om etablering af et sundhedscenter og en sundhedsbus – mere sjældent om hverdagslivets fysiske og sociale rammer.

Mere enkeltstående temaer var børnesundhed, udvikling af sundhedsplejeydelsen, tandpleje, indsatser mod rygestart blandt skoleelever, bevægelsesanalyse, forebyggelse af nedslidning i arbejdsmiljøet, faldulykker blandt ældre og indsatser mod stress og trivsel samt social ulighed i sundhed.

Eksempler på temaer af bredere og mere generel, politisk og organisatorisk art var analyse af sundhedsbegrebet, magtanalyse, samarbejde mellem kommune og region, organisatorisk integration af sundhed i kommuneplanen samt udvikling af økonomiske scenariemodeller.

1.1.3 Målgrupper og arenaer

Alle aldersgrupper var i spil som målgrupper i forskning-praksissamarbejdet. Børne-ungeprojekter havde typisk skolen som arena, eller havde fokus på sundhedsplejens ydelser. Projekter med voksne borgere som målgruppe havde enten arbejdspladsen, en sundhedsbus eller et sundhedscenter som arenaer. Projekter med fokus på social ulighed i sundhed havde udsatte familier og udvalgte boligområder som arenaer. Derudover var der også projekter, som havde borgere med anden etnisk herkomst end dansk som målgruppe.

1.1.4 Forskningspartneren

Forskningspartneren var i flertallet af samarbejdsprojekterne et universitetsinstitut. Århus Universitet (herunder Danmarks Pædagogiske Universitets-skole) og Syddansk Universitet optrådte som forskningspartnere for kommuner over hele landet. Københavns Universitet, Aalborg Universitet og Roskilde Universitet deltog kun i forskning-praksissamarbejde inden for disse institutioners respektive lokalområder. University Colleges/professionshøjskoler

(tidligere CVU'er) og dertil knyttede videnscentre for sundhedsfremme var også hyppige samarbejdspartnere. Generelt blev det ikke præciseret, hvad der karakteriserede de enkelte samarbejdsprojekter, herunder hvilken baggrund de tilknyttede forskere havde.

Desuden optrådte følgende forskningsinstitutioner: Danmarks Tekniske Universitet, Statens Institut for Folkesundhed, Kræftens Bekæmpelse, Institut for Præventiv Medicin, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Tandlægehøjskolen, Dansk Sundhedsinstitut, IT-Universitetet og Bispebjerg Hospital.

Regionerne har ligeledes deltaget i forskning-praksissamarbejde; dels som forskningspartner via regionale forskningsafdelinger i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, og dels som formidlende og rådgivende instans i Region Syddanmark.

Mange samarbejder har i praksis fungeret således, at forskningsdelen først er blevet aktiveret ved evalueringen af projektet. Kun i sjældne tilfælde har samarbejdet fundet sted gennem hele forløbet fra planlægning, over valg af målgruppe, metoder og analyser, til implementering og endelig evaluering.

1.1.5 Finansiering

Puljemidler, herunder satspuljemidler med medfinansiering, har finansieret mange forebyggelsesindsatser, hvor der har været tilknyttet evalueringer. Kommune, universitet og region nævnes hyppigt som medfinansierende parter. I flere tilfælde har denne form for finansiering motiveret kommunerne til at indgå i forskningsprojekter omkring forebyggelsesindsatser. Dertil kommer nationale midler, herunder midler fra Sundhedsministeriet, Det Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, Sundhedsstyrelsen og Sund By Netværket. Der nævnes endvidere Forebyggelsesfonden, Trygfonden, andre private fonde, samt det lokale beskæftigelsesråd.

Ressourceproblematikken fylder meget. Mangel på personer, tid og penge sætter markante grænser for samarbejdets udfoldelsesmuligheder.

1.2 Forudsætninger i forandring – et nyt mulighedsrum

Som nævnt i foregående afsnit melder omkring halvdelen af kommunerne, at de har erfaringer med at samarbejde med en eller flere forskningsinstitutioner. Det tyder på, at der allerede er et eksisterende samarbejde at bygge videre på, men også at der er potentiale for at få endnu flere kommuner inddraget i forskningsamarbejder. Forudsætningerne for et samarbejde mellem kommu-

ner og forskningsinstitutioner og/eller regioner om forskning på forebyggelsesområdet er på mange måder generelt forbedret i forhold til tidligere.

I forhold til de rammer, der er sat i Sundhedsloven, har regionerne fået ansvar for at sikre, at der foregår udviklings- og forskningsarbejde inden for sundhedsområdet. Kommunerne skal imidlertid også bidrage til udviklings- og forskningsarbejdet (se boks 1). Der er således en mulighed for, at kommuner kan samarbejde med regioner om at skabe nye forskningsprojekter.

Boks 1

Fra Sundhedsloven

§ 194. Regionsrådet skal sikre udviklings- og forskningsarbejde, således at ydelser efter denne lov samt uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal medvirke til udviklings- og forskningsarbejde, således at ydelser efter denne lov samt uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau.

I forhold til at skabe ny og mere forskning på området er det dog vigtigt ikke alene at se på teksten i Sundhedsloven, men også at se på, hvilke forpligtelser de danske universiteter har. Universiteterne skal ifølge Universitetsloven (§2, stk. 3) samarbejde med det omgivende samfund og bidrage til at fremme vækst, velfærd og udvikling i samfundet (se boks 2). Universiteterne har med Universitetsloven og fx mulighederne for erhvervs-ph.d.-aftaler med den offentlige sektor fået bedre muligheder for at etablere faste samarbejdsstrukturer – ikke kun med regionerne, men også med kommunerne.

Boks 2

Fra Universitetsloven

§ 2. Universitetet har til opgave at drive forskning og give forskningsbaseret uddannelse indtil højeste internationale niveau inden for sine fagområder. Universitetet skal sikre et ligeværdigt samspil mellem forskning og uddannelse, foretage en løbende strategisk udvælgelse, prioritering og udvikling af sine forsknings- og uddannelsesmæssige fagområder og udvide kendskab til videnskabens metoder og resultater.

Stk. 2. Universitetet har forskningsfrihed og skal værne om denne og om videnskabsetik.

Stk. 3. Universitetet skal samarbejde med det omgivende samfund og bidrage til udvikling af det internationale samarbejde. Universitetets forsknings- og uddannelsesresultater skal bidrage til at fremme vækst, velfærd og udvikling i samfundet. Universitetet skal som central viden- og kulturbærende institution udveksle viden og kompetencer med det omgivende samfund og tilskynde medarbejderne til at deltage i den offentlige debat.

Universiteterne har desuden de senere år satset kraftigt på folkesundhedsvidenskabelige uddannelser på både bachelor- og kandidatniveau, og på videreuddannelser, de såkaldte MPH-programmer (*Master of Public Health*), samt andre masteruddannelser relateret til sundhedsfremme og forebyggelse. Et stort antal af de nyuddannede kandidater arbejder allerede i kommuner, regioner og forskningsinstitutioner. Det har forbedret de professionelle forudsætninger for samarbejdet betydeligt.

Folkesundhedsområdet er i øvrigt kendetegnet ved, at der foregår en del forskning på en række andre institutioner end universiteterne (se bilag 2 for en oversigt over forebyggelsesforskningens mange aktører). Dette betyder bl.a. flere muligheder for at få finansieret eller medfinansieret forskning på forebyggelsesområdet. Det betyder også, at der er mange forskellige institutioner at henvende sig til alt efter hvilke typer forskningsprojekter, der ønskes iværksat, og på hvilket niveau.

2. Ni områder for samarbejde mellem forskning og praksis

I dette kapitel præsenteres en matrix, der tydeliggør hvilken type af analyser og vidensområder forskere og praktikere kan samarbejde om. Det gøres klart, hvilke muligheder og begrænsninger de forskellige analyser har, og hvilke roller henholdsvis forskere og praktikere spiller i de enkelte analyser.

Forskning i forebyggelse og sundhedsfremme skal grundlæggende generere viden på tre områder¹:

- Årsager til og udbredelse af sygdom
- Effekter af forebyggelsesindsatser
- Organisering og implementering af indsatser

Der er særligt mangel på viden inden for de to sidstnævnte områder. Dette er samtidig en viden, som ikke kan genereres uden en form for samarbejde mellem forskning og praksis.

En kommune, som gerne vil vide, hvordan sundhedstilstanden udvikler sig blandt kommunens borgere, hvilke områder, der skal sættes ind på, hvordan den bedst kan bruge et begrænset forebyggelsesbudget, samt hvordan lokale projekter har fungeret, har brug for forskellige typer analyser. Disse kan være relevante at gennemføre i samarbejde med forskere. Overordnet kan analyserne inddeles i tre typer:

- Forskning
- Dataindsamling og monitorering
- Lokal kontekstafhængig analyse

Kombinerer man de tre vidensområder og de tre typer analyser, får man en matrix, som indikerer ni områder, hvor et samarbejde mellem forskningsinstitutioner og kommuner kan være relevant (tabel 1). Kolonnerne repræsenterer de tre vidensområder og rækkerne de tre analysetyper.

Forskere, planlæggere og praktikere har forskellige behov og forskellig grad af involvering i de ni områder. Som det beskrives i det følgende, kan deres roller i samarbejdet variere. Det kan fx være som vidensformidler og vidensbruger,

¹ Evidens i forebyggelsen, Sundhedsstyrelsen, 2007.

som lige aktive i vidensgenerering, som bestiller og leverandør eller som hovedaktør og bidragsyder.

Tabel 1: Ni områder for samarbejde mellem forskning og praksis

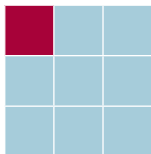
Vidensområde Analysetype	Årsager til og udbredelse af sygdom	Effekt af forebyggende indsatser	Organisering og implementering af indsatser
Forskning²	Forskning om årsag til sygdom og skader 2.1	Interventionsforskning 2.4	Implementeringsforskning 2.7
Dataindsamling og monitorering	Epidemiologisk monitorering 2.2	Systematiske evidensoversigter 2.5	Kvalitetssikring 2.8
Lokal kontekstafhængig analyse	Lokal planlægning og prioritering 2.3	Effektevaluering 2.6	Procesevaluering 2.9

Numrene i de enkelte felter refererer til de tekstafsnit, hvor området beskrives.

I det følgende bliver de ni områder af potentiel interesse for samarbejde mellem kommuner og forskningsinstitutioner og/eller regioner uddybet. Hvert afsnit indeholder en kort faglig analyse af de behov, som er blevet identificeret gennem de gennemførte interview og forfatternes kendskab til området. Derefter følger et erfaringsafsnit, som baserer sig på en analyse af de foretagne interviews (se 1.1 og bilag 1). Dette er i sagens natur ikke et repræsentativt

² Med forskning menes i denne sammenhæng, at de gennemførte undersøgelser har en høj validitet. Det vil sige, at sikkerheden i undersøgelsens konklusioner øges ved at kontrollere for alle tænkelige fejlkilder. Man vurderer således, om undersøgelsen har en høj *intern* validitet. Hvis forskningsresultaterne desuden kan generaliseres til andre befolkninger og samfund, har de en høj *ekstern* validitet. Det er ikke givet, at undersøgelser med en høj intern validitet også har en høj ekstern validitet.

materiale, men det rummer ikke desto mindre en række tendenser, som tjener til at nuancere og perspektivere de enkelte afsnit.



2.1 Forskning om årsager til sygdom og skader

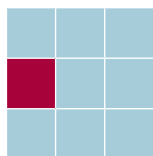
Epidemiologisk forskning og anden biomedicinsk og samfundsvidenskabelig forskning om årsager til sygdomme og skader er veletableret. Denne forskning har på mange måder relativt optimale forhold i Danmark, hvor der også findes mange ledende forskergrupper på området. Forebyggelsens begrænsninger skabes ikke i første række af mangel på resultater fra forskning om sygdomsårsager.

Forskning af relevans for forebyggelse kan beskæftige sig med hele årsagskæden, lige fra de samfundsstrukturelle determinanter til de cellulære og molekylære mekanismer. Der er således ikke på forhånd noget, der siger, at sundhedsfremme, som griber ind med strukturelle tiltag langt tilbage i årsagskæden, er mere eller mindre effektiv end den forebyggelse, der angriber faktorer længere fremme i årsagskæden ved biologiske risikofaktorer.

For de store dødsårsager (hjertekarsygdomme, kræft og ulykker) er den epidemiologiske viden således generelt forud for fx viden om implementering af forebyggelsen. Det kan dog noteres, at de sygdomsgrupper, som spiller den største rolle for de kommunale udgifter til borgere med nedsat arbejdsevne (blandt andet psykiske, muskulo-skeletale og funktionelle lidelser), tilhører dem, hvor der har været mindre forskning i sygdomsårsager. Derfor er det også disse sygdomme, hvor vi har mindst kendskab til årsager, der kan påvirkes i form af forebyggelse og sundhedsfremme.

Erfaringer

Kommunale og regionale repræsentanter efterspørger sjældent mere epidemiologisk forskning om risikofaktorer for de store somatiske folkesygdomme. Der er en opfattelse af, at der er rigelig viden om helbredseffekter af tobaksrygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet, men det påpeges, at der inden for det psykiske og psykosomatiske område og for lidelser i bevægeapparat råder større usikkerhed om risikofaktorer. Det bliver særlig aktuelt, når de forebyggende indsatser knyttes til spørgsmålet om at forebygge sygefravær og tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, som er et stort og vigtigt område for kommunerne.



2.2 Epidemiologisk monitorering

Standardisering og koordinering er afgørende for at gøre data sammenlignelige over tid, og mellem kommuner og bydele. Variationer mellem kommuner er ofte meget forudsigelige ud fra befolkningens sociodemografiske sammensætning, men lokale data har alligevel stor politisk interesse og relevans for effektmåling af lokale initiativer.

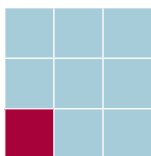
Forskningens interesse i denne type af lokale deskriptive data er i sig selv begrænset, men hvis undersøgelser gentages, således at individer følges over tid, og survey-data kobles med register-data, kan de både bruges i epidemiologisk forskning (se 2.1) og i interventionsforskning (se 2.4).

Erfaringer

Forskerne og interviewpersonerne fra kommuner og regioner er alle enige om, at kommunale sundhedsprofiler (se boks 3) har været en vigtig indgang til en tættere dialog og mere samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse. Kommunerne bruger data fra lokale sundhedsprofiler til prioriteringer og fordeling af ressourcer. De deskriptive data er i sig selv informative og stimulerende for den enkelte kommune, men fra forskeres side er der et potentiale i at kombinere de selvoplyste data med registerdata og andre epidemiologiske og sundhedsøkonomiske data (se endvidere 2.3). Det vil give et bedre prioriteringsgrundlag i kommunerne. Samtidig er anvendelsen af data og feedback til dem, som registrerer data, en måde at sikre, at kvaliteten opretholdes. Hvis data også bruges til forskning, kan det betyde en ekstra sikring af kvaliteten. Nationalt og regionalt arbejdes der på at koordinere og harmonisere sundhedsprofildata. Det er ønskeligt med adgang til registerdata på kommunalt niveau og på bydelsniveau i storbyerne, men da der er mange mulige fejlkilder i tolkningen, kræver analyserne i de fleste tilfælde forskerkompetence og/eller -assistance.

Boks 3

Sundhedsprofiler er analyser af befolkningens helbredsforhold. Disse baseres normalt på spørgeskemaundersøgelser, som måler selvrapporteret forekomst af risikofaktorer i sundhedsadfærd, socialt og ergonomisk miljø, samt forekomst af almindelige symptomer, fx psykiske og allergiske reaktioner samt smerter i bevægeapparatet. For at blive mere dækkende inkluderer sundhedsprofiler ofte registerdata om sygehusindlæggelser og lægemiddelbrug med henblik på at måle forekomst, fx af visse hjertekarsygdomme, kræftformer, diabetes og skader.



2.3 Lokal planlægning og prioritering

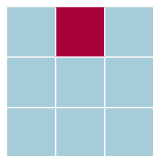
Internationalt findes der analyse- og planlægningsværktøjer til udarbejdelse af scenarier og mål til vurdering af forventede sundhedskonsekvenser af forebyggende tiltag, fx i form af sundhedskonsekvensvurdering (SKV)³ og af metoder til ressourceallokering. Det kan fx være relevant for en kommune at overveje, om den i takt med udviklingen skal flytte ressourcer fra indsatser mod tobaksrygning til indsatser mod overvægt. Et relevant spørgsmål vil her være, hvor meget sygdom der bliver forebygget med en type prioritering sammenlignet med en anden type prioritering. Et andet eksempel kan være overvejelser i forbindelse med en større trafikpolitisk satsning. Her vil det være relevant at vide, hvilke alternativer i form af reduceret luftforurening, færre trafikskader og mere fysisk aktivitet, der vil give de bedste samlede helbredseffekter. Herunder hvilke grupper der vil få mest gavn af de forskellige effekter.

Sådanne analyser er ikke lette for den enkelte kommune at gennemføre. Gennem et samarbejde mellem kommuner og forskningsinstitutioner og/eller regioner kan relevante analyseværktøjer dog udvikles, således at de personer, der skal anvende dem i dagligdagen, ikke behøver at besidde specialiseret forsknings- eller folkesundhedsvidenskabelig kompetence. Et samarbejde med forskningsinstitutioner herom, kan også bidrage til at udvikle og vedligeholde forskningsinstitutionernes kompetencer til brug i uddannelsen af folkesundhedsvidenskabeligt kvalificeret personale.

Erfaringer

Det hører til undtagelserne, at en kommune gennemfører systematiske epidemiologiske og sundhedsøkonomiske analyser af, hvordan den skal prioritere forebyggende indsatser. Mange kommuner peger på behovet for at styrke den sundhedsfaglige og politiske legitimitet i det forebyggende arbejde med henblik på større konkurrencedygtighed i de interne prioriteringer både inden for og mellem forskellige forvaltninger. En måde at etablere denne legitimitet på er at underbygge prioriteringer og tværsektorielle tiltag med solide faglige analyser. Kommunerne har et tydeligt behov for enkle værktøjer til at udføre analyser, som gør sundhedsprofiler og registerdata mere brugbare i den politiske beslutningsproces.

3 *Sundhedskonsekvensvurdering – fra teori til praksis*, Sundhedsstyrelsen, 2008.



2.4 Interventionsforskning

Både forskere og praktikere har en grundlæggende fælles interesse i, at der udvikles ny viden om effekt af forebyggende indsatser, om effekt i forhold til forskellige målgrupper, samt om effekt af omkostninger. For mange forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, som har til formål at påvirke sundhedsadfærd, råder der usikkerhed om effekt – ikke mindst i forhold til forskellige målgrupper. Der er således en rationel grund til at efterspørge mere interventionsforskning.

Jo tydeligere de enkelte interventioner kan defineres, afgrænses og måles, jo flere kontekstuafhængige resultater kan der som regel opnås. Og jo flere kontekstaafhængige resultater, der kan dokumenteres, jo bedre kan resultater fra ét studie i én befolkning anvendes på andre befolkninger og i andre lokalsamfund. Det betyder også, at udenlandsk forskning kan anvendes.

Det er imidlertid ofte de mere komplekse interventioner med mange indsatser, som potentielt er mest effektive og derfor også mest interessante at studere. Denne type af studier bliver dog også mere kontekstafhængige. Komplekse studier udført i dansk kontekst har da ofte større relevans for danske kommuner end tilsvarende internationale studier. Her skal derfor findes en balance mellem studier af komplekse interventioners større relevans og de smallere mere kontekstafhængige studiers højere validitet. Kommuner og forskningsinstitutioner har dog en fælles interesse i, at komplekse studier også kan udføres i Danmark. Sådanne studier vil ofte kræve brug af både kvantitative og kvalitative metoder.

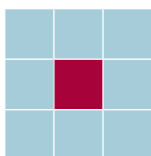
Forskningen stiller store krav til, hvordan denne type af studier udføres. De sikreste svar fås gennem lodtrækningsforsøg, hvor individer randomiseres (hvis det handler om individrettede indsatser), eller hvor skoler, arbejdspladser eller lokalsamfund randomiseres (hvis det er mere strukturelle tiltag, der studeres). Det er ikke altid muligt at gennemføre lodtrækningsforsøg, og man må da ty til observationelle eller såkaldt quasi-eksperimentelle studier. De lider ofte af potentielt betydelige confounding-problemer, det vil sige usikkerhed om, hvorvidt andre forhold end interventionen har forårsaget en eventuel effekt.

Under alle omstændigheder kræver interventionsstudier et tæt samarbejde mellem (ofte mange) kommuner og forskningsinstitutioner og/eller regioner. Studierne er udgiftskrævende og tager lang tid. Interventionen skal planlægges og forankres lokalt, og hvis flere kommuner deltager, skal arbejdet koordineres, og en randomisering i intervention og kontrolområder skal gennemføres. Det tager sidenhen tid at opnå effekt – også selvom det, der måles på,

er effekt på risikofaktorer snarere end forekomsten af sygdomme, som eventuelt udvikles i et endnu længere tidsperspektiv. Derefter skal studierne og resultaterne publiceres. Vi taler således om noget, der tager mange år – meget længere end fx et enkelt ph.d.-projekt.

Erfaringer

Mange kommuner erklærer sig villige til at være ”befolkningslaboratorium” for forskere, som vil gennemføre interventionsforskningsprojekter. Det er dog sjældent kommunerne selv, som tager initiativet til forsknings-samarbejde. Meget af det etablerede samarbejde mellem forskere og kommuner, som sker i dag, er oftest kommet i stand på initiativ fra forskere og finansierende institutioner og organisationer, fx forskningsråd og fonde. Større interventionsprojekter i Danmark har hidtil fokuseret på individuel forebyggelse eller arbejdspladsinterventioner. Erfaring med større interventionsstudier med strukturelle tiltag i skoler og kommuner er stadig få. Bekymringen fra kommunernes side går mindre på brug af lodtrækningsdesign (som også i stigende udstrækning benyttes på det sociale område) og mere på de økonomiske belastninger, som det kan indebære at deltage. Ofte omfatter en forskningsbevilling ikke midler til at finansiere de konkrete kommunale indsatser og aktiviteter.



2.5 Systematiske evidensoversigter

Et betydeligt antal evidensoversigter (*evidence reviews*) af relevans for forebyggelse og sundhedsfremme produceres udenlands (fx af *The Cochrane Collaboration*, *The Campbell Collaboration*, *National Institute for Health and Clinical Excellence* og *Centers for Disease Control and Prevention* m.fl.). Disse oversigter er sjældent uden videre anvendelige i en dansk kommunal kontekst. Overordnet handler det derfor i første omgang om at vurdere, hvorvidt konklusionerne har relevans for den danske befolkning. Det vil sige at vurdere kontekstafhængigheden med hensyn til effekt. Det er dog også vigtigt at vurdere kontekstafhængigheden i forhold til implementering (se 2.7). På nationalt niveau udfører Sundhedsstyrelsen fx et arbejde med at vurdere resultater af udenlandske studier i forhold til danske forhold. Sundhedsstyrelsen udarbejder også evidensoversigter på centrale områder over forebyggelsesindsatser effekt med henblik på anvendelse i danske kommuner og regioner (se www.sst.dk/evidensbasen). Andre institutioner som fx Kommunernes Landsforening og Sund By Netværket formidler også eksisterende viden om effekt af forebyggelsesindsatser til kommunerne.

Arbejdet med kritisk granskning af eksisterende international forskning og vurdering af evidens og kontekstafhængighed kræver normalt forskeruddannelse og kan finde sted på nationalt niveau. I så fald er der næppe grund til at udføre eller gentage dette arbejde lokalt og regionalt. Der kan være praktiske fordele ved at forskere, som er engageret i interventionsforskning, medvirker til at udarbejde evidensoversigter, da vurdering af eksisterende viden om effekt allerede er en integreret del af deres arbejdsfelt (se 2.7).

Erfaringer

Kommuner gør i dag brug af de undersøgelser, som Sundhedsstyrelsen, Sund By Netværket, Kommunernes Landsforening m.fl. formidler omkring forebyggende metoder. Det fungerer på mange måder udmærket, uden at der findes noget formaliseret samarbejde med forskningsinstitutioner.

Problemstillinger i formidlingen handler hovedsageligt om tre ting: 1) usikkerhed om kriterierne for hvornår der er evidens for effekt, 2) usikkerhed om hvorvidt effektstudier udført i anden kontekst kan bruges, og 3) usikkerhed om effekt på forskellige målgrupper og dermed i forhold til ulighed i sundhed. Men hvor kriterier for evidens ofte er klart defineret i evidensoversigter, er kontekstafhængighed og forskellig effekt i forhold til målgrupper sjældent behandlet. Det kan derfor være vanskeligt at vurdere hvornår, der er tilstrækkelig evidens i forhold til at anbefale en særlig metode. En dialog med forskere om implementering af indsatser, der har vist effekt i en international kontekst, kan være en måde at håndtere disse usikkerheder på. Især når det gælder strukturelle tiltag med økonomiske, fysiske, sociale og juridiske virkemidler, hvor det er særlig vigtigt at vurdere den konkrete kontekst.

2.6 Effektevaluering

Kommuner, som har investeret i en forebyggende indsats, har en naturlig interesse i at vide, om programmet har virket efter hensigten. Dette kan kommunerne få indsigt i ved at foretage en effektevaluering, hvor effekterne af de indsatser, der er udført lokalt, bliver gjort op⁴. Hvis effekten ikke er som forventet, kan det enten være fordi, indsatserne i programmet ikke virker – med andre ord, at den evidens, som formidles i evidensoversigten, ikke er holdbar (se 2.5). Alternativt kan det være fordi, effekten er afhængig af kontekst eller målgruppe på en måde, så indsatsen ikke fungerer i den lokale sammenhæng.

4 *Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter. Sundhedsstyrelsen, 2007.*

Ofte vil årsagen dog være en tredje, nemlig, at indsatserne ikke er blevet implementeret, som det var hensigten (se 2.8). Normalt laves en distinktion mellem at evaluere et programs effekter og at evaluere implementeringen af indsatserne i et program. Begge aspekter er vigtige, ikke mindst når det skal afgøres, om et forebyggelsesprojekt skal fortsætte i drift efter en projektperiode. En anden vigtig distinktion består i, om en evaluering drejer sig om at undersøge, om der er opnået en reduktion af risikofaktorer i den lokale befolkning, og om det faktisk er indsatserne i programmet, der er årsag til reduktionen. Det første kan man få svar på i en effektevaluering, mens det sidste spørgsmål kræver, at andre forklaringer med sikkerhed kan udelukkes. Hertil kræves interventionsforskningens studiedesign, der med lodtrækning eller andre metoder kan udelukke forskellige fejlkilder og dermed svigtende intern validitet (se 2.4).

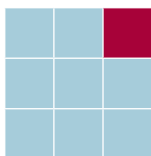
Erfaringer

Forebyggelse i kommunalt regi har i mange år været domineret af projekter, som er finansieret fra puljer eller andre tidsbegrænsede midler. Der opstilles ofte relevante krav til evaluering af, hvordan pengene er blevet brugt, og hvilken virkning de har haft. Men de afsatte ressourcer til evalueringer er dog ofte meget begrænsede.

Evalueringer af projekter kan have stor lokal interesse, men de leder sjældent til konklusioner med en sådan intern og ekstern validitet, at de kan publiceres internationalt. Midlerne, som typisk er afsat til evaluering, rækker sjældent til et undersøgelsesdesign, der reelt kan give svar på, hvilken effekt indsatsen har haft. Hertil kommer, at interventionerne sjældent har en tilstrækkelig statistisk styrke til at skabe valide forskningsresultater.

Den skitserede type af projekt- og puljemidler er ikke beregnet til at blive anvendt til forskning. Der er derfor et dilemma: de institutioner og organisationer, som finansierer projekterne, har et legitimt behov for at vide, hvad de får for pengene, hvilket dog ikke nødvendigvis indbefatter et behov for at få undersøgt den faktiske effekt af de ofte teoretisk velfunderede og innovative interventioner. For kvalitet i forskningen er det derimod afgørende, at resultater offentliggøres og vurderes af andre forskere såvel nationalt som internationalt. Dette indebærer, at forskerne foretrækker at udføre effektstudier, som ikke blot har høj intern validitet, men også har høj ekstern validitet, således at resultaterne fra en befolkning og kontekst er relevante og anvendelige i andre sammenhænge.

Her ligger en potentiel konflikt mellem kommunernes interesse i at samarbejde med forskere om lokale evalueringer, og forskernes interesse i mere generelle videnskabelige resultater og dermed mere ressource- og tidskrævende interventionsstudier. Grundlæggende er der dog en fælles interesse i analyser, der giver sikre svar på, om en given indsats virker, og under hvilke kontekstuelle forhold det gælder. Der er desuden et aktuelt behov i kommunerne for, at forskningsinstitutioner hjælper med at udvikle værktøjer og indikatorer, så kommunerne selv kan udføre mere lokale effekt-evalueringer (se 3.2 og 3.3).



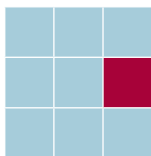
2.7 Implementeringsforskning

Implementeringsforskning på sundhedsområdet har hidtil været mest fokuseret på, hvilke faktorer der er afgørende for, om klinikere tager nye evidensbaserede behandlingsmetoder i brug. Megen sundhedstjenesteforskning handler netop om forudsætninger for implementering af nye behandlingsmetoder. Med hensyn til implementering af forebyggende indsatser, er de fleste forudsætninger kontekstuelle, det vil sige af organisatorisk, økonomisk, kulturel og politisk art. Den stærke kontekstafhængighed gør, at arbejdet med at forstå forudsætningerne for implementering inddrager samfundsvidenskabelig viden og kompetence. I og med, at det handler meget om kommunernes interne organisation og samarbejde, kræver forskningen en høj grad af indsigt og åbenhed i samarbejdet mellem dem, som arbejder med implementering og dem, som forsker i emnet.

Erfaringer

Kommunerne oplever, at en af de vigtigste hindringer for et mere ekspansivt forebyggende arbejde handler om implementering – særligt viden om, hvordan de skal få igangsat og gennemført indsatser, få etableret samarbejde på tværs af forvaltninger og få forebyggelsesproblematikkerne på den politiske dagsorden. Der savnes nationale standarder for implementering af især den brede borgerrettede forebyggelse. Samtidig kan det konstateres, at der ikke foregår megen systematisk implementeringsforskning om barrierer for den kommunale forebyggelse. Der findes således en potentielt stor fælles interesse for at styrke forskningen på dette område.

Distinktionen mellem implementeringsforskning og procesevaluering (2.9) er subtil, blandt andet fordi det er vanskeligt at forestille sig kontekstafhængig implementeringsforskning. At det er vanskeligt for forskningsverdenen at støtte kommunerne i arbejdet med at implementere forebyggelsespolitikker og -metoder, afspejler til en vis grad manglen på forskning på området. Der er både behov for studier af implementeringsprocesser i naturlige eksperimenter og for såvel teoretisk som metodologisk udviklingsarbejde.



2.8 Kvalitetssikring

Kommunerne har behov for at vide, i hvilken udstrækning de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som formodes at virke, faktisk bliver implementeret. Brug af den mest effektive metode kan desuden ”forfalde” med tiden og blive udført mindre omhyggeligt. Dermed kan effekten reduceres. Samme interesse for implementering gør sig gældende i forhold til indsatser i

andre forvaltninger (miljø, skole, beskæftigelse, det sociale område, trafik m.m.), som måske sker under andre overskrifter end sundhed, men som alligevel kan have betydelige forebyggende effekter.

Der er generel mangel på løbende redegørelser for politikker og indsatser med forebyggende effekt, såvel i sundhedssektoren som i andre sektorer. En af grundene til dette er manglen på et bredt anvendeligt værktøj, der kan kategorisere og måle forebyggende indsatser i forskellige sektorer (se 3.5). Det er, som på andre områder, et spørgsmål om en balance mellem at registrere og måle det forebyggende arbejde, og at have tillid til, at de, der udfører det forebyggende arbejde, udfører det tilfredsstillende. Resultater fra lokal monitorering af implementering har sjældent forskningsmæssig interesse, mens udvikling af metoder til kvalitetssikring og monitorering har stor interesse for forskningen, da de både kan bruges i interventionsforskning (2.4) og i implementeringsforskning (2.7).

Erfaringer

Diskussionen om kvalitetssikring og monitorering er fx aktuell inden for de kommunale sundhedsordninger med sundhedsplejersker og forebyggende hjemmebesøg for ældre. Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats er for begrænset og ny i kommunerne til, at der er udviklet erfaring med og gode redskaber til standardiseret kvalitetssikring. Det er lettere at monitorere implementering af forebyggende ydelser og tilbud, men langt sværere når det kommer til de sundhedsfremmende rammer. Der er dog både fra praktikerens og forskerens side enighed om, at de krav, der stilles til kvalitetssikring og standardisering på behandlingsområdet, også skal gælde for forebyggelse og sundhedsfremme.

2.9 Procesevaluering

Kommunerne har brug for at vide, hvordan de iværksatte indsatser, som anses for effektive, faktisk bliver implementeret – herunder om de når de tilsigtede målgrupper. Implementering er en proces med mange led: fra idéen om en ny forebyggelsesindsats introduceres, over den politiske beslutning om at igangsætte den, til planlægningen og udførelsen af selve arbejdet. Redegørelse for og analyse af hele denne proces kaldes ofte procesevaluering.

I de tilfælde, hvor implementering ikke sker som forventet, har kommunerne brug for forklaringerne på dette. Årsagerne kan ligge i organisationen, i finansieringen, i incitamenterne, i ledelsen, i personalekompetencen, eller de kan handle om holdninger i befolkningen eller målgruppen, som måske ikke

kender til, eller ikke efterspørger de forebyggende ydelser, kommunen tilbyder. Sådanne analyser og konklusioner er ofte i udtalt grad kontekstafhængige, og involverer kun sjældent forskere. Forskning på området kræver indsigt i den pågældende organisation, og dermed stor åbenhed og tillid fra dem, som konkret udfører arbejdet med implementering.

Erfaringer

Problemer med implementering, organisation og ledelse af det forebyggende arbejde opleves som påtrængende i mange kommuner. Det har fx vist sig svært at etablere et koordineret sundhedsfremmende arbejde på tværs af forvaltninger og politikområder. Der er usikkerhed om, hvad der får forslag om forebyggende programmer til blive accepteret som relevante og fordelagtige, det vil sige, at de er i overensstemmelse med eksisterende politiske og professionelle værdier, enkle at prøve og bruge, lette at tilpasse lokale forudsætninger osv. At etablere og tydeliggøre en koordineret tværsektoriel sundhedspolitik er blevet foreslået som en måde at tydeliggøre fælles mål og ansvar.

Kommunerne får ofte hjælp af eksterne konsulentfirmaer til at udarbejde procesevalueringer. Anvendt Kommunal Forskning og visse samfundsvidenskabelige forskningsinstitutioner har også været engageret til dette arbejde og mere sjældent folkesundhedsvidenskabelige institutter.

2.10 Opsamling

Det er i dag meget forskelligt i hvilken udstrækning, der foregår samarbejde mellem forskning og praksis inden for de ni nævnte områder. Det overblik, der blev præsenteret indledningsvist (se 1.1), viser, at aktuelle erfaringer med forskning-praksissamarbejde overvejende kan kategoriseres som henholdsvis lokal planlægning og prioritering (2.3) og som effektevaluering (2.6) – i enkelte tilfælde også som procesevaluering (2.9). Fælles for disse tre områder er, at samarbejdet i høj grad sker på kommunernes betingelser.

For universitetsinstitutionerne kan et samarbejde på de tre ovennævnte områder motiveres af, at forskerne får mulighed for at udvikle og opretholde et kendskab til de analysemetoder, som kommunerne vælger og har brug for, hvilket er en forudsætning for at kunne levere praksisrelevant undervisning. Forskning-praksissamarbejder kan desuden bidrage til at få udviklet værktøjer, som gør det nemmere at udføre lokale, relevante analyser.

Generelt tyder opsamlingen af erfaringerne fra interviewrunden på, at mere samarbejde på områder, hvor der tidligere har været mindre samarbejde (henholdsvis interventionsforskning (2.4) og implementeringsforskning (2.7)), kræver en bedre gensidig forståelse af hinandens spidskompetencer. Det handler om at skabe en samarbejdende organisering, kultur og tradition, hvor der fx i kommunen findes personer, som har arbejdet med forskning, og hvor der på forskningsinstitutioner findes personer med erfaring fra det forebyggende arbejde i praksis.

3. Udviklingspotentialer

Forudsætningerne for at etablere et holdbart og frugtbart samarbejde om forskning mellem kommuner og forskningsinstitutioner og/eller regioner handler om, hvordan samarbejdet organiseres, hvilke kompetencer der er behov for, hvilke informationer og data der gøres tilgængelige, og sidst men ikke mindst om hvordan finansieringen fordeles. På nuværende tidspunkt varierer disse forudsætninger markant fra kommune til kommune og fra region til region.

Baseret på den forudgående faglige analyse af, hvilken type samarbejde der er behov for, peges i dette kapitel på nogle forhold, som vil kunne tænkes at gavne udviklingen af samarbejdet. Kapitlet er ikke skrevet ud fra et krav om, at det skal tage udgangspunkt i, hvordan den aktuelle organisering tager sig ud. De følgende afsnit har i højere grad karakter af visioner frem for konkrete forslag, som uden videre kan tages i brug.

3.1 Mange relevante discipliner

Det fremgår af kapitel 2, at udvikling af folkesundhedsarbejdet kræver kompetencer inden for både sundhedsfaglige og samfundsfaglige discipliner og metodetraditioner. Det bekræfter det måske indlysende, at et samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet ikke alene kan etableres ved kun at ansætte en enkelt forskeruddannet person eller to i en kommune. Dette kan være en udmærket opstart på et samarbejde, men det bør følges op af mere formelle aftaler mellem en forskningsinstitution og kommunen.

Derudover kan regionen udvikle støtte og rådgivning til kommunernes arbejde ved, at regionerne – udover deres kliniske kompetencer (herunder arbejds-, miljø- og socialmedicin) – råder over folkesundhedsvidenskabelige grundkompetencer inden for blandt andet epidemiologi og biostatistik, forebyggelse og sundhedsfremme samt sundhedsøkonomi og sundhedstjenesteforskning. I takt med, at forebyggelse handler mere om strukturelle og tværsektorielle tiltag, herunder økonomiske, sociale, pædagogiske indsatser og fysisk planlægning, bliver behovet for en samarbejdsflade i forhold til universiteterne og andre forskningsinstitutioner bredere. Desuden kan andre kommunale forvaltninger, fx inden for social- og arbejdsmarkedsområdet, skole, miljø og trafik, også have behov for forskningssamarbejde for at øge kvaliteten af indsatserne. Det kan tale for at samle flere af de relevante discipliner institutionelt, således som det i en vis udstrækning allerede er sket ved de store folkesundhedsvidenskabelige institutter i Danmark. Et alternativ kan være en meget tydelig national arbejdsdeling mellem eksisterende forskningsinstitu-

tioner, således at det bliver tydeligt, hvor kommuner og regioner skal henvende sig for at få adgang til de relevante kompetencer.

3.2 Langsigtet etablering af fælles kompetence

I dag varetages udviklings- og forskningsopgaver på området ofte sådan, at det enten er en forskningsinstitution, der udfører forskningsarbejdet med kommunen som relativ passiv partner, eller at det er kommunen, der indkøber konsulenttydelser, fx til at udføre en given evaluering. I ingen af de to alternativer leder samarbejdet til en fælles kompetenceudvikling. Forskeren eller konsulenten forsvinder med den tilegnede viden, og kommunens personale har sjældent fået del i den opbyggede kompetence.

Et samarbejde kan imidlertid også udformes således, at begge parter udvikler en delvis fælles kompetence og får en gensidig forståelse for hinandens perspektiver og kulturer. Internationale erfaringer taler for at satse på et langsigtet forpligtende samarbejde mellem forskere og praktikere. Ved et sådant langsigtet samarbejde bliver de forskere, der er ansat ved universitetet, også bedre i stand til at levere praksisrelevant undervisning i forebyggelse og sundhedsplanlægning, og der bliver bedre forudsætninger for, at der i fællesskab kan etableres de komplicerede samarbejdsstrukturer, som store interventioner kræver. Det kan også være en måde for kommunerne at beholde kvalificeret personale, fordi forskersamarbejde kan give mulighed for en form for kompetenceudvikling, som det ellers kan være svært at få i en kommunal forvaltning. Flere lande, fx Canada, Holland, Storbritannien og Sverige, har folkesundhedsvidenskabelige samarbejdsstrukturer mellem universiteter og regionale sundhedsmyndigheder. Et løbende langsigtet samarbejde er svært at etablere over lange geografiske afstande, og en form for regional struktur kan derfor være praktisk. Mange kommuner er således også gået sammen og har dannet 'klynge-samarbejder', hvor de blandt andet diskuterer sundhedsaftaler og samarbejder om forebyggelse. Disse klynge-samarbejder kan udvides til også at omfatte samarbejde om større forskningsprojekter. Flere alternativer kan tænkes, men det vigtige er nok, at kommunerne i dette samarbejde har meget at vinde ved at samarbejde med forskningsinstitutionerne.

3.3 Kombineret udviklings- og forsknings-samarbejde

I kapitel 2 blev der argumenteret for, at det er vigtigt at tydeliggøre, hvornår en evaluering handler om at analysere lokale kontekstafhængige forhold (2.3, 2.6 og 2.9), og hvornår der er tale om forskning med høje krav til intern og ekstern validitet (2.1, 2.4 og 2.7). Der blev også argumenteret for, at det kan være værdifuldt, at samme partnere udfører samarbejde på begge niveauer.

Kommuner og regioner står ikke mindst i deres sundhedspolitiske arbejde over for voksende krav om at prioritere sundhedsfaglige indsatser på en måde, der giver mest sundhed for pengene og begrænser uligheden mest mulig samtidig med, at de skal sikre, at mennesker mødes med respekt og gives en vis valgfrihed. Der kræves ganske komplekse analyser for at balancere disse mål, og erfaringen fra blandt andet Storbritannien og Sverige er, at hele sundhedsplanlægningen af både behandlende, rehabiliterende og forebyggende indsatser kræver stadig mere kvalificeret analytisk kompetence inden for epidemiologi og sundhedsøkonomi. Arbejdet med at udvikle metoderne til dette og med at uddanne personale til at bruge dem vil vinde ved et samarbejde mellem forskere og praktikere. Forskerne får på deres side, gennem samarbejdet, bedre mulighed for at gennemføre deres forskning via adgang til data og via øget viden om det praktiske arbejde.

På samme måde som kliniske forskere kan have kombinationsstillinger på universiteter og sygehuse, kunne kombinationsstillinger inden for forebyggelse og administration være en interessant mulighed. En model, som ligner det samarbejde, der er mellem sygehuse og forskningsinstitutioner på det kliniske område, kan etableres, hvis regionen bruger eksisterende erfaringer og er bindeled mellem kommuner og forskningsinstitutioner. Samarbejdet vil dog også kunne etableres som et direkte samarbejde med større kommuner eller klynger af kommuner og relevante forskningsinstitutioner. Modeller hvor kommuner, regioner og forskningsinstitutioner samarbejder om både ph.d.-stillinger og enkelte forskningsprojekter, er allerede afprøvet flere steder i landet. Erfaringerne fra disse samarbejder er endnu ikke bredt kendte, og der er fortsat behov for at afprøve og udvikle samarbejdsmodellerne.

3.4 Behov for national koordinering

Som beskrevet i det foregående afsnit er det hensigtsmæssigt, at nogle funktioner er tæt placeret på kommunerne. Andre funktioner ligger dog helt naturligt på det nationale niveau. Tilgængeliggørelse af epidemiologiske data fra nationale registre og standardisering af spørgeskemaundersøgelser til sundhedsprofiler (2.2), er eksempler på opgaver, som det er rationelt at udføre på nationalt niveau. Opdatering om aktuell forskning i risikofaktorer (2.1) og om forebyggende indsatsers effekt (2.5), er også nationale opgaver, som man typisk ikke behøver gentage lokalt eller regionalt. Interventionsstudier (2.4) af strukturelle tiltag på kommunalt niveau kan kræve så store multicenterstudier, at der skal inddrages mange kommuner (måske 40 eller flere). Udgifterne kan også let blive af en så betydelig størrelse, at det kræver aktører og koordinering på nationalt niveau. Et dækkende udbud af kompetencer af relevante sundhedsvidenskabelige og samfundsvidenskabelige discipliner er formentlig svæ-

rere at etablere på regionalt end på nationalt niveau. Til gengæld kan det skabe problemer på grund af lange afstande og mangel på lokalt ejerskab at samle kompetencerne nationalt.

Med udgangspunkt i de ni områder skitseret i kapitel 2, kan man altså konkludere, at nogle af områderne som for eksempel epidemiologisk monitorering og systematiske evidensoversigter (2.2 og 2.5) allerede i dag i nogen grad sker på nationalt niveau, at ætiologisk forskning og interventionsforskning (2.1 og 2.4) sker på universiteterne med et delvis regionalt ansvarsområde, samt at meget planlægning og effekt- og procesevaluering (2.3, 2.6 og 2.9) sker lokalt. Den fordeling er der ikke nødvendigvis grund til at ændre på, men samarbejdet og koordineringen mellem de tre niveauer bør forbedres. Skal vidensgrundlaget for forebyggelse og sundhedsfremme styrkes, kræves forskningsmiljøer af en vis størrelse, som samtidig har forståelse for og kan tilpasse sig kommunernes behov.

3.5 Metoder, data og værktøjer

De fleste forskningsområder er afhængige af investeringer i værktøjer eller databaser, som kan udnyttes af mange forskellige forskningsprojekter – såkaldte *core-facilities*. Forebyggelsesforskning er ingen undtagelse. Der er nogle typer af data og analyseværktøjer som, hvis de udformes på den rette måde, kan være til fælles nytte på tværs af kommuner og regioner, på tværs af videns- og analysetyperne som nævnt i matrixen i kapitel 2 (2.1-2.9), og på tværs af studier af specifikke risikofaktorer og interventionstyper.

Såvel analyser af forebyggende indsatsers effekt som studier af, hvorvidt de bliver implementeret, skal kunne kategoriseres og systematiseres, så det er muligt at sammenligne med tilsvarende indsatser. Selve indsatsen bør, i den udstrækning det er muligt, kunne beskrives i termer af effekt og omkostnings-effektivitet. I implementeringen handler det desuden om, hvem der udfører indsatsen, hvilke målgrupper der nås med indsatsen, samt i hvilken grad indsatsen er blevet implementeret.

Et egentligt værktøj til dokumentation og sammenligning af implementeringsprocesser savnes i dag, og dermed er der naturligvis heller ikke nogen løbende registrering af indsatsen på samme måde som af fx de kliniske indsatser. Et udviklingsarbejde for at etablere dette bør være højt prioriteret.

3.6 Finansiering

Kommunerne afsætter i princippet ikke midler til forskning i deres budgetter. En meget stor del af evalueringerne af de forebyggende indsatser i kommunerne sker, fordi det indgår i kravene ved fordeling af statslige satspuljemidler, inklusive midler fra Forebyggelsesfonden. Der stilles næsten altid krav om en evaluering af både aktiviteter (implementering) og resultater (effekt), og der afsættes typisk omkring 3% af midlerne til evalueringen, som ofte forventes udført af nogen, der er uafhængig af dem, som gennemfører indsatsen. Det skaber, som allerede nævnt, meget sjældent forudsætninger for egentlig interventions- eller implementeringsforskning, som vi har defineret det her. Det er på den anden side også relativt sjældent, at forskningsrådene bevilger midler til interventions- og implementeringsforskning inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Når det sker, er det næsten altid, når interventionen er blevet gennemført med andre midler, og når disse midler har været så rigelige, at der har været afsat penge til kontrolgrupper og før/efter-målinger. Den type af interventionsmidler er normalt så store, at det kræver en finansiering, som kun strategiske forskningsråd, store private fonde, en stor gruppe af kommuner eller regioner kan mobilisere. Dette gælder ikke kun i forhold til finansiering. Det vil under alle omstændigheder kræve et samarbejde mellem flere kommuner og eventuelt regioner, da de enkelte interventioner i de enkelte kommuner oftest ikke har tilstrækkeligt stort antal deltagere til at producere valide forskningsresultater. Når det kræver samarbejde mellem ekstra mange kommuner, vil det oftest være nødvendigt at gennemføre forskningen på nationalt niveau. Når modeller for forskningssamarbejder udvikles, er det vigtigt ikke kun at tænke i kortvarig finansiering fra private fonde til afgrænsede projekter. Der bør udtænkes længerevarende finansieringsformer og opbygges en fælles infrastruktur, som kan skabe muligheder for en omkostningseffektiv forebyggelsesforskning fremover.

Bilag

Bilag 1

Interviewspørgsmål

For at få en bedre forståelse af de muligheder og barrierer, som praksis-forskningssamarbejdet konfronteres med, blev en række uddybende interviews gennemført, heraf nogle som telefoninterviews.

I 25 personlige interviews med repræsentanter for kommuner, forskningsinstitutioner og regioner spurgte vi kommunale repræsentanter om følgende temaer:

Til repræsentanter for kommunerne stillede følgende spørgsmål:

1. Har kommunerne behov for samarbejde med forskning på spørgsmål om evidensgrundlag for effektive forebyggende indsatser?
2. Kan forskningen hjælpe i den kommunale proces fra ”projekter til drift”?
3. Hvordan anskuer du kommunale behov for lokale studier versus mulighed for at deltage i større forskningsprojekter?
4. Lokale sundhedsforhold er afgørende for prioritering, politikformulering og sektorsamarbejde. Er forskningssamarbejdet nyttigt for at gøre sundhedsprofiler relevante for politiske beslutninger?
5. Er det muligt for kommunen at deltage i lodtrækningsforsøg – etisk, politisk, økonomisk?
6. Hvad med implementeringsområdet?
7. Vil der være kommunale person- og kompetenceressourcer til de analytiske opgaver? Ser du samarbejde med forskning som en hjælp til denne proces?
8. Hvordan ser du regionens rolle i dette samarbejde mellem kommunal praksis og forskning om den borgerrettede forebyggelse?
9. Har du nogen holdning til, om samarbejde bedst organiseres som langsigtet og tæt eller som kortsigtet, her-og-nu-løsning af enkeltstående opgaver?
10. Er der praksis-forsknings-erfaringer fra andre sektorer i kommunen (fx med social- og arbejdsmarkedsområdet, skole, trafik m.m.), som forebyggelsesområdet kan lære af?

Til repræsentanter for forskning og regioner drejede det sig om følgende brede spørgsmål:

11. Baseret på at forskning og regioner (sygehuse) har lang erfaring for samarbejde på det kliniske område, hvordan fremstår så muligheder og barrierer ved at udvide dette til den borgerrettede forebyggelse med inddragelse af kommunerne?

Bilag 2

Samarbejdet om forebyggelsesforskning inddrager mange aktører:

Kommunerne har det lovgivningsmæssige ansvar for at udføre det lokale, praktiske, borgerrettede, forebyggende arbejde (Sundhedslovens §119), og et delt ansvar for den patientrettede forebyggelse. Kommunerne forventes desuden at medvirke til forskning (Sundhedslovens §194).

Regionerne har et delt ansvar for den patientrettede forebyggelse (Sundhedslovens §119) og ansvaret for at sikre udviklings- og forskningsarbejde på forebyggelsesområdet (Sundhedslovens §194). De skal rådgive kommunerne i det forebyggende arbejde.

Sundhedsstyrelsen skal følge sundhedsforholdene (Sundhedslovens §213), skal holde sig orienteret om den til enhver tid værende faglige viden på sundhedsområdet og vejlede om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver (Sundhedslovens §214).

Universiteterne (de sundhedsvidenskabelige fakulteter) i København, Odense og Århus har alle et flervidenskabeligt institut for folkesundhedsvidenskab. Forskeruddannelsen udvikles og koordineres af et nationalt forskeruddannelsesprogram i folkesundhedsvidenskab (GRASPH).

Professionshøjskolerne uddanner en meget stor del af dem, som udfører det praktiske forebyggende arbejde i kommuner og regioner. Nogle professionshøjskoler har etableret videnscentre som blandt andet udfører evalueringer på det sociale område og på sundhedsområdet, fx det nystartede Center for Urban Sundhed.

Et antal **private konsulentfirmaer** har stor aktivitet blandt andet inden for evaluering af forebyggende indsatser.

Eksempler på institutioner der beskæftiger sig med forskning på folkesundhedsområdet:

Anvendt Kommunal Forskning (AKF) beskæftiger sig bredt med mange områder af relevans for den offentlige sektor – særlig kommuner og regioner inklusive arbejdsmarked, integration, sociale indsatser, miljø og uddannelse, men også i stigende udstrækning sundhedsrelevant forskning.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) er et selvejende analyseinstitut, som driver forsknings-, formidlings- og rådgivningsvirksomhed for og med det danske sundhedsvæsen inklusive det kommunale sundhedsvæsen.

Det Nationale Center for Arbejdsmiljøforskning (NFA) er forankret i Beskæftigelsesministeriet. NFA bedriver strategisk forskning inden for arbejdsmiljøområdet inklusive metoder for forebyggelse på arbejdspladser.

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) er et uafhængigt forskningscenter under Indenrigs- og Socialministeriet. Forskningen inkluderer social- og beskæftigelsesaspekter af helbred.

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) er et nationalt forskningsinstitut, som forsker i folkesundhed. SIF har nationale forpligtelser og fokuserer på de hidtidige sektorforskningsopgaver og på myndighedsbetjening. SIF blev i 2007 et institut under det sundhedsvidenskabelige fakultet ved Syddansk Universitet.

Statens Serum Institut (SSI) er en statsvirksomhed under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. SSI varetager blandt andet overvågning og rådgivning vedrørende forebyggelse af smitsomme sygdomme og bedriver en omfattende epidemiologisk forskning.

Regionale centre: Region Midtjylland (Center for Folkesundhed) og Region Hovedstaden (Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed) har folkesundhedsvidenskabelig forskning og udviklingsenheder, som fra meget forskellige udgangspositioner har etableret samarbejde med de folkesundhedsvidenskabelige institutter ved universiteterne i henholdsvis Århus og København.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00

sst@sst.dk
www.sst.dk