



Forebyggelse og sundhedsfremme – hvordan bliver vi klogere?

Rapport fra Workshop 24.-25. april 2008, Odense



Egil Boll Hansen

Betina Højgaard

Thomas Bue Bjørner

Jes Søgaard

Dansk Sundhedsinstitut og AKF

September 2008

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF er en selvstændig institution oprettet og delvist finansieret af Det Kommunale Momsfond. AKF har til formål at gennemføre og formidle samfundsforskning af relevans for det offentlige og især for regioner og kommuner.

AKF, Anvendt KommunalForskning

Nyropsgade 37
1602 København V
Telefon: 43 33 34 00
Telefax: 43 33 34 01
Hjemmeside: www.akf.dk
E-mail: akf@akf.dk

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut og Anvendt KommunalForskning 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99
Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-581-8 (elektronisk version)

Design: DSI

Fotos: Copyright © Lars Degnbol

Forord

Der er stærkt fokus på sygdomsforebyggelse i kommunerne, efter at de med kommunalreformen har fået ansvaret for en række forebyggende opgaver og for medfinansiering af sundhedsvæsenet. Der findes utrolig megen viden om sammenhænge mellem en række risikofaktorer og forekomsten af sygdom. Denne viden forpligtiger nærmest til at gøre noget ved risikofaktorerne – men hvordan? Kommunerne savner viden om, hvilke forebyggende indsatser der virker og virker bedst, hvordan indsatserne skal tilrettelægges, og hvordan de sparsomme økonomiske ressourcer udnyttes bedst.

Dette var udgangspunktet for en workshop arrangeret af AKF og DSI med støtte fra Det Kommunale Momsfond. Workshopen blev afholdt i april 2008 med inviterede forskere, praktikere og embedsmænd som deltagere. På workshopen blev følgende spørgsmål belyst:

- ◆ Hvilken type ny viden er der behov for med henblik på at støtte den forebyggende og sundhedsfremmende indsats?
- ◆ Hvordan kan denne vidensopbygning fremmes?
- ◆ Hvordan kan samarbejdet mellem forskere og praktikere forbedres?

I denne rapport beskrives resultaterne fra workshopen i form af de synspunkter og indlæg, der kom fra oplægsholdere og deltagere. AKF og DSI konkluderer ud fra workshoppens resultater, at der er behov for at udvikle en dokumentationspraksis i kommunerne, og at denne praksis bør involvere et systematisk og nationalt koordineret samarbejde mellem aktører og praktikere i kommuner, regioner og stat på den ene side og forskere og forskningsinstitutioner på den anden side. Vi beskriver, hvilke virkemidler der på lokalt og nationalt plan kan indgå i dette samarbejde.

Deltagere på workshopen har haft mulighed for at kommentere rapporten. Det endelige ansvar for rapportens indhold og anbefalinger er dog alene forfatterens.

Det Kommunale Momsfond har støttet workshopen økonomisk.

Jes Søgaard

Direktør, professor

Dansk Sundhedsinstitut

Mette Wier

Direktør, professor

Anvendt KommunalForskning

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
1 Indledning	7
1.1 Baggrund	7
1.2 Formål 7	
1.2.1 Tilvejebringelse af en fremadrettet arbejdsplatform	8
1.3 Workshoppens indhold	8
1.4 Rapportens struktur	8
2 Udfordringer, behov og kriterier i forhold til vidensopbygning	9
2.1 Plenumindlæg	9
2.1.1 Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse – udfordringer og behov set fra en forskers perspektiv	9
2.1.2 Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse – udfordringer og behov set fra en kommunes og en regions synsvinkel.	13
2.1.3 Opponentindlæg og plenumdiskussion	16
2.1.4 Hvordan opbygger vi viden til at drive effektive og relevante offentlige sundhedsordninger?.....	17
2.2 Gruppesession I: Kriterier for vidensopbygning inden for forebyggelse og sundhedsfremme.	19
2.2.1 Hvilken viden vil fremme udviklingen af en effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne?	19
2.2.2 Hvad er god dokumentations- og evalueringspraksis på forebyggelsesområdet?.....	20
2.2.3 Opstilling af minimumskrav til evaluering af en forebyggelsesindsats	21
3 Udfordringer og muligheder for samarbejde mellem forskning og praksis	23
3.1 Plenumindlæg	23
3.1.1 Samarbejde mellem forskning og praksis.....	23
3.1.2 Vidensopbygning og vidensbehov – et kommunalt balkort	25
3.2 Gruppesession II: Behov og forudsætninger for samarbejde mellem forskning og praksis	26
3.2.1 Behovet for samarbejde	27
3.2.2 Hvad hæmmer og fremmer samarbejdet?	28
3.2.3 Udvikling af samarbejdet samt forslag til organiseringer eller strukturer, der kan fremme samarbejdet.....	29
4 Opsamling	31
4.1 Udfordringer og vidensbehov	31
4.2 Samarbejde mellem forskning og praksis.....	32
4.3 Strategi for opbygning af viden om sundhedsfremme og forebyggelse	33
Bilag 1 Deltagere i workshoppen	36
Bilag 2 Program for workshoppen.....	37

Bilag 3 Gruppesession I	40
Bilag 4 Gruppesession II	41

1 Indledning

Torsdag d. 24. april og 25. april 2008 afholdt Dansk Sundhedsinstitut og Anvendt KommunalForskning en workshop med titlen *"Forebyggelse og sundhedsfremme – hvordan bliver vi klogere?"* i Odense. Til stede på workshoppen var en række forskere, praktikere og embedsmænd med stor viden om og erfaring med forebyggelse og sundhedsfremme. Workshoppen havde i alt 47 deltagere (Bilag 1). I denne rapport gengives resultaterne af workshoppen.

1.1 Baggrund

Der er et vældigt fokus på borgerrettet sygdomsforebyggelse i disse år. Det skyldes blandt andet, at ansvaret for forebyggelsesopgaverne er lagt over i kommunalt regi, samt at der er en stigende viden om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdomsforekomst. Denne viden modsvares ikke af en tilsvarende viden om, hvordan man gennem konkrete indsatser kan mindske sygdomsforekomsten i befolkningen. Kommunerne har således på den ene side adgang til stor viden om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdomsforekomst, men på den anden side beskeden og mangelfuld viden om konkrete interventioners virkning. Dét hæmmer udvikling af en effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne og vanskeliggør prioriteringer mellem forskellige interventioner og indsatsområder.

Samtidig er der også fokus på den såkaldte patientrettede sygdomsforebyggelse, dvs. ikke mindst genoptræning, rehabilitering og det nye, man kalder kronikeromsorg. Der er imidlertid også fokus på tertiær forebyggelse, som skal forhindre tilbagefald eller sygdomsforværring. Dette omfatter bl.a. rygestop, fysisk træning, diætvejledning mv. Op mod en tredjedel af den danske befolkning lider af og lever med en kronisk lidelse. Dette har fået sundhedsvæsenet til at erkende et behov for at blive mere 'kronikerorienteret', dvs. mere orienteret mod forløb og koordinering af behandlings- og plejeindsats. Inden for dette område kan man også henregne kommunernes plejeindsats til ældre borgere, hvor en effektiv og veltilrettelagt pleje- og omsorgsindsats formentligt kan forebygge mange såkaldte u hensigtsmæssige indlæggelser, herunder genindlæggelser, dvs. indlæggelser uden lægefaglig indikation (konstateret ex post).

Der synes således at være behov for at få et overblik over, hvor på området der mangler viden. Herunder udvikling af mere pragmatiske forskningsdesigns, som både er realistiske at gennemføre og som samtidig tilvejebringer en tilstrækkelig høj intern validitet til, at virkningsdokumentationen troværdigt kan bruges ude i kommunerne og til politiske prioritering. Endvidere er der behov for at få en eller anden form for afklaring og gerne konsensusdannelse om, hvad der er god dokumentations- og evalueringspraksis på dette område. For den patientrettede forebyggelse synes der ligeledes at være behov for mere sundhedstjeneste forskning om, hvordan man i praksis får samarbejdet på tværs af forskellige sektorer og forskellige faggrupper, herunder borgerne selv, til at fungere – Bermudatrekanten!

1.2 Formål

Formålet med workshoppen er at udvikle pragmatiske strategier for vidensopbygning inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Denne strategi udvikles ved at sætte fokus på:

- ◆ Formulering af konkrete kriterier for fremtidig vidensopbygning inden for forebyggelse og sundhedsfremme.
- ◆ Hensigtsmæssige modeller for samarbejde mellem forskere, praktikere og embedsmænd.

1.2.1 Tilvejebringelse af en fremadrettet arbejdsplatform

Der er således brug for at udvikle en strategi, som retter sig mod de vidensbehov og inddrager de forskningsspørgsmål, der er nævnt ovenfor. Det skal ikke kun være en forskningsstrategi, men en strategi, som skal kunne bruges fremadrettet til udvikling af forebyggelse og sundhedsfremme på kommunalt, regionalt og nationalt plan i Danmark. Vi har kaldt det en fremadrettet arbejdsplatform for det fremtidige arbejde med at systematisere erfaringsopsamlingerne og evalueringerne af forebyggelsesinterventioner i Danmark samtidig og sideløbende med, at de igangsættes i kommunerne. Den afholdte workshop skal derfor ses som et første skridt til udviklingen af en sådan arbejdsplatform.

1.3 Workshoppens indhold

Workshoppen var tematisk opdelt, således at førstedagen omhandlede udfordringer, behov og kriterier i forhold til vidensopbygning inden for forebyggelse og sundhedsfremme, mens temaet for workshoppens anden dag var behovet for og forudsætninger for samarbejdet mellem forskning og praksis i forhold til vidensopbygning om forebyggelse og sundhedsfremme. Detaljeret program fremgår af Bilag 2.

For inspiration til deltagerne blev begge workshopdage indledt med faglige oplæg fra relevante forskere og praktikere på området. Med baggrund i oplæggene indgik deltagerne efterfølgende i strukturerede gruppesessioner. Udgangspunktet for diskussionerne på de to gruppesessioner var nogle på forhånd opstillede spørgsmål omhandlende de to konkrete problemstillinger. Uddelte ark til de to gruppesessioner fremgår af bilag 3 og bilag 4. De centrale resultaterne af diskussionerne på gruppesessionerne blev efterfølgende kort opsamlet ved et plenummøde.

1.4 Rapportens struktur

I kapitel 2 og 3 gives der en afrapportering fra workshoppens første og anden dag. I hvert kapitel er der indledningsvis et kort resume af indlæggene fra plenumoplæggene. Derefter følger en afrapportering af de vigtigste hovedpointer fra gruppesessionerne. Kapitel 4 er et sammenfattende kapitel, der har status af anbefalinger fra deltagerne, uden dog at der er tale om konsensus. Det skal i den forbindelse påpeges, at rapporten har været til kommentering hos deltagerne.

Rapporten afrapporterer kun den viden, der er kommet til udtryk på workshoppen. Der er således ikke foretaget supplerende litteraturstudier mv.

2 Udfordringer, behov og kriterier i forhold til vidensopbygning

Temaet for førstedagen på workshoppen var udfordringer, behov og kriterier i forhold til vidensopbygning inden for forebyggelse og sundhedsfremme.

Vi ved meget om især de epidemiologiske årsagsmekanismer mellem forskellige sygdomme og forskellige risikofaktorer. Der findes ligeledes også megen forskningslitteratur, som synes at bekræfte, at man godt kan ændre sundhedsadfærd, i hvert fald i en given tidsperiode hos store dele af befolkningen, og at dette kan have blivende sundhedseffekter. Derimod synes der ikke at være enighed om, hvor meget man ved om konkrete interventioners virkninger på befolkningens sundhedsadfærd og sundhedstilstand. Denne uenighed kan muligvis tilskrives forskellige fortolkninger af konkrete interventioner. I det kommunale perspektiv kan det for flere KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) vedkommende være vanskeligt at finde konkrete interventioner med dokumenteret virkning i danske, kommunale settings. Generelt er der manglende viden om effekter på lang sigt. I et bredere og internationalt forskningsperspektiv er man måske lidt mere optimistisk, fordi man har læst om succesfulde forebyggende interventioner i Norge, USA eller andre lande. Endvidere er det forskellige forskningsverdner, der skal arbejde samme og opsætte fælles vidensparadigmer. Det er blandt andet disse forskellige perspektiver og erfaringer, vi på workshoppens første dag vil have frem og drøftet indbyrdes.

2.1 Plenumindlæg

Som indledning og inspiration til emnet for workshoppens første dag blev der holdt tre plenumindlæg, hvor professor Torben Jørgensen, sundhedschef Christian Boel og kontorchef Kirsten Vinther-Jensen henholdsvis gav en status i forhold til *Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse – udfordringer og behov* fra en forskers, en kommunes og en regions synsvinkel. De tre indlæg blev efterfulgt af opponentindlæg ved forskningsleder Tine Curtis, lektor Bjarne Ibsen og sundhedschef Jakob Bigum Lundberg samt en plenumdiskussion. Afslutningsvis inden gruppesessionerne var der et indlæg fra doktor David Sloan omhandlende *Evidenskriterier og forskning i praksis* i England.

I de fem følgende afsnit gives en kort præsentation af de centrale budskaber fra de fire plenumoplæg, opponentindlægget og plenumdiskussionen samt gruppesessionerne.

2.1.1 *Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse – udfordringer og behov set fra en forskers perspektiv*

Resume af oplæg ved Professor Torben Jørgensen, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Formålet med oplægget var at give en status over forskning i sundhedsfremme og forebyggelse, samt give bud på, hvor der mangler viden på området. Torben Jørgensen indledte sit oplæg med at problematisere det fremvoksende dogme om, at man ikke ved noget om sundhedsfremme og forebyggelse. Man ved tværtimod rigtigt meget, selvom man selvfølgelig gerne vil have mere viden om forebyggelse. Dogmet kan imidlertid være fremkommet af, at i takt med at der skabes øget viden om et område (tændes flere og flere lys), vil man også blive bekendt om mere og mere, man ikke ved noget om (det mørke område uden om lysene bliver større og større).

De otte folkesygdomme

Fra politisk hold har der været særlig fokus på følgende otte folkesygdomme:

1. Hjerter-kar-sygdomme
2. Type 2 diabetes
3. KOL
4. Kræftsygdomme
5. Osteoporose
6. Muskel-skelet-sygdomme
7. Allergi og astma
8. Psykisk sygdom

De første tre sygdomsgrupper ved man meget om og har et godt kendskab til risikofaktorerne, der er forbundet til dem. For sygdommene fire til seks har man nogen kendskab til risikofaktorerne, mens kendskabet til relevante risikofaktorer er mere begrænset ved de sidste 2 sygdomsgrupper. At viden om risikofaktorer ikke altid er nok til at forebygge de sygdomme, som fylder meget i den politiske dagsorden, afspejles fx ved, at trods viden om at der ved afskaffelse af rygning i Danmark kun ville være meget få tilfælde af KOL, lungekræft og strubekræft om året, er det endnu ikke lykkedes at udrydde rygning i Danmark.

De tre forebyggelsesstrategier

Der er tre typer af forebyggelsesstrategier:

1. En individorienteret strategi, hvor man sætter ind over for individer med kendte risikofaktorer (fx rygere)
2. En *massestrategi* i form af fx kampagner
3. En *strukturel strategi*, bestående af fx lovgivning, styring og regulering

En kombineret strategi af de tre former er efter Torben Jørgensens mening vejen frem på forebyggelsesområdet.

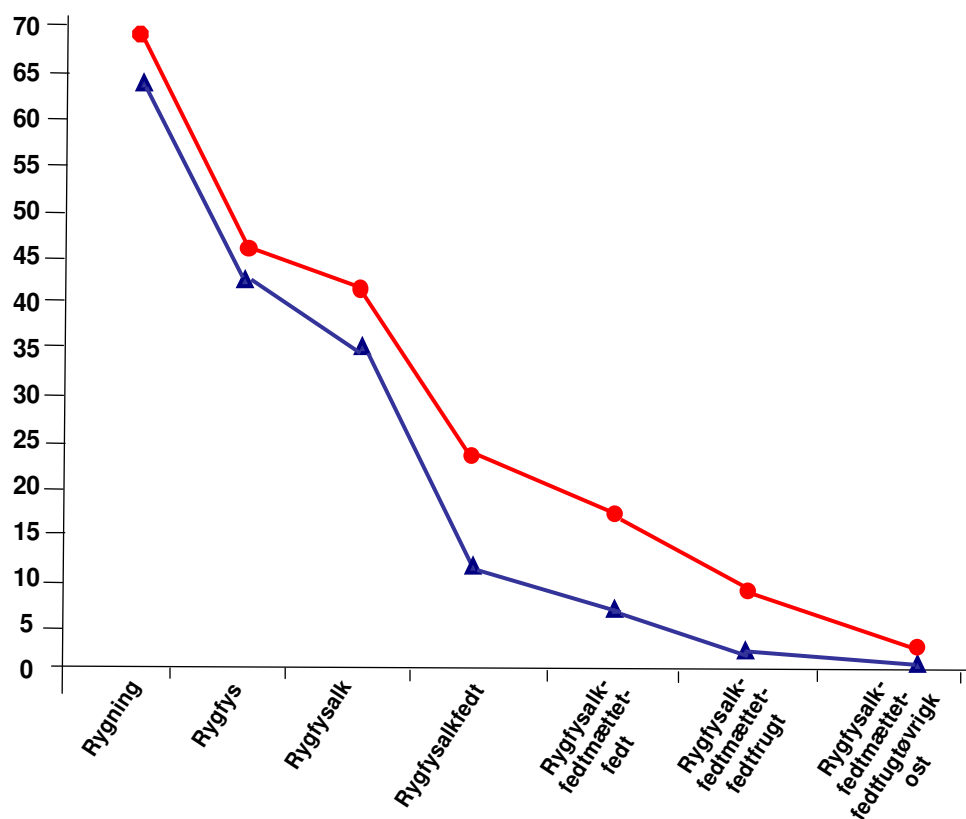
I forhold til den individorienterede strategi har man meget viden om risikofaktorer. Forskningen på området startede efter Anden Verdenskrig med talrige epidemiologiske studier. Siden er store studier blevet udført, hvorfor vi har meget viden om forebyggelse og risikofaktorer på individniveau. Som et eksempel er der over 100 studier tilgængelige i den internationale litteratur om effekterne af at tale livsstil med folk.

Kortvarige interventioner har formentlig ikke langvarig effekt på livsstil og biomarkører. I stedet skal man arbejde med længerevarende gentagende interventioner, som kan have effekt på både livsstil og biomarkører. Det er derfor vigtigt for kommunerne at få så mange borgere med som muligt og opretholde interventionen over længere tid, hvis man ønsker effekt. At behovet for at forebygge er stort, understreges ved, at blot 3-4 % af kvinderne og 1 % af mændene i vestegnskommunerne efterlever alle Sundhedsstyrelsen anbefalinger angående rygning, fysisk aktivitet, alkohol og sund kost (*Figur 1*). Hvorved den individorienteret strategi er en temmelig uoverskuelig affære at starte med, når det drejer sig om så stor en andel af befolkningen. Figur 1 viser trinvis, hvor mange af de undersøgte borger der efterlever anbefalingerne om: 1) rygning, 2) rygning og fysisk aktivitet, 3)

rygning, fysisk aktivitet og alkohol, 4) rygning, fysisk aktivitet, alkohol og indholdet af fedt i kosten, 5) rygning, fysisk aktivitet, alkohol, indholdet af fedt og mættede fedt i kosten, 6) rygning, fysisk aktivitet, alkohol, indholdet af fedt og mættede fedt i kosten samt indtaget af frugt og grønt 7) rygning, fysisk aktivitet, alkohol, indholdet af fedt og mættede fedt i kosten, indtaget af frugt og grønt samt øvrige kostråd. Det fremgår af figuren, at mændene har sværere ved at leve op til anbefalingerne end kvinderne.

Figur 1 Populationsbaseret udtræk af 6.784 30-60årige mænd og kvinder undersøgt i 1999-2001 ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (Inter99 undersøgelsen). (Kvinder: Rød; Mænd: Blå)

Andel, der efterlever anbefalinger om rygning, fysisk aktivitet, alkohol og sund kost (år 2000)



Der er en del viden om effekten af massekampagner. Meget tyder på, at befolkningens vidensniveau hæves ved massestrategier. Massestrategier i form af fx oplysningskampagner kan skabe social ulighed i sundhed, da ikke alle efterlever råd i samme grad. Endvidere skal man være opmærksom på, at oplysningskampagner og sundhedsinformation kan være forvirrende, hvorfor man skal være varsom i kommunikationen, jf. Figur 2.

I den strukturelt orienterede forebyggelsesstrategi handler det om at gøre de rigtige valg til de nemme valg. Torben Jørgensen påpegede herefter, at vi fra regulering af trafik har lært, at bøder og straf virker præventivt. Det samme ses nu i forbindelse med rygeregulering, hvor man fx i USA oplever store fald i antallet af blodpropper i hjertet. Effekter, som langt overgår det, man kan opnå ved individuel forebyggelse. Af dette kan man lære, at forbud kan være effektive, og de rammer bredt, hvorved de mindsker den sociale ulighed, som ellers kan være konsekvenser af andre typer af

forebyggelsesstrategier. Det samme kunne man gøre ved andre typer af regulering, som fx prissætning af fødevarer, selvom viden her ikke er fuldstændig. Dog ved man, at man kan påvirke folks alkohol og tobaksforbrug gennem prissætning, så meget taler for effekter på fødevarerområdet.

Figur 2 Information om sundhed kan være forvirrende. (kilde: Politiken d. 4. april 2008)

ATS
AT TÆNKE SIG



OBS

Oplysning til Borgerne om
Solgryn

En forsker advarede i går klokken 8.34 om, at det kan være farligt at spise havregryn. Klokken 11.20 meddelte en anden forsker, at havregryn ikke er spor farlige. På denne baggrund opfordrer Sundhedsforstyrrelsen nu alle, der har spist havregryn i det tidsrum, hvor de var farlige, til straks at søge læge.

Strategi – fortid og fremtid?

Den hidtidige forebyggelsesstrategi har primært bestået af massekampagner med fokus på individuelt ansvar. Det er de to ting, som beviseligt ikke har megen effekt, mens regulering ikke har været så udbredt. Hvis man skal videre herfra, skal man ifølge Torben Jørgensen øge den reguleringsbaserede indsats.

Torben Jørgensen påpegede, at der mangler bindeled mellem forskningen og praksis, og pegede på regionerne og kommunerne som sådanne bindeled ved at skabe rammer til at knytte forskning til virkelighed og praksis. Dette forudsætter imidlertid stillinger i regioner og kommuner til at udfylde disse funktioner. Kvalificeret arbejdskraft er til rådighed, men stillingerne skal oprettes. Endvidere kan der være lokal forskningssupport, og en ide kunne være at oprette minimum en forskningsenhed per region, og på sigt også i de større kommuner. Endvidere skal man udvikle nye evalueringsdesign, som kan bruges af både forskning og af kommuner til at se på de forebyggende aktiviteter, som er blevet udfoldet.

Torben Jørgensen afsluttede sit oplæg med at opfordre kommuner, regioner og staten til fx at håndhæve rygeforbuddet i de offentlige institutioner og generelt overveje, at lovgivning kan være et effektivt værktøj. Endvidere skal man benytte kampagner til at forklare borgerne, hvad man gør og hvorfor.

Endeligt gav Torben Jørgensen sit bud på forebyggelsens 10 foreløbige bud (Figur 3).

Figur 3 Torben Jørgensens forslag på forebyggelsens 10 bud

- Et alvorligt sundhedsproblem
- Risikofaktorerne er sandsynliggjort
- Effekten af selve interventionen er dokumenteret
- En permanent proces
- Acceptabelt for borgerne
- Den primære indsats skal være strukturel
- Faciliteter skal være til stede
- Effekten skal monitoreres
- Løbende forskning
- Omkostninger i rimelig balance over for effekt

2.1.2 Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse – udfordringer og behov set fra en kommunes og en regions synsvinkel.

Resume af oplæg ved Sundhedschef Christian Boel, Favrskov Kommune.

Christian Boel indledte sit oplæg med at sige, at han fornemmer en stor entusiasme omkring forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne, samt en politisk velvilje og opbakning. Dette er et godt udgangspunkt. På den lange bane er udfordringen dog, at sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne skal baseres på fakta, ikke på enkeltstående solstrålehistorier. Kun herved sikres et vedvarende politisk engagement. Over for politikerne er det nødvendigt med gode argumenter, dvs. hvordan får man mest sundhed for pengene, understregede han.

Kommunerne har jævnfør sundhedsloven visse forpligtigelser i forhold til forskningsarbejdet, idet "kommunalbestyrelsen skal medvirke til udviklings- og forskningsarbejde, således at ydelser efter denne lov samt uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau" (sundhedsloven § 194, stk. 2). Der er her brug for viden som input til policy-processer, planlægning af interventioner, implementering og monitorering/evaluering.

Der er generelt et ideal om, at viden helst skal være forskningsbaseret, og kravet om evidens er kommet for at blive, også i kommunerne. Christian Boel gav et par eksempler herpå:

- ◆ Kommunerne sætter eksplicit fokus på anvendelse af evidens i sundhedspolitikkerne.¹ Sundhedsprofilerne er her et godt udgangspunkt.
- ◆ Ca. 2/3 af de danske kommuner har fået udarbejdet en sundhedsprofil indenfor de sidste to år.
- ◆ Undersøgelse viser bl.a., at 85% af sundhedscheferne vurderer, at der i høj grad er behov for anvendelse af evidens², men arbejder ikke altid ud fra det (kun cirka 50% svarede at de i høj grad anvender evidens).
- ◆ 54 kommuner har tilsluttet sig Sund By Netværket, inkl. forpligtelse til at arbejde med evalueringer og kvalitetssikring både lokalt og i netværket.

¹ De kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning, oktober 2007. Aarestrup A.K., Due T.D. og Kamper-Jørgensen F.

² Evidens i kommunal forebyggelse. En undersøgelse af evidensanvendelse i det kommunale forebyggelsesarbejde, 2007. Larsen M. Speciale i Folkesundhedsvidenskab.

Kommunerne er altså godt i gang med evidensbaseret sundhedsfremme og forebyggelsesarbejde, og de understøttes desuden af det nationale niveau, bl.a. gennem de mange nationale publikationer fra Sundhedsstyrelsen, KL, Statens Institut for Folkesundhed, Sund By Netværket m.fl. Christian Boel fremhævede her publikationen fra Sund By Netværket om den gode kommunale model i forhold til tobaksforebyggelse med konkrete anvisninger.

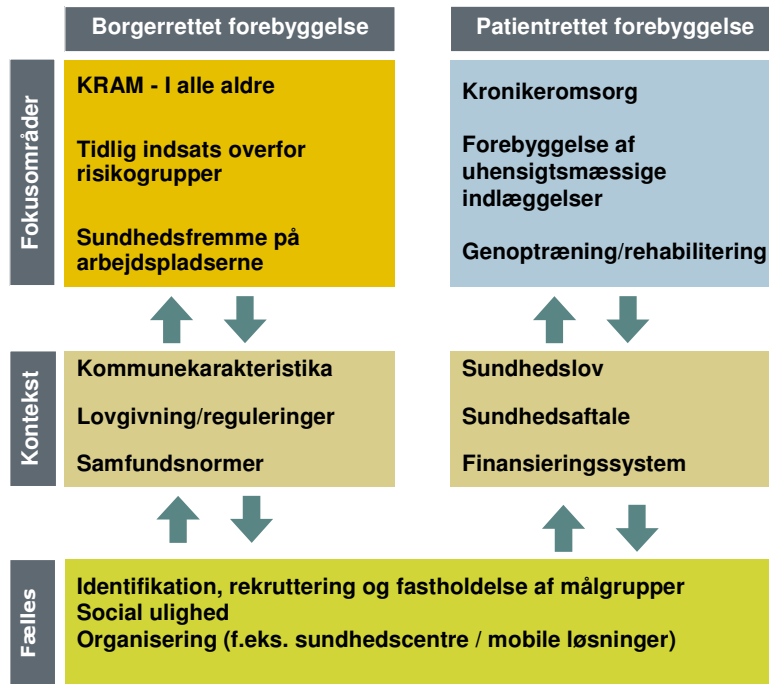
Christian Boel stillede herefter sig selv følgende spørgsmål: "Gør kommunerne det, de siger, de gør?". - Evidens og faglig rationalitet er et input blandt flere rationaler af hensyn, der indgår i beslutningsprocesserne. Andre vinkler er borgeren, den faglige, den administrative, fx det økonomiske aspekt, eller den politiske vinkel. Når det gælder den politiske vinkel kan der være diskrepans ved prioritering af ressourcer mellem indsatser med en langsigtet effekt og med en politisk kortsigtet gevinst. Forskning tager ofte 3-4 år, mens 1-2 år er lang tid for en offentlig forvaltning. En anden overvejelse er, om kommunerne gør nok brug af den store mængde eksisterende viden, og om "evidensjunglen" kan gennemskues. Der kan være nogle, som forfalder til den nemme Google-løsning og desuden oplever stor begrebsforvirring. Endvidere skal der ses på overførbare af resultaterne: Kan resultaterne omsættes til fx Favrskovs forhold?

Kommunerne har forskellige forudsætninger for at bidrage til forsknings(sam)arbejdet. Dels er der variationer i kommunernes analysekapacitet, dels kan kommunerne bidrage til forskning på flere måder, bl.a.: Som opdragsgiver/medfinansiering, ved at stille målgrupper, aktiviteter, ressourcer, data mv. til rådighed og ved opkvalificering af medarbejdere. Endvidere er kommunerne en attraktiv partner – laboratorium – for forskerne. Christian Boel fremhævede i den forbindelse, at der er forskellige udfordringer og barrierer i det praktiske samarbejde om forskning i forhold til: Etske udfordringer, finansiering, fælles forståelse, ejerskab af data, vidensoverførsel, tidsperspektivet og leveringssikkerhed.

For Favrskov Kommunes vedkomne er der forsøgt udarbejdet en frivillig aftale omkring forskning og udvikling i forbindelse med forhandlingerne om sundhedsaftaler mellem region og kommuner. Det har imidlertid vist sig vanskeligt at lave en fælles forpligtelse, da der er enighed om målet, men ikke om midlerne. Viljen er der, men en barriere er bl.a. knappe ressourcer. Det regionale samarbejde blev også fremhævet: Et godt samarbejde med Center for Folkesundhed (bidrager med forskningsmæssig viden i styregrupper, rådgivningsydelser til kommunale projekter, der er gennemført sundhedsprofiler). Endvidere foreligger der en samarbejdsaftale med Region Midtjylland om et DSI-projekt – projektet er defineret og sat i gang.

I Favrskov Kommune er fokus på KRAM-faktorerne. Kommunen har dog også formuleret andre prioriteringsområder. Christian Boel viste her en model over, hvor der er brug for mere viden i Favrskov Kommune, Figur 4. Han påpegede i den forbindelse, at individrettede indsatser er effektive, men også ofte meget ressourcekrævende. Det er en udfordring, og der må derfor prioriteres. Patientrettet forebyggelse vejer tungt i kommunens udgifter/arbejde. Der er bl.a. derfor brug for sundhedstjenesteforskning, hvor konteksten i form af sundhedslov, sundhedsaftaler og samarbejdsaftaler samt finansieringssystem skal medtages. De fælles udfordringer som social ulighed og organisering er noget af det, der skal fokus på. Kommuner bliver her nødt til at tænke tværgående.

Figur 4 Model, over hvor der er brug for mere viden i Favrskov kommune



Afslutningsvis gav Christian Boel følgende bud på, hvordan vi kommer videre:

- ◆ Fremme dialogen ("brobygning") mellem praktikere og videnproducenter
- ◆ Understøtte partnerskaber
- ◆ Kapacitetsopbygning (kompetenceudvikling og værktøjer, fx mini-MTV for kommunerne)
- ◆ Effektiv formidling af forskningsresultater (inkl. internationale erfaringer m. relevans for danske forhold)
- ◆ Bredspektret forskningsstrategi med fokus på:
 - En bred vifte af indsatsområder
 - Forskellige virkemidler (strukturelle tiltag/konkrete interventioner mv.)
 - Organisering og økonomi. Tilpasning til det nye set-up i kommunerne. Alle skal ikke opfinde den dybe tallerken.
- ◆ Samarbejde og koordinering mellem forskningsinstitutionerne og opdragsgiverne
 - Systematisk afdækning af vidensbehov på tværs af sektorer/virkemidler
 - Arbejdsdeling, der sikrer, at alle relevante områder belyses
 - Mindske overlap/overophedning. Det er fint med forskning, men det er samtidig en stor belastning at deltage i forskning i forhold til at skaffe data mm.

Resume af oplæg ved kontorchef Kirsten Vinther-Jensen, Sundhedsfremme og Forebyggelse Århus. Center for folkesundhed, Region Midtjylland.

Kirsten Vinther-Jensen redegjorde i sit oplæg for regionernes arbejdsopgaver i forhold til forebyggelsesområdet, og herunder hvilke udfordringer der er forbundet med dette arbejde, og hvor der er behov for øget viden.

Helt overordnet er der ifølge Sundhedsloven en del "skal-opgaver" i regionerne omhandlende den patientrettede forebyggelse. Herudover findes nogle "kan-opgaver", som prioriteres forskelligt i regionerne. Et særkende i regionen er, at forskning, praksis og det politisk/administrative system skal hænge sammen, hvilket udgør en stor udfordring. En af udfordringerne ved samarbejde mellem forsker og praktiker er, at man går efter forskellige mål, tidsperspektiver m.m., når man arbejder med praksis, i forhold til når man arbejder med forskning. Fx er der nogle forventninger om og krav til, at praksis skal være forandringsrettet og gå relativt hurtigt, hvilket kan skabe problemer i samarbejdet med forskere, der ofte har en noget længere tidshorisont for deres projektet. Endvidere er der en del udfordringer i forhold til koordineringen mellem almen praksis, hospitalerne og kommunerne. Udfordringen består her i at få forskellige kulturer og interesser til at arbejde sammen.

I forhold til videnshuller og behovet for øget viden blev der efterlyst viden om:

- ◆ Implementering og udvikling af interventioner, herunder viden om processerne og produkterne. Fx hvordan organiseres indsatserne bedst, hvilke kompetencer og kvalifikationer skal medarbejderne have, samt hvordan sikres et godt samarbejde på tværs af forvaltningerne?
- ◆ Sundhedsfremme generelt, især mangel på forskningsmæssig fokus på sundhedsfremme. Forebyggelse er det område, der generelt fokuseres på, hvilket formentlig skyldes, at det er svært at måle på indikatorer for sundhedsfremme, mens det er nemmere at forske inden for forebyggelse. Forskerne bør derfor have større fokus på sundhedsfremmeforskning.
- ◆ Etniske minoriteters, børns og unges sundhed.
- ◆ Socialt differentierede tilbud: Skal alle have samme type generelle tilbud, eller skal der udarbejdes helt specielle forskellige tilbud?
- ◆ Befolkningens sundhedstilstand og monitorering af udvikling.

Sidstnævnte punkt er der taget hul på ved udarbejdelse af kommunale og regionale sundhedsprofiler. Kirsten Vinther-Jensen oplever her, at sundhedsprofilerne har været en døråbner til kommunerne og til regionerne. Foruden ovenstående indsatsområder er der behov for generel viden om, hvad der virker inden for forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, og hvordan det virker. Afslutningsvis advarede Kirsten Vinther-Jensen mod faren for 'at smide barnet ud med badevandet', hvis det aktuelle fokus på strukturel forebyggelse betyder et pludselig skift i prioriteringer. Det er et både og. Der blev opfordret til, at de ting, der er sat i gang i forhold til KRAM-faktorerne, følges helt til dørs med erfaringsopsamling og evaluering.

2.1.3 Opponentindlæg og plenumdiskussion

Opponentindlæg ved forskningsleder Tine Curtis, lektor Bjarne Ibsen og sundhedschef Jakob Bigum Lundberg.

Når "økonomidrengene kommer rendende i en budget-tid" dannede omdrejningspunktet for Jakob Bigum Lundbergs opponentindlæg. Hans erfaringer er, at forebyggelse og sundhedsfremme er et *kan-område*, og derfor typisk et område, der kommer under pres, når økonomien i kommunen ses igennem. Herudover stillede Jakob Bigum Lund et par kritiske spørgsmål til sundhedsprofiler. Hvilken effekt har de fx haft? Hvilke ændringer har de medført? Har borgerne mærket en bedre sundhedstilstand? Der er ingen grund til at gå efter indsats uden effekt, da kommunernes brug af

penge måles og vejes. Hvilken form for sundhed får kommunerne af sundhedsprofilerne. Hvilken effekt har de haft i Region Midt?

Bjarne Ibsen fremhævede, at der er for ensidig fokus på effekt og for lidt opmærksomhed på hvorfor, ting lykkes eller ikke lykkes. Sundhedsforskning er enormt god til at måle på de *afhængige* variable, fx biomarkører, som giver gode muligheder for at være præcise, men man er ikke god til at forklare de ting, der lykkes, og hvorfor de lykkes. For det andet, er der for stor afstand mellem videnskabelige idealer og kommunal virkelighed. Der er ikke penge til fx evaluering. Det skal vi gøre noget ved, i stedet for at råbe ad hinanden. Herudover påpegede Bjarne Ibsen at alt for mange af de ting, man gør i kommunerne, er alt for afgrænsede. Man skal i stedet tænke i helhed og sammenhænge. Det er vigtigt ikke kun at sætte ind et sted. Der bør i fremtiden være større fokus på evaluering og undersøgelse af, hvordan tiltag optimeres, fx i forhold til rekruttering, fastholdelse og forbedring. Der skal være større tværgående initiativer på tværs af kommunerne, og her kan regionerne spille en rolle. Sidst men ikke mindst bør der være et tættere samarbejde mellem sundhed, medicin og samfundsvidenskab, således at der foregår en parallel forskning.

Tine Curtis efterlyste i sit oplæg mere forskning omkring implementering for fx at synliggøre barrierer for deltagelse, samt mere åbenhed i forhold til, hvad der ikke virker. Hun påpegede endvidere, at der er mange forskellige parter, der skal arbejde sammen, og der her er mange kulturforskelle. Der er begyndt at blive talt et fælles sprog, men der er stadig mange forskelle inden for de forskellige sektorer og institutioner. Praxis og forskning er forskellige: Men der bygges bro, og forskere og praktikere snakker nu mere sammen, understregede Tine Curtis. Endvidere skal man vide mere om, hvordan viden spredes, og hvordan der sikres adgang til viden.

Efter opponentindlæggene var der mulighed for at komme med spørgsmål og kommentarer fra salen. Her blev det blandt andet foreslået, at der blev udarbejdet et 'fiasko-katalog'. Et katalog, hvor der skelnes mellem, om noget ikke virker, eller om det virker. Herved kan man undgå at gøre de samme fejltagelser rundt om i kommunerne. Forskere og praktikere kunne hjælpes ad om at udarbejde kataloget. Det blev ligeledes påpeget fra salen, at puljetyranniet gør det svært at opstille og gennemføre langsigtede mål. Endvidere blev det pointeret, at der er meget fokus på det at spare penge, men at det må ikke være dét, der er argumentet for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

2.1.4 Hvordan opbygger vi viden til at drive effektive og relevante offentlige sundhedsordninger?

Resume af oplæg ved Dr. David Sloan, medlem af the Public Health Interventions Advisory Committee (PHIAC) at National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), UK.

Det britiske sundhedsvæsen bygger på en statslig model, hvor National Health Service (NHS) har ansvaret for sygehuse, almen praksis og visse dele af plejesektoren. Der er hertil knyttet et uafhængigt videnscenter (NICE), som har til opgave at udforme retningslinjer for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling af sygdom. PHIAC er en del af denne virksomhed.

David Sloan redegjorde i sit oplæg for erfaringer med at udarbejde vejledninger til specifikke indsatser for folkesundheden i UK. Folkesundhed har været en del af NICE's område i to år, og der fremstilles to typer af guides.

- ◆ Programme guidance, som er brede strategiske aktiviteter til sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til et specifikt emne eller befolkningsgruppe. De tager 18 måneder at producere.
- ◆ Public Health Interventions guidance. Her udarbejdes anbefalinger om specifikke interventioner, som typisk udføres af lokale sundhedsorganer, kommuner eller andet frontliniepersonale. Fx

interventioner for at reducere misbrugsproblemer blandt sårbare unge. De tager et år at producere.

Enhver kan foreslå et emne, men emnerne udvælges af et panel ud fra relevans og vigtighed. PHIAAC modtager, overvejer og fortolker evidens om effektivitet om omkostningseffektivitet i offentlige sundhedsinterventioner og udvikler vejledninger for NHS, kommuner og det brede offentlige sundhedsvæsen. Arbejdet med at udarbejde vejledninger om folkesundhed har arvet processer og metoder, der egentlig er designet til kliniske interventioner og sundhedsteknologier.

Produktionen af vejledninger følger følgende proces:

1. Et emne foreslås
2. Afgrænsning og definition af spørgsmål
3. En ekstern akademisk partner gennemgår evidensen
4. Status for evidens
5. Modifikationer på evidensen gennem komiteens diskussioner
6. Udkast til vejledning til konsultation
7. Konsultationer med interessenter på forskellige niveauer (tre måneder)
8. Endelig vejledning og oversigt

Der knytter sig en række udfordringer til arbejdet med at udarbejde vejledninger:

1. Evidensgrundlaget

Hvad udgør evidensen i forhold til folkesundhed? Interventioner i forhold til folkesundhed er komplekse og indeholder flere ting. Spørgsmål som hvordan, hvor, til hvem og fra hvem og om mulighed for implementering er ofte lige så vigtige som virkninger. Forsøg kan ikke alene besvare alle disse spørgsmål. Virkninger af en indsats er vigtige at få belyst, og randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) er bedst til at sikre intern validitet, mens ekstern validitet måske er lige så godt eller bedre analyseret gennem kvalitative metoder. Der er imidlertid begrænsninger i forhold til forsøg. Der er ikke nok forsøg med interventioner i forhold til folkesundhed, de kan ikke besvare alle ønskelige spørgsmål, og de siger kun lidt om den eksterne validitet. De behandler sjældent emner vedrørende lighed i sundhed, og overførelse fra forskning til praksis er ofte problematisk. Man skal blive bedre til at se kvaliteterne i andre typer evidens end fra RCT. Det giver problemer at sammenstille resultater fra undersøgelser, hvor der har været anvendt forskellige metoder, men sammenstilling på tværs af metoder skaber mulighed for større sammenhængende indsigter, som kan anvendes, når der skal udformes vejledninger. Overførsel af undersøgelser til praksis er altid et vigtigt emne at forholde sig til.

2. Sundhedsøkonomiske emner

Der mangler viden om økonomiske konsekvenser af interventioner. Det er specielt vanskeligt at vurdere omkostninger i forhold til forskellige sociale grupper, og omkostningseffektiviteten vil ofte variere mellem forskellige sociale grupper.

3. Vurderinger

Vurderinger er lige så vigtige som alt det øvrige. Vurderinger og valg forekommer i alle stadier af processen, og de bygger på antagne eller eksplicite værdier. PHIAAC-komiteen udgøres af 30 personer med mange forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, der alle forventes at yde højt kvalificerede bidrag i et relativt neutralt perspektiv. Der kan være store modsætninger i komiteen, og det kan

resultere i vage formuleringer af retningslinjer. Konsultationer med interessenter ligesom gennemsigtighed er et vigtigt led i forskellige stadier i processen.

Konklusioner og fremtiden

- ◆ Progressionen fra evidens til vejledning er ikke lineær. Der er brug for et mellemled til transformationen, og ved at bruge mange hjerner fra mange forskellige positioner er det håbet at kunne tilføje noget mere til evidensen uden at gøre det til ren common sense.
- ◆ Der er forskel på kliniske vejledninger og vejledninger i forhold til folkesundhed. På det kliniske område er det obligatorisk at følge vejledningerne efter tre måneder, men ikke inden for folkesundhed.
- ◆ Ved udarbejdelse af fremtidige vejledninger vil man bestrebe sig på at fange et mere pluralistisk udvalg af evidens bl.a. evidens om implementering og ikke kun evidens fra randomiserede kontrollerede forsøg.
- ◆ Der er brug for at udvikle en ramme til at vurdere kvalitet på tværs af forskningsdesign.
- ◆ Det er vigtigt at være eksplicit om antagelser og vurderinger, som indgår i vejledningerne.

PHIAC er afhængige af at gøre sine vejledninger overbevisende. De prøver at hjælpe til med implementering af vejledningerne ved at have konsulenter, der rejser rundt og fortæller om deres eksistens og deres iværksættelse.

Sloan konkluderede, at der alt i alt er mange problemer forbundet med at udarbejde vejledninger om interventioner i forhold til folkesundheden. Hans udgangsreplik var følgende: "Jeg er overbevist om, at det er en kunstart og common sense – og ikke i helt samme omfang videnskaben – der er den intellektuelle udfordring"

2.2 Gruppesession I: Kriterier for vidensopbygning inden for forebyggelse og sundhedsfremme

Formålet med denne gruppesession var at formulere kriterier for, hvad der er god dokumentations- og evalueringspraksis inden for forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Herunder opstilling af minimumskrav til indholdet i forskellige typer af evalueringer. I det følgende gennemgås hovedsynspunkter fra diskussionerne under gruppesessionerne.

2.2.1 Hvilken viden vil fremme udviklingen af en effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne?

Alle grupperne var enige om, at der er behov for yderligere studier inden for de nuværende videnshuller på området. Følgende videnshuller blev nævnt:

- ◆ Der er videnshuller i forhold til visse risikofaktorer. Nogle er godt kortlagt fx tobaksrygning, mens man kender mindre til andre.
- ◆ Der mangler viden om, hvordan man effektivt forebygger i forhold til velkendte risikofaktorer, og hvordan man får folk til at ændre adfærd?
- ◆ Der mangler viden om implementeringsprocesser, fx hvad fremmer eller hæmmer igangsættelse af indsatser, hvem organiserer tiltagene, og hvordan implementeres de?
- ◆ Der mangler viden om, borgenes holdning og mening til sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, fx hvad er motiverende for borgerne, hvordan rekrutteres de og fastholdes?
- ◆ Der mangler viden om hvordan kommunerne indretter deres organisation mest hensigtsmæssigt?

Foruden ønsket om øget viden om risikofaktorer og de sundhedsmæssige effekter af sundhedsfremmeinterventioner, efterlyses der viden om, hvordan man bedst implementerer og forankrer sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser i kommunerne. En sundhedsindsats er ofte meget lidt sundhed og i stedet meget organisationshåndtering og virkemiddelhåndtering. Der efterspørges således viden om, hvordan kommunerne indretter deres organisation mest hensigtsmæssigt, fx hvilke fagligheder, hvilket mandskab og kompetencer skal der være til stede for at kunne løfte opgaven bedst muligt, og skal det være en matrix-organisation eller en selvstændig forvaltning? Hvordan tænkes sundheds- og socialpolitik sammen? Der mangler her viden om, hvordan man kan arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af forvaltninger i en kommune, dels i selve forvaltningen og dels helt ud hos de praktiserende i forvaltningens område, fx hos læreren. Her mangler også viden om, hvordan man når ud til diverse subkulturer og – populationer.

Forebyggelsesområdet har tidligere været kendetegnet ved at være meget projektorienteret. Der mangler således viden om, hvordan kommunerne skaber sammenhæng mellem de enkelte projekter. Herunder efterspørges der mere viden om koordinerende indsatser, hvor der i stedet for at arbejde med uafhængige individuelle projekter arbejdes med programmer. Heri ligger der også et ønske om at bevæge sig væk fra kun at koncentrere forebyggelsesindsatsen omkring KRAM-faktorer, og i stedet begynde at se forebyggelsesarbejdet i et bredere perspektiv. Herudover mangler der viden om det bagvedliggende vidensfelt, fx hvad borgeren forstår som det gode liv? Uden viden om holdninger og meninger er det svært at flytte holdninger og adfærd.

Forebyggelse og sundhedsfremme er et tværfagligt område. Der er således mange forskellige videnstyper og fagligheder (sundheds- og samfundsvidenskabeligt), som skal søge at samarbejde. Der blev udtrykt behov for at fremme videnspluralisme og flerfaglighed på forebyggelsesområdet, så man ikke lader sig tyrannisere af enkelte begreber/paradigmer. Der efterspørges således mere tværfaglig forskning om alt fra selve effekterne af interventionerne, over de processer, der er afgørende for, at de virker eller ikke virker, dvs. behov for både kvantitativ og kvalitativ forskning. Ligeledes efterspørges der et fællessprog, idet forskellene skaber misforståelser i forskellige sammenhæng pga. manglende gensidig og ekstern forståelse.

Herudover mangler vi vidensstrukturer – lokalt, regionalt, nationalt og internationalt. På det lokale plan efterspørges viden om, hvordan ting føres ud i praksis – operationel viden – fx oversættelser af evidensstudier til praktiske og konkrete råd om sundhedsindsatser. På regionalt og nationalt plan har man behov for en vidensbank til at samle og systematisere erfaringer samt koordinere indsatser. I nogle sammenhænge er Danmark for lille, hvorfor det foreslås, at man også systematisk samarbejder med internationale partnere som fx NICE.

2.2.2 Hvad er god dokumentations- og evalueringspraksis på forebyggelsesområdet?

Der var generelt enighed om, at kommunerne skal etablere en tradition for at dokumentere forebyggelsesindsatsen systematisk. Der var ligeledes enighed om, at en grundig *planlægningsbeskrivelse, systematisk beskrivelse af indsats, proces og implementering* samt en *proces-, organisations- og effektanalyse* alle er vigtige delelementer i en god evaluering. Omfanget af de enkelte delelementer vil imidlertid variere alt efter type af projekt, og der skal her være plads til brug af forskellige evaluerings- og studietyper. Man kan således ikke foreskrive bestemte designs, som alle indsatser skal evalueres efter.

Det blev generelt påpeget, at en forudsætning for at få viden om forebyggelse og sundhedsfremme er en ordentlig beskrivelse af indsatsen (dvs. indhold, arena, population mv.), og ikke kun effektbeskrivelse, som det i dag ses i de fleste undersøgelser. Andre skal kunne forstå indsatsen, for at en vidensdeling er mulig. Praktikernesiden kan netop her bidrage til de grundige beskrivelser, som ofte

mangler i videnskaben. Herudover skal der i evalueringen være en klar beskrivelse af, hvad man vil med indsatsen og dennes succeskriterier, og hvorfor man tror, indsatsen har en effekt. I relation til sidstnævnte skal der på forhånd opstilles relevante effektmål/indikatorer. Effekterne af forebyggelsesindsatser viser sig ofte først efter lang tid, hvorfor der ofte er brug for at arbejde med intermediære mål. I forhold til individbaserede indsatser er det vigtigt at få noteret cpr-nr. på de individer, der er omfattet af interventionen, så der efterfølgende er mulighed for at analysere langsigtede sundhedseffekter.

Procesevalueringen (hvad der er gjort og ikke gjort) blev fremhævet som et vigtigt punkt i evalueringen, da denne kan være med til efterfølgende at give indsigt i, hvorfor en indsats havde effekt eller mangel på samme. Det blev i denne forbindelse påpeget, at der ofte entydigt fokuseres på de sundhedsmæssige resultater i evalueringerne af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser. God dokumentation omfatter her også dokumentation for borgenes interesse for at indgå i tilbuddene, og om hvorvidt indsatsen rammer målgruppen. Herudover er det vigtigt ikke kun at fokusere på individet, men også at se på organisationen og de organisatoriske barrierer mv.

Det blev understreget, at forebyggelsesområdet er andet end projekter. Indsatser har også karakter af drift, og her stiller evalueringen sig lidt anderledes (karakter af monitorering). Det er derfor vigtigt at skelne mellem evaluering af udviklingsprojekter og drift. Evalueringerne skal ligeledes ikke kun laves for forskernes skyld – de skal kunne understøtte beslutninger, driftsplaner, udvikling og kvalitetssikring i kommunerne mv. Der var generel enighed om, at man skal kunne fravælge at evaluere en given (mindre) indsats, men i stedet satse på færre og større evalueringer – gerne på tværs af flere kommuner. Det blev ligeledes fremført, at evaluering ikke er nødvendig ved oplagte gavnlige tiltag eller ved implementering af indsatser, som tidligere er veldokumenteret under de samme betingelser. Det blev ligeledes foreslået at centralisere nogle af evalueringsopgaverne mellem forskellige kommuner, således at de bliver udført tilfredsstillende. Der blev her givet udtryk for behov om en samlet koordinering – idet evalueringsopgaven er for stor for den enkelte kommune, mens de i samarbejde kan løfte opgaven.

I forbindelse med diskussionen af indholdet i den gode evaluering blev der fra flere sider efterspurgt fælles nationale standarder for evaluering. Herunder nationale evaluerings- og registreringsværktøjer (evt. onlineværktøjer), samt fastsættelse af standardindikatorer og standarder for indikatormålinger.

Opsætning af standarder vil endvidere gøre det muligt at kræve redegørelse for, hvorfor eventuelle standarder ikke kan efterleves i det enkelte projekter. Er der fx krav om brug af kontrolgrupper, skal man forklare, hvorfor det ikke er muligt i den konkrete indsats. Dette ville føre til større gennemsigtighed i evalueringsarbejdet og tvinge kommunerne gennem nødvendige overvejelser, når de skal dokumentere det forebyggende arbejde. Redskaberne kunne fx være tjeklister med punkter, der skal redegøres for. Det kunne endvidere hjælpe til at tydeliggøre målene med de enkelte indsatser.

2.2.3 Opstilling af minimumskrav til evaluering af en forebyggelsesindsats

Her var der større forskelle mellem gruppernes diskussioner og anvisninger. Nogle gav udtryk for:

- ◆ At man ikke kan opstille minimumskrav – det afhænger af det konkrete genstandsfelt og formålet med evalueringen
- ◆ At man altid skal beskrive, hvad problemet er, hvad formålet er og hvad man vil opnå med en given indsats
- ◆ At der skal være grundige beskrivelser af arbejdets forskellige faser

Andre grupper søgte at opstille minimumskrav, fx:

- ◆ Der skal udarbejdes en foranalyse
- ◆ Der skal være før- og eftermålinger
- ◆ Der skal være grundig beskrivelse af indsatsen og populationen
- ◆ De organisatoriske og økonomiske aspekter af en indsats skal analyseres
- ◆ Der skal opstilles procesmål og laves effektanalyser.

Grupperne var dog enige om, at de konkrete minimumskrav kan være meget forskellige alt efter type af projekt. Det blev af nogle af grupperne påpeget, at hvis man vil evaluere, så skal det gøres ordentligt, ellers er evalueringen ikke noget værd.

En forklaring på de to meget forskellige forestillinger om, hvilke kriterier der minimum bør stilles i forbindelse med evalueringer, er formentlig, at deltagerne i grupperne har snakket om evaluering ud fra et forskelligt ambitionsniveau.

3 Udfordringer og muligheder for samarbejde mellem forskning og praksis

Temaet for andendagen af workshoppen var samarbejdet mellem forskning og praksis, og der blev sat fokus på behovet for samarbejde, udfordringer i samarbejdet samt på at beskrive platforme og strukturer, som kan fremme samarbejdet.

3.1 Plenumindlæg

Som indledning til emnet blev holdt to plenumindlæg, som fra henholdsvis en forskervinkel og en praktikervinkel belyste samarbejdsformer samt muligheder og behov for samarbejde.

3.1.1 Samarbejde mellem forskning og praksis

Resumé af oplæg ved programchef Olaf Rieper, AKF

Forskning kan ses som en proces på den ene side og indsatser som en proces på den anden side. Samarbejdet kan ses som "møder" mellem de to ligeværdige processer: forskning og praksis. I oplægget præsenteredes tre typer af møder mellem forskning og praksis: et møde før forskning og indsats er i gang, et under og et efter. Normalt betragtes spredning af forskningsresultater som noget, der sker bagefter.

Forskning betragtes her som den forskning, der anvendes i praksis uden for forskningsmiljøerne. Dvs. anvendelse hos politikere, ledere, mellemledere, i kommuner, amter, stat m.fl. Det drejer sig om forskning gennemført af forskere uddannet inden for samfundsvidenskaberne (og sundhedsvidenskaberne). Indsatser betragtes som ethvert tiltag (projekt, program, aktivitet, service mv.), som gennemføres for at fremme en politik, for at forbedre et forhold – her forebyggelse.

a. Praktikere og forskere i kontakt før start

Mødet kan ske under forskellige former. På individniveau kan det ske ad hoc, i personlige netværk, ved konferencer mv. På programniveau kan mødet ske i faglige foreninger, programkomiteer mv., og på politiskniveau kan det ske i fx kommissioner (fx Forebyggelseskommissionen), udvalg, arbejdsgrupper mv.

Fordele:

Forskere lærer praktikernes informationsbehov at kende. Praktikerne lærer om forskernes kompetencer, og begge parter får en bedre forståelse for hinandens vilkår.

Tilrettelæggelsen af indsatsen kan tage hensyn til forskningsdesign (fx RCT) og forskningsdesignet kan tage hensyn til praksisfeltet. Information om relevant foreliggende og igangværende forskning kan højnes.

Ulemper:

Krav fra forskningen, fx med hensyn til design, kan hæmme innovation af indsats og krav fra indsatsen kan begrænse forskningen. Fx kan indsatsens målgrupper blive unødvendigt snævert afgrænset, eller indsatsens aktiviteter kan blive unødvendigt standardiserede eller "smalle" af hensyn til forskerens krav om validitet.

b. Samtidige, interaktive processer

Møder, når indsatsen er ved at blive bygget op, og forskningen foregår. Der er møder med en relativ lav intensitet i kontakten fx følgegruppe, referencegruppe mv. eller følgeforskning (forskningen følger indsats uden høj grad af interaktion). Høj intensitet i kontakten forekommer fx ved aktionsforskning, formativ evaluering og "empowerment" evaluering. Der findes altså en del kendte måder og former at mødes på.

Fordele:

Forskelligheder fremmer den gensidig læring, og der kan opbygges personlige relationer mellem forsker og praktiker. Procesanvendelse er en effektiv måde at anvende forskning på (forskningen skræddersys til indsatsen).

Ulemper:

Praktikere og forskeres roller og interesser bliver blandede. Det kan fx ske ved, at forskere indfanges i praksisfeltet og bliver "blinde" og ukritiske. Praktikere nedprioriterer måske praksis og bliver "småforskere", og endelig er det ressourcekrævende både at opretholde interaktion indadtil og formidle udadtil.

c. Møde efter at indsats og forskning har fundet sted (dvs. gælder kun indsatser med en begrænset levetid)

Tilegnelse/formidling af forskningsresultat. Dette kan ske ved direkte møder (workshops med diskussion mv.) mellem forskere og praktikere, gennem medier (inkl. internettet, punkttilpunkt-medier, ikke massemedier), gennem "mellemmand", fx videnscentre, evidensorganisationer (Cochrane, Campbell, EPPI og NICE) mv.

Anvendelse af forskning ligger på et kontinuum (Nutley et al. 2007³) fra begrebsmæssig (eller oplysende) anvendelse til instrumentel anvendelse. En række anvendelser har karakter af, at vi forstår ting bedre og ser ting på en anden måde, denne viden bruges ikke nødvendigvis instrumentelt i en given beslutningsproces. I den begrebsmæssige anvendelse er det mere et spørgsmål om at blive klogere, at kunne se verden på en anden måde og ændre opfattelse. Ved instrumentel anvendelse indgår forskning i praksis og i politikudformning.

En anden måde at stille anvendelsesformerne op på er "trinvis" anvendelse (Ehrling, Ottander og Vedung 2004⁴). En kommunikationsmodel: praktikere udsættes for forskning, de er opmærksomme på det, og interessen vækkes. Herefter kan forståelse, kundskab og indsigt følge. Dette er en form for oplysende anvendelse. Et ekstra trin opstår, hvis holdninger ændres, og forskningen tages med i arbejdet. Herefter kan der besluttet og handles.

Diskussion af oplægget

Det blev bemærket, at der ikke er frygt for, at forskerne bliver "blinde", der findes protokoller, der kan arbejdes efter – dog skal forskerne af og til holdes på sporet. På klinikken er forskningen ofte foregået på sygehusafdelinger, her er udførerne af forskningen både forskere og praktikere (lægerne). Derfor skal man måske ikke have så meget imod at slå de to funktioner sammen i forebyggelsesforskningen. Hvordan det skal gøres, må diskuteres, og der må ses på, hvordan tingene udvikler sig.

I oplægget tales om individniveau, men der kan også tales om gruppe- eller organisationsniveau. Man kunne fx forsøge at indlejre en praktiker i en organisation for at modvirke "blindheden". Der kunne tænkes i organisationsformer, fx delte stillinger, hvor dem, der forsker (og er ansat i praksis), er tilknyttet en organisation med en vis integritet. Mange praktikere, der forsker, har en halv stilling i en organisation, fx universitet, samtidig med at de er ansat i praksis.

³ S.M. Nutley, I. Walter & H.T.O. Davies (2007): Using Evidence. The Policy Press. Bristol.

⁴ G. Ehrling, C. Ottander & E. Vedung (2004): Spridning av FoU-resultat inom järnvägssektorn-slutrapport. Banverket SF 1004:2.

I almen praksis ses det som svært at følge de forskellige trin i modellen. En kontinuerlig kontakt mellem forskere og dem, der skal anvende forskningen, er nødvendig. Trin-modellen giver indtryk af, at processen er rationel. Sådan er den politiske proces ikke, og det opleves, at forskere kan blive skuffede, når politikerne ikke handler efter deres resultater. Her ligger frustrationen ofte hos forskerne. Der er imidlertid ikke tale om automatik i trin-modellen, hvert trin kan være vanskeligt at håndtere. Det er ikke tænkt som en rationel proces, men som en knagerække til at hænge begreber op på. Publiceringsfasen kan være et problem, når forskning og praksis samarbejder. Fra en praktikervinkel er det et problem, hvis der går for lang tid, inden resultaterne videreformidles, da praktikerne har brug for resultaterne så hurtigt som muligt. Det tager imidlertid lang tid at publicere en undersøgelse, og det ses af og til, at resultaterne siver ud for tidligt. Det er et dilemma, og publicering skal håndteres professionelt. I samfundsvidenskaben er publiceringsdilemmaet imidlertid ikke et problem. Det er et specielt problem inden for medicin – helt forskellige møder og områder. Inden for praksisforskning i samfundsvidenskaben kan det fx godt lade sig gøre at lade informationer flyde frit, indtil der samles op efter et år og publiceres i tidsskrifter. Inden for den medicinske videnskab er det en hæmmende faktor.

3.1.2 Vidensopbygning og vidensbehov – et kommunalt balkort

Resumé af oplæg ved folkesundhedschef Jette Jul Bruun, Københavns Kommune

Jette Jul Bruun gennemgik en form for brugervejledning til at arbejde med forskning inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Der er tre udfordringer i evidensbaseret forebyggelse.

1. "Rigtig" prioritering, metoder og implementering.
2. Vidensbehovet.
3. Balkortet.

I Sundhedsstyrelsens definition af evidens er der to dimensioner: Dels viden om implementering, det vil sige, hvilke metoder man skal bruge i forhold til hvilken målgruppe og under hvilke omstændigheder, dels viden om, hvilke ressourcer der skal anvendes. Det er dog også vigtigt at forholde sig til, hvor de store problemer er, og hvordan de er fordelt i befolkningen. Disse forhold må der være styr på, inden der kan snakkes om samarbejde mellem forskning og praksis, som er et vigtigt område.

"Rigtig" prioritering: Hvad er problemet? Problemerne kendes, og det burde være let at bruge denne viden som pejlemærker i den kommunale planlægning. Kommunerne vil gerne sætte ind der, hvor problemet er, men der er mange andre faktorer, som betyder noget for, hvordan der prioriteres. I en kommune skal politikerne fx prioritere mellem flere "ønsker" fra forskellige områder, og der er mange forhold, der spiller ind på prioriteringen. Det er i denne proces væsentligt at fastholde fokus på, hvad der er de store folkesundhedsproblemer og risikofaktorer, og dette må forskerne bidrage til. Kommunerne skal dog også hjælpe til.

En anden udfordring er metodeanvendelse i den patientrettede og den borgerrettede forebyggelse. De to områder følges ad, når det gælder risikofaktorer, tilbud m.m. I forhold til metoder er der tiltag/forløb, hvor det er nødvendigt at se mere på de enkelte elementer og overførbareheden. Er viden fra evalueringer gangbar og generaliserbar? Kommunerne vil gerne være med i forskning og vil også gerne rådgive forskere. Det er nødvendigt med et tæt samarbejde omkring metoder og design.

I den borgerrettede forebyggelse findes desuden hele "rammedelen", hvilke fx vil sige forhold i nærmiljøet, skoler, daginstitutioner, ældreplejen, infrastrukturen og på arbejdspladser. Dette giver forskellige vidensmæssige udfordringer. I den borgerrettede forebyggelse bruges metoder i de

individrettede tiltag, som nemt kan evidensbaseres, standardiseres mv., og det kan undersøges nærmere, hvilke elementer der virker hvordan. I kommunernes arbejde med rammer, både de fysiske rammer, ift. politikker og over for frontpersonale, som skal prioritere sundhed, mangler der vidensmæssige argumenter. Det har fx i Københavns Kommune været vanskeligt at gennemføre projektet en "by i bevægelse", hvor grønne områder skal forbindes m.m. Teknik- og miljøforvaltningen var med i dette projekt, og det kan overvejes, om det ville hjælpe med argumenter til forvaltningen om, hvor mange mennesker som dør uden det aktuelle tiltag. Det er igen spørgsmålet om, hvordan evidens kan bruges i praksis. Inden for rammedelen er der behov for et vidensmæssigt sprog omkring rammer.

Implementering er en yderligere udfordring. Forskningsresultater, som kommunerne gerne vil gøre brug af, er lavet i forskellige set-up. At få forskning ind i praksis er derfor en stor udfordring. Når der udvikles viden, skal der tænkes driftsforankring fra starten. Dette er nødvendigt, hvis indsatsen skal implementeres ordentligt. Det organisatoriske set-up for forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet udgør en svær struktur i mange kommuner, da forebyggelse og sundhedsfremme ofte går på tværs af flere forvaltninger. Der kunne samarbejdes med forskere om, hvilke organisatoriske dynamikker der findes, og hvordan sundhed kan integreres.

Kommunerne har stadig behov for viden, der fylder, viden, der kan overføres og moduleres samt omsættes. Forskere og praktikere må endvidere samarbejde omkring implementering og rammedelen. Der skal desuden tænkes mere i forskning helt tæt på praksis.

Diskussion af oplægget

Sundhedsloven § 119 stk. 1 handler om, at kommunalbestyrelsen skal sørge for rammer, som fremmer borgernes sundhed, og stk. 2, at der skal stilles sundhedstilbud til rådighed for borgerne. Det er stk. 1, som kan begrunde, at sundhedsfremme er lagt ud til kommunerne, og her ligger udfordringen med at tilvejebringes viden om, hvordan kommunerne sikrer borgerne sundhed med en indsats på tværs af fagområder.

Der er et dilemma ift., hvorvidt man gør det rigtige i samarbejdet mellem forskere og praktikere. Forskningen viser fx, at der skal sættes ind over for tobak, men hvis det ikke er moderne og derfor ikke kan forankres i kommunerne, kan forskningen ikke gøre så meget mere. Der er en form for "populistisk tvang", hvor det ikke nytter at gøre noget, hvis det ikke kan forankres.

En fordel er at kunne udvikle ting sammen. Samarbejdet kræver ressourcer fra praktikere og forskere og det er svært at søge penge til noget, man ikke ved hvad er. Det er derfor ikke kun et spørgsmål om, hvorvidt forskere gerne vil samarbejde.

Der har gennem tiden været meget forskning, som har været med til at sætte dagsordenen på forebyggelsesområdet, og som har haft store implikationer for praktikere i kommunerne, bl.a. KRAM. Forskernes rolle må ikke undervurderes. Kommunerne har behov for, at forskerne slår fast, at det er det lange seje træk, som virker.

3.2 Gruppesession II: Behov og forudsætninger for samarbejde mellem forskning og praksis

Som en del af workshopen afholdtes fire gruppesessioner, som havde til formål at pege på, hvad der kan fremme samarbejde mellem praksis og forskning om at producere viden om forebyggelse og sundhedsfremme. Der indgik følgende spørgsmål i gruppesessionerne:

1. Hvad er behovet for samarbejde mellem forskning og praksis i relation til vidensopbygning om forebyggelse og sundhedsfremme?
2. Hvad hæmmer og hvad kan fremme samarbejdet mellem praksis og forskning?

3. På hvilket niveau er der brug for at udvikle samarbejdet?
4. Forslag til organiseringer eller strukturer, der kan fremme samarbejdet mellem praksis og forskning.

Der foregår allerede i dag et samarbejde mellem forskning og praksis, og der blev nævnt flere eksempler på kommuner og regioner, hvor der er etableret et forskningssamarbejde med en forskningsinstitution. Der fremkom følgende forslag til at fremme samarbejdet:

- ◆ Rameaftaler, der kan fremme samarbejdet
- ◆ Brobyggere mellem forskning og praksis
- ◆ Platforme, hvor praktikere og forskere kan mødes
- ◆ Et folkesundhedstidsskrift
- ◆ Databaser med overblik over evidens

I det følgende gennemgås nogle hovedsynspunkter fra diskussionerne under gruppesessionerne.

3.2.1 Behovet for samarbejde

Både praksis- og forskningsområdet har brug for hinanden og for et velfungerende samarbejde. Praktikere har brug for at blive klogere på det, de laver, og forskere har brug for kontakten til praksis for at holde sig orienteret om anvendelse og vidensbehov. Forskerne bør opsøge praksis for at blive inspireret af praksis og således ikke kun tage udgangspunkt i litteraturen. Kommunerne har brug for, at forskere fortæller dem, hvor der skal sættes og derved understøttes de rigtige beslutninger. Hvor er fx den største gevinst i forhold til tobaksinterventioner.

Forskning er nødvendig for at facilitere praksis – både i forhold til at organisere potentielle evalueringer og for at vejlede konkrete indsatser. Forskere har ofte behov for praktikerne til at indsamle data og evt. udføre elementer af en intervention i en undersøgelse. (Kommunerne som laboratorium!). Der er fortsat brug for et samarbejde for at præcisere indikatorer. Det er fx altafgørende for de praktiserende læger, der mere end andre behøver stringente udgangspunkter for deres praksis. Mange indikatorer og megen dokumentation er ikke tilstrækkelig præcis til, at sundhedsfagligt personale kan tage det til sig og anvende det i sin praksis. Dertil kommer mangel på mere ekstakt viden om årsagsrelationer, der kan gøre intermediære mål anvendelige. Ved større undersøgelser i flere kommuner kan et samarbejde mellem flere forskere og forskningsinstitutioner endvidere være en fordel. Det kan give en tværvidenskabelig belysning, men kan også begrundes i geografiske afstande og lokale variationer.

Specielt i lyset af de mange mindre puljemidler er det blevet sværere at have overblik over den samlede mængde tilgængelig viden. Der er derfor behov for et overbliksskabende og opsamlende mellemtrin mellem kommunerne og forskningen. Et fælles sprog for evaluering og evidens er nødvendigt, hvor der lægges vægt på, at evidens er en kombination af videnskab, kunst og erfaring. En vellykket forebyggelses- og sundhedsfremmende indsat i praksis er ikke kun afhængig af en snæver viden omkring emnet. Lige så afgørende som at kende det rigtige tiltag er det at kunne løse de organisatoriske forhindringer, der opstår, når et tiltag griber ind i mange forskellige forvaltningsområder. Således ønskes også et samarbejde med forskere om disse rammesættende forhold. Selv i en ukompliceret og samarbejdsvillig forvaltningsstruktur kræver en vellykket implementering kendskab til netop implementeringsmetoder og redskaber. Dermed er problemet ikke kun praktisk, da også forskerne, som vil teste en indsats, er stærkt afhængig af en optimal implementering. Der er brug for tværfagligt samarbejde mellem forskerne.

3.2.2 Hvad hæmmer og fremmer samarbejdet?

Hæmmende forhold

Forskellige sprog er hæmmende. Noget, der betyder ét i den ene verden, kommer i den anden verden til at betyde noget andet, hvilket kan have uheldige følger. Måske oplever man hyppigst glidninger og udvandringer af begreber i bevægelsen fra forskning til praksis. Men måske forvrider også forskningens trang til at generalisere elementer i dele af praksis.

En hierarkisk relation mellem forskning og praksis kan være hæmmende for godt samarbejde. Det er en fordel at være tæt på hinanden. Forskning og kommune er på forskellige og modstridende måder interesseret i konkrete indsatser: Kommunen ønsker fleksible indsatser og indsatser, der er skræddersyede til kommunen, mens forskningen ønsker ensartede og standardiserede indsatser (eller i det mindste mulighed for at kunne måle på indsatsen og enkeltdele heraf). Forskningen skal være bevidst om sin eventuelle belastning af praksis og være meget koncentreret i formulering af indikatorer og ikke overdrive omfanget. Nogle gange henvender praktikerne sig måske først, når en intervention er planlagt, og i en sådan situation kan fx designet af interventionen/programmet være forkert, og det er svært at få noget ud af det. Forskere skal have kendskab til, hvordan forvaltninger fungerer, praktikerne skal sættes ind i forskningen, og kommunikation er vigtigt. Forskningen skal kende sine egne grænser i samarbejdet med kommunerne (ikke love for meget) og blandt andet være mere opmærksom på potentielle faldgruber belyst i andre discipliner. Praksis skal forstå forskningens logik: Den er bedre til at reflektere end at sige, hvad der konkret skal gøres. Der er et behov for at afmystificere forskeres rolle og person og at udbrede kendskabet til det indspil og bidrag, forskerne kan give kommunerne. Omvendt har nogle forskere måske også et fortegnet billede af vilkårene for at bedrive videnskab i kommunalt regi, og hvad samarbejde med kommuner og andre politiske systemer indebærer.

Forskere meriterer sig via deres publikationer. I den forbindelse kan nævnes en række problemer: Forskeres ønsker ikke at offentliggøre resultater, før artikler er optaget og udkommet. Dette synes dog at være et særligt problem inden for den medicinske forskning. Forskere er frustrerede over snævre emner i kommunernes formulering af udbud og opgaver. Et snævert fokus giver ringe muligheder for publicering og gør forskningen irrelevant efter få år. Videnskabsministeriet står for en udvikling, hvor det der tæller, er publicering, og det kan være en hæmsko for den anvendelsesorienterede forskning, og det kan ikke altid bruges i praksis. Dermed bliver det ikke attraktivt for forskere at arbejde på praksisområdet, da det ikke er meritgivende, selvom der stadig er mange forskere, der er interesserede i at arbejde med praksis.

Forskerne får mange henvendelser fra kommunerne, men der er sjældent en medfølgende økonomi, og det bliver ofte det springende punkt. Mangel på tid og penge er et generelt problem. Intentionerne er til stede, men penge og "man power" mangler. Der er et politisk pres på at bruge midlerne til initiativer til borgerne frem for at bruge dem på forskning

Fremmende forhold

Der er et behov for at etablere brobyggerroller til at forene eller at knytte forskning og praksis sammen. Nogle kommuner er for små til at kunne bære et sådan samarbejde, og derfor er det ikke alle, der skal forsøge at skabe forbindelserne mellem forskning og praksis. Hvad én kommune ikke kan bære, kan måske to eller tre kommuner sammen, fx ved finansiering af en ph.d. Der findes mange eksempler på gode samarbejder mellem et mindre antal kommuner, der nu har størrelsen til at kunne rumme forskningen. Udstationering af forskere kunne fremme forståelse. Den omvendte situation skulle så også anvendes: praktiker hos forskerne.

Det fremmer samarbejdet at få formaliserede samarbejdsstrukturer med forskningsinstitutioner ind i organisationen – fx samarbejde mellem region og universitet. Ikke-hierarkiske relationer mellem forskning og praksis, der befordre nært samarbejde og åbenhed fra begge side. Respekt for hinandens forskellighed er befordrende. Temadage, hvor forskere er inviteret, kan danne et godt grundlag for samarbejde. Forskere kan inviteres til at holde oplæg, og på denne måde vil også politikere og beslutningstagere få indblik i den viden, der findes på området. Sådanne temadage ville desuden kunne skabe et bedre grundlag for at kunne få økonomi til det sundhedsfremmende arbejde. Det er en god idé at samarbejde kommunerne imellem om at invitere forskere til fælles møder. Det er vigtigt med fora, hvor både administrationen og forskningen mødes. Netværksdating er givtigt, men samtidig ressourcekrævende. Det ville hjælpe praktikerne med et systematisk overblik over forskningsmiljøer og de enkelte forskeres arbejdsområder.

3.2.3 Udvikling af samarbejdet samt forslag til organiseringer eller strukturer, der kan fremme samarbejdet

Der blev udtrykt ønske om rammeaftaler for relationen mellem forsker og fx kommune. Når en forsker ønsker at indgå en aftale med en kommune, bliver det nemt sådan, at der skal investeres en masse energi i de juridiske omstændigheder. En formel ramme for samarbejde ville være et godt udgangspunkt for at indgå konkrete aftaler. Rammeaftaler kan være mellem universitet og kommune, eller ligefrem mellem KL og universiteterne. Kommunerne er forpligtigede til at medvirke i forskningsprocesser. Derfor skulle det nok kunne lade sig gøre at skabe en formel rammeaftale, der minimerer papirarbejdet og de juridiske elementer.

Man mangler en kultur eller stillingsstruktur i kommunerne og regionerne, hvor man bedre kan få forskning og praksis til at tale sammen. En person, der formelt og i praksis har tilknytning til begge verdener, kan mediere imellem dem og være en genvej til mange erfaringer. Fx halvtids ansat på universitetet og i en region som konsulent. En variant af grænsegængerer er ansatte i fx regionerne, som er eksterne lektorer eller gæstelektorer. Den kommunale forskningsindsats måtte gerne forøges gennem fx oprettelse af kommunale Ph.d.-ordninger.

Møder mellem forskere og praktikere om et specifikt emne løsrevet fra det daglige miljø. Der er derfor behov for platforme, hvor relevante folk fra forskellige praksisområder og forskere naturligt mødes. Etablere regulære samarbejdsfora, hvor teori og praksis mødes. Platformene skal tilgodese forskellige niveauer – kommunalt, regionalt og nationalt. Nogle skal være rettet mod dem, der arbejder med konkrete projekter, andre til mere generelle sundhedsprogrammer, og evt. en national koordineringsenhed.

Der er brug for et landsdækkende "uvidenskabeligt" folkesundhedstidsskrift – et for forebyggelse/sundhedsfremme/folkesundhed. Det skal ikke være et svært tilgængeligt fagtidsskrift, men et formidlingstidsskrift med indlæg om fx nye indsatser og ny forskning. Der er flere muligheder mht. formen: elektronisk eller på skrift, og om udgiveren skal være en myndighed eller en privat organisation. Et tidsskrift vil også kunne skabe et overblik over forskningsmiljøer.

Der er brug for et samlet overblik over, hvad der foregår i kommunerne. Idealet er en database, der opdateres løbende, men da det er svært at håndtere, kunne man overveje en rundringning til kommunerne en gang om året for at få et aktuelt overblik over, hvad der sker i kommunerne. Det skal herved gøres lettere for kommunerne at hente inspiration fra andre kommuner. Sund By Netværkets anbefalinger til praksis er starten på små NICE-værker – viden om, hvad man ved fra forskningen og opstilling af anbefalinger. Der kunne medtages flere områder end tobak og alkohol, som er de emner, netværket arbejder med nu.

Et overblik kunne også forankres i et eller flere videnscentre, hvor alle typer af erfaring – praktikere, forskere – samles. Opgaverne skulle bestå i at indsamle viden, rådgive og være proaktive. Der er brug

for at "overvåge" indsatsen i kommunerne, og for et sted, som kommunerne kan henvende sig til. Det blev fra flere fremført, at centret eller centrene ikke skal være en del af en myndighed, men der var dog ikke enighed om dette synspunkt. Der er behov for både et nationalt og et regionalt niveau. Noget vil være fælles, men man skal også have fat i det lokale. Man skal have rådgiveren "ud i marken". Samlet set kunne et sådan center ligge nationalt med filialer og eventuelt med tilknytning til universiteterne. Der er brug for, at kommuner kan købe konsulenthjælp til helt konkrete projekter fra et videnscenter.

4 Opsamling

I dette kapitel sammenfattes i de to første afsnit nogle hovedpunkter fra workshoppen. I det sidste afsnit er forfatterens tolkning af, hvor der især er behov for at arbejde videre med for at styrke videns opbygning inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Her har vores fokus været at beskrive behov og mål i forhold til vidensopbygningen, i højere grad end et pege på konkrete anvisninger på, hvilke tiltag eller virkemidler der skal tages i anvendelse for at opfylde disse mål.

4.1 Udfordringer og vidensbehov

Selv om vi allerede ved meget om sundhedsfremme og forebyggelse, er der brug for yderligere viden om implementering, og hvordan forskellige former for individorienterede og befolkningsorienterede interventioner påvirker borgernes sundhedsadfærd. Ud over viden om virkninger af forskellige former for indsats er det lige så vigtigt med viden om processerne i en indsats, hvordan bestemte dele af en indsats, forskellige tilrettelæggelser af en indsats bedst implementeres i praksis, og hvordan en given indsats når ud til og inddrager forskellige målgrupper. Der er således brug for viden om, hvorvidt samme type tilbud kan bruges til fx forskellige sociale grupper, eller om der er brug for en differentiering.

For at kunne vejlede praksis om en sundhedsfremmende og forebyggende indsats på forskellige felter er der brug for viden om virkninger af indsatsen, men der er også brug for viden om processer og fremgangsmåde samt målgruppens og arenaens betydning. Der er endvidere brug for beregninger af økonomiske konsekvenser for såvel samfundet som helhed som for den kommunale sektor, og udfordringen er at skabe et grundlag for at beregne økonomiske konsekvenser af forskellige former for indsats. Det er vigtigt, at økonomiske konsekvenser beskrives på en måde, der tilgodeser både kommunernes og andre myndigheders behov for konkrete udgiftskonsekvenser på kort og længere sigt, og det bredere samfundsøkonomiske perspektiv.

Det er vigtigt, at sundhedsfremme og forebyggelse belyses ud fra forskellige videnskabelige tilgange og paradigmer. Det gælder såvel i relation til opfølgelse af effekter som i relation til de processer, der er afgørende for, om en indsats virker.

Der kan peges på en række konkrete vidensbehov:

- ◆ Hvordan forebygger man effektivt i forhold til velkendte risikofaktorer, og hvordan får man folk til at ændre adfærd? Hvad er virkningerne af forskellige individuelle og strukturelle interventioner, og hvilke strukturelle tiltag kan kommunerne hensigtsmæssigt iværksætte?
- ◆ Hvad er borgernes holdning og mening til sundhedsfremme og forebyggelsesindsats? Hvad kan motivere borgerne, hvordan kan de rekrutteres og fastholdes i en indsats?
- ◆ Hvordan kan kommunerne mest hensigtsmæssig indrette deres organisation i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, og hvordan kan man arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af forvaltninger og institutioner i en kommune?

Der er brug for at udvikle en tradition i kommunerne for at dokumentere forebyggelsesindsatsen systematisk. Det er vigtigt med en systematisk beskrivelse af planlægning, indsats, proces og implementering. Det er endvidere vigtigt med en analyse af proces, organisation og effekter. Alle indsatser skal ikke nødvendigvis udsættes for samme omfattende dokumentation. Dette bør koncentrerer om særligt perspektivrige eller ressourcekrævende indsatser, hvor der kan være fordele ved at analysere samme form for indsats på tværs af flere kommuner. Sådanne analyser bør principielt

indeholde foranalyse, før- og eftermålinger, beskrivelse af indsats og population, organisatoriske og økonomiske aspekter, procesmål og effektanalyser.

Det er også væsentligt, at den viden og de erfaringer, som opnås på lokalt niveau, opsamles på et overordnet niveau og gøres tilgængelig for andre aktører.

4.2 Samarbejde mellem forskning og praksis

Der er brug for samarbejde, før en ny og uprøvet intervention iværksættes. Et sådan samarbejde vil være til gensidig inspiration. Praktikere har brug for at blive klogere på det, de laver, og forskere har brug for kontakten til praksis for at holde sig orienteret om anvendelse og vidensbehov, så lokalt forankret viden kan opsamles, analyseres og spredes ud til andre praktikere. Et samarbejde under selve udførelsen af en intervention kan føre til gensidig læring om gennemførelse og virkninger af bestemte former for intervention. Et samarbejde efter en konkret intervention vil handle om formidling af indhøstet viden og erfaringer fra interventionen.

Der er brug for at vedligeholde og udvikle et samarbejde mellem forskning og praksis i forhold til nye og uprøvede interventioner bl.a. for at sikre en tilrettelæggelsen af interventionen og et forskningsdesign, hvor det er muligt at opgøre virkninger af indsatsen. Der er også brug for et samarbejde, som kan omfatte interventioner i flere kommuner, ligesom der er behov for et samarbejde på regionalt eller nationalt niveau om udvikling af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

En vellykket forebyggelses- og sundhedsfremmende indsats i praksis er ikke kun afhængig af en snæver viden omkring emnet. Lige så afgørende som at kende det rigtige tiltag er det at kunne løse de organisatoriske forhindringer, der opstår, når et tiltag griber ind i mange forskellige forvaltningsområder. Der er således også brug for et samarbejde med forskere om disse rammesættende forhold.

Der er brug for en række initiativer, der bygger bro mellem forskning og praksis.

- ◆ Retningslinjer, der kan fremme samarbejdet mellem praksis og forskning. Det kan dreje sig om vilkår for samarbejdet mellem de enkelte forskningsinstitutioner og kommuner, men det kan også dreje sig om på et mere overordnet niveau at beskrive rammerne for samarbejdet.
- ◆ Kombinerede stillinger (kombinations- og delestillinger). Det kan dreje sig om etablering af stillinger, hvor en person i praksis og formelt har tilknytning til såvel forskning som praksis. Det kan også dreje sig om etablering af erhvervs-ph.d'ere med tilknytning til kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats.
- ◆ Platforme, hvor praktikere og forskere – teori og praksis – mødes. Der er brug for en platform/organisation, hvor eksisterende viden om og erfaringer med forebyggende og sundhedsfremmende interventioner samles, bearbejdes og stilles til rådighed for praksis. Der er også brug for en platform, hvor der kan formidles kontakt mellem praksis og relevante forskere. Platformene kan have forskellig form, men skal tilgodese forskellige niveauer – kommunalt, regionalt og nationalt. En stor del af opgaverne skal være rettet mod dem, der arbejder med konkrete projekter, andre opgaver relaterer sig til mere generelle sundhedsprogrammer. En platform kan have karakter af et videnscenter, hvor alle typer af viden – erfaringsbaseret og forskningsbaseret evidens – kunne samles. Det kan knyttes til eksisterende institutioner eller etableres som en ny institution.
- ◆ En kanal til at formidle viden om forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Det skal være en ikke svært tilgængeligt formidlingskanal, som bringer artikler om fx nye indsatser og ny forskning.

- ◆ Større synlighed om og koordination mellem de forskellige offentlige og private fonde og økonomiske støttemuligheder, der står til rådighed for anvendelsesorienteret forskning om forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark.

4.3 Strategi for opbygning af viden om sundhedsfremme og forebyggelse

På baggrund af workshoppen foreslår forfatterne en strategi for opbygning af viden om sundhedsfremme og forebyggelse, der bygger på flere elementer.

En styrkelse af forskning i sundhedsfremme og forebyggelse, der bidrager til at opbygge viden om strategier for en indsats, der skal fremme folkesundheden. En strategi kunne være økonomisk at støtte udviklingsprojekter på feltet, hvor forskning er tænkt ind som en del af projektet allerede ved planlægningen og fra projektets start for at sikre det bedst mulige grundlag for at få holdbar viden.

Forskningen må bidrage til viden om effekter af forskellige former for indsats, men forskningen skal også bidrage med viden om organisering og implementering af forskellige former for indsats. Opgørelse af effekter må endvidere ske på en måde, så der er muligt at opgøre økonomiske konsekvenser af forskellige former for indsats. Der er et særligt behov for viden om, hvordan en intervention kan tilrettelægges for at have virkning på forskellige målgruppers risikoadfærd, og for viden om kommunernes muligheder for at fastlægge rammer og strukturer, der har en positiv indflydelse på befolkningens sundhedsadfærd. Der er et særligt behov for at styrke tværvideenskabelig forskning inden for feltet og at styrke sammenhængen mellem praksis og forskning, fx gennem stillinger, der kombinerer praksis og forskning.

Udvikling af et organ, der omsætter forskningsresultater og erfaringer til konkrete og implementerbare anvisninger på tiltag til sundhedsfremme og forebyggelse i kommuner mv. Dette organ skal have til formål at komme med de bedst mulige råd til sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag på baggrund af inden- og udenlandsk evidens om interventioner og erfaringer i øvrigt. Sigtet bør være at komme med så konkrete og implementerbare råd som muligt ud fra den foreliggende viden på området. I forbindelse med udformningen af anvisninger skal der foregå en afvejning af omkostninger og gevinster ved de forskellige tiltag. Det vurderes som væsentligt, at der i dette organ indgår både forskere og praktikere. Der synes at være oplagte stordriftsfordele på dette område. Det er således næppe hensigtsmæssigt, at hver enkelt kommune skal indsamle og fordøje og omsætte forskningsresultater. Nogle af de beskrevne opgaver løses i et vist omfang allerede i regi af for eksempel Sundhedsstyrelsen og via arbejde i fx Sund by netværket, men det vurderes på baggrund af workshoppen, at der er behov for at styrke dette område yderligere. I forhold til den konkrete udformning af et sådant organ kan hentes inspiration fra NICE i England, som bl.a. har til opgave at udforme retningslinjer for sundhedsfremme og forebyggelse. (jf. beskrivelsen i afsnit 2.1.4 i denne rapport).

Udvikling af et forum for kontakt mellem forskere og praktikere. Et sådan forum skal bidrage til at lette praktikeres adgang til relevante forskere i forbindelse med planlægning og gennemførelse af forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser og ved evaluering af en indsats. Et sådan forum kan have forskellig form og fx bestå af en hjemmeside, hvor forskere (eller forskningsinstitutioner) præsenterer sig selv, og hvad de kan bidrage med på feltet. En anden form kunne være, at funktionen med at formidle kontakt er etableret som en del af en eksisterende organisation, hvor forskere eller forskningsinstitutioner kan "tilmelde sig". Det kunne endvidere indgå som en opgave at skabe overblik over igangværende aktiviteter og forskning. Udførelsen af denne opgave kan eventuelt indgå som en del af arbejdet i det organ, der er skitseret ovenfor.

Etablering af en kanal (eventuelt et tidsskrift) til formidling af viden og erfaringer med sundhedsfremme og forebyggelse. Dette skal ses i relation til det foregående punkt og skal bidrage til at sprede relevant viden mellem praktikere og forskere.

BILAG

Bilag 1 Deltagere i workshoppen

Steen Bengtsson	Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Thomas Bue Bjørner	Anvendt KommunalForskning
Christian Boel	Favrskov Kommune
Ellen Breddam	Odense Kommune
Jette Jul Bruun	Folkesundhed København, Københavns Kommune
Dorte Bukdahl	Kommunernes Landsforening
Tine Curtis	Statens Institut for Folkesundhed
Charlotte Glümer	Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Morten Grønbæk	Statens Institut for Folkesundhed
Susanne Gyldenhof	Sønderborg kommune
Dorte Gyrd-Hansen	Dansk Sundhedsinstitut
Lis Hamburger	Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen
Mette Lolk Hanak	Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen
Eigil Boll Hansen	Anvendt KommunalForskning
Henrik Kjær Hansen	Gigtforeningen
Birgitte Harbo	Danske regioner
Anders Hede	Trygfonden
Carsten Hendriksen	Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU
Lotte Holm	Institut for Human Ernæring
Betina Højgaard	Dansk Sundhedsinstitut
Bjarne Ibsen	Center for Forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU
Mette Jakobsen	Hjørring Kommune
Torben Jørgensen	Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Verner Sand Kirk	Forebyggelsesfonden
Mette Kjølby	Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
Jakob Bigum Lundberg	Greve Kommune
Line Raahauge Madsen	Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen
Britta Ortiz	Region Sjælland
Charlotta Pisinger	Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Helle Vibeke Nyborg Rasmussen	Kolding Kommune
Johan Reventlow	Praktiserende læge
Olaf Rieper	Anvendt KommunalForskning
Lars Rytter	Praktiserende læge
Susanne Samuelsen	Fredensborg Kommune
Gisela Sjøgaard	Institut for Idræt og Biomekanik, SDU
Sinne Smed	Anvendt KommunalForskning
Anne Smetana	Afdelingen for Kommunesamarbejde, Region Syddanmark
Hans Storm	Kræftens Bekæmpelse
Jes Søgaard	Dansk Sundhedsinstitut
Lone Friis Thing	Institut for Idræt, Københavns Universitet
Kirsten Vinther-Jensen	Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
Mette Wier	Anvendt KommunalForskning
Ingrid Willaing	Hjerteforeningen
<i>Referenter</i>	
Flemming Troels Jensen	Anvendt KommunalForskning
Thea Suldrup Jørgensen	Anvendt KommunalForskning
Kristian Serup Rasmussen	Dansk Sundhedsinstitut
Louise Caroline Hansen Stage	Dansk Sundhedsinstitut

Bilag 2 Program for workshoppen

Torsdag den 24. april 2008

09:00-09:45	Ankomst og kaffe
09:45-10:00	Velkomst, baggrund og formål med workshoppen - <i>Direktør Mette Wier, AKF</i>
10:00-10:45	Plenum I.A: Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse – udfordringer og behov - <i>Professor, dr.med. Torben Jørgensen, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden</i> Inkl. kort diskussion af oplægget ved bordene
10:45-11:00	Pause
11:00-11:45	Plenum I.B: Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse – udfordringer og behov - Sundhedschef Christian Boel, Favrskov Kommune og kontorchef Kirsten Vinther-Jensen, Region Midtjylland -
11:45-12:30	Opponentindlæg og plenumdiskussion - Opponenten: Forskningsleder Tine Curtis, SIF, lektor Bjarne Ibsen, Syddansk Universitet og sundhedschef Jakob Bigum Lundberg, Greve Kommune -
12:30-13:30	Frokost
13:30-14:30	Plenum II: Evidenskriterier og forskning i praksis - <i>Dr. David Sloan, Member of the Public Health Interventions Advisory Committee at National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), UK</i> Spørgsmål og diskussion
14:30-17:00	Gruppesessioner I: Kriterier for vidensopbygning inden for forebyggelse og sundhedsfremme. (Inklusiv pause)
17:00-18:00	Til fri disposition

18:00-18:30	Sammenfatning af gruppesessionerne og aperitif
18:30-	Middag (<i>efterfulgt af fagligt oplæg v. forskningschef Anders Hede, Trygfonden</i>)

Fredag den 25. april 2008

08:30-10:00	Plenum III: Forsker-praktiker-samarbejde om forskning i og evaluering af sundhedsfremme og forebyggelse - <i>Programchef Olaf Rieper, AKF</i> - <i>Folkesundhedschef Jette Jul Bruun, Københavns Kommune</i> Spørgsmål og diskussion
10:00-12:00	Gruppesessioner II: Behov og forudsætninger for samarbejde mellem forskning og praksis (Inklusiv pause)
12:00-12:15	Pause
12:15-12:45	Opsamling på gruppesession II
12:45-13:00	Opsamling på workshopen og afslutning - <i>Direktør Jes Søgaard, DSI</i>
13.00-	Frokost

Bilag 3 Gruppesession I

Kriterier for vidensopbygning inden for forebyggelse og sundhedsfremme

Baggrund

Der er en del viden om, hvordan risikofaktorer påvirker sygdomsforekomsten, men det anføres ofte, at vores viden om konkrete interventioners effekt er begrænset. Der er en del udfordringer i forhold til at tilvejebringe denne viden. Foruden de i mange år kendte praktiske problemer med virkningsdokumentation af forebyggelsesinterventioner i form af fx en betragtelig tidshorisont fra interventionsindsats til den fulde sundhedsmæssige virkning er realiseret, handler den store udfordring på forebyggelsesområdet om at få forenet forskernes og praktikernes krav til dokumentation af interventionerne. Idet forskernes krav til den videnskabelige kvalitet af studierne og dertilhørende forskningskrav skal forenes med de ressourcer, kommunerne og andre aktører har til rådighed. Endvidere har kommunerne og andre aktører behov for relativ hurtig og løbende feedback fra de forsknings- og evalueringsprojekter, som igangsættes.

Formål

Formålet med denne gruppesession er at formulere kriterier for, hvad der er god dokumentations- og evalueringspraksis inden for forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Herunder opstilling af minimumskrav til indholdet i forskellige typer af evalueringer.

Spørgsmål til gruppesessionen

1. Hvilken viden vil fremme udviklingen af en effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne?
2. Hvad er god dokumentations- og evalueringspraksis på forebyggelsesområdet?
3. Opstilling af minimumskrav til evaluering af en forebyggelsesindsats?

Bilag 4 Gruppesession II

Behov og forudsætninger for samarbejde mellem forskning og praksis

Baggrund og formål

I en proces, der skal opbygge viden om forebyggelse og sundhedsfremme og bidrage til dens anvendelse, er der brug for samarbejde mellem forskning og praksis på flere niveauer og på forskellige stadier i processen. På den ene dimension er der brug for samarbejde på flere niveauer

- i forhold til enkeltprojekter
- i forhold til større programområder
- på et overordnet (nationalt) niveau.

På den anden dimension vil samarbejdet vedrøre

- initiering af forskning og evaluering
- gennemførelse af forskning og evaluering
- formidling og anvendelse af den producerede viden.

Formålet med denne gruppesession er at pege på, hvad der kan fremme samarbejde mellem praksis og forskning om at producere viden om forebyggelse og sundhedsfremme.

Spørgsmål til gruppesessionen

1. Hvad er behovet for samarbejde mellem forskning og praksis i relation til vidensopbygning om forebyggelse og sundhedsfremme?
2. Hvad hæmmer, og hvad kan fremme samarbejdet mellem praksis og forskning?
3. På hvilket niveau er der brug for at udvikle samarbejdet?
4. Forslag til, hvilke organiseringer eller strukturer der kan fremme samarbejdet mellem praksis og forskning?

