





Forskning på den politiske dagsorden



REGIONSRÅDSMEDLEM
Anders Kühnau

Dette nummer af *mi(d)t Liv* fokuserer på brobygning mellem forskning og praksis. Et emne, der ikke umiddelbart står øverst på den politiske dagsorden, og som ikke fylder meget i de politiske debatter i regionsråd, kommunalbestyrelser eller i Folketinget. Man kunne med rette spørge, om brobygning mellem forskning og praksis overhovedet er relevant set fra et politisk perspektiv?

Svaret er et klart ja. Det er yderst relevant for en politiker, at der sker en brobygning mellem forskning og praksis. Man kunne gå så langt som til at sige, at forskning kun kan få støtte fra en politisk ledet organisation, hvis der er sandsynlighed for, at forskningen kan omsættes til resultater i praksis.

Ingen politiker vil naturligvis svare nej til, at forskning i sig selv er vigtig og støtteværdig; men samtidig har de fleste en forventning om, at forskningen fører til noget. Det skal helst kunne omsættes til virkelighed, for ellers bliver politikerne beskyldt for ikke at forvalte skatte-kronerne med den allerstørste omhu. Resultaterne af forskningen skal endvidere helst kunne ses af borgerne inden for den fireårige periode

i en valgcyklus, således at de politikere, der bevilger pengene, kan nå at blive belønnet for de initiativer, der er taget.

Den politiske virkelighed er således både kort-sigtet og resultatorienteret, og der er altid knaphed på ressourcer. Det stiller store krav til forskningen og til praksis, og det er til tider i direkte modstrid med den virkelighed og de idealer, der kendetegner god forskning. Det stiller imidlertid også store krav til politikerne om at tænke i andre baner og satse strategisk og langsigtet, hvis vi skal opnå vores fælles mål om et sundhedsvæsen på et højt fagligt niveau. Vi skal altså også turde investere i forskning, som måske ikke giver synlige resultater på kort sigt.

Selvom den politiske proces ikke altid harmonerer med forskning i praksis, har politikerne en vigtig opgave, der består i at understøtte brobygningen mellem forskning og praksis. Det betyder, at vi skal skabe rammerne for forskningens møde med praksis og dermed for idéudvikling og implementering af løsninger, som er fremkommet i et samarbejde mellem forskere og praktikere. Det kan vi konkret gøre ved at støtte projekter som dem, der er omtalt i dette nummer af *mi(d)t Liv*, ligesom Folkesundhed i Midten er et godt eksempel på politisk støtte til brobygningen mellem forskning og praksis på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.

Anders Kühnau
Regionsrådet (A)
formand for Sundhedskoordinationsudvalget

mi(d)t Liv – marts 2010

Bladet for beslutningstagere og sundhedspersonale i Midtjylland samt nationale samarbejdspartnere.

Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N
www.centerforfolkesundhed.dk

Redaktionspanel

Lene Dørfler
leder af Sundhedsfremme og Forebyggelse,
Silkeborg Kommune
Lotte Groth Jensen
projektleder, Center for Folkesundhed
Birgitte Haahr
kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde
Svend Kier
praktiserende læge, Randers, praksiskoordinator
Regionshospitalet Randers og Grenaa
Doris Nørgård
ledende sundhedskonsulent
Center for Folkesundhed (Holstebro)
Anna Birte Sparvath (indtil 31.12.2009)
chefsygeplejerske, Regionshospitalet Horsens,
Brædstrup og Odder

Redaktion

Stina Lou
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4716, stina.lou@stab.rm.dk
Lucette Meillier (indtil 01.03.2010)
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4713, lucette.meillier@stab.rm.dk
Gerd Nielsen
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)
kontorchef, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4707, kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk

Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk

Forside, tegninger: Hanne Ravn Hermansen

Grafisk tilrettelæggelse:

Weitemeyer Design & Communication

Tryk: WERKS Grafiske Hus a/s

Oplag: 3.500

Online version: www.midtliv.rm.dk

Næste udgivelse: juni/august 2010

ISSN 1902-7257

Sundhedslovens § 194 om forskning præciserer, at regionerne skal sikre udviklings- og forskningsarbejde, og kommunerne skal medvirke. Dette nummer af *mi(d)t Liv* har fokus på forskningssamarbejdet mellem forskningsinstitutioner, region og kommuner.

Der er artikler om forskning og videnskab, forskningsområder og -samarbejde inden for folkesundhed og om en samarbejdskonstruktion til fremme af forskning i praksis: Folkesundhed i Midten. Bladet giver også eksempler på konkrete forskningsprojekter i region midt med fokus på det gode, men også udfordrende samarbejde.

mi(d)t Liv vil fremover følge den fortsatte udvikling om samarbejde inden for praksisforskning og fortælle nyt i bladets sektion om sundhedssamarbejde.

God læselyst
REDAKTIONEN

03 I dette nummer Tema: Brobygning mellem forskning og praksis	Konkrete forsknings-samarbejder – eksempler	24 Andet og mere end langhåret grundforskning Glimt fra et seminar om forskningssamarbejde
04 Forskning - at levere det bedste, man har lært	16 Forebyggende helbredsundersøgelser	25 Sundhedssamarbejde
07 At forebygge og forske i samarbejde	18 Læring & Mestring	25 2. generations sundhedsaftaler - fra proces til effekt
10 Folkesundhed i Midten	20 Amning - og tidlig kontakt	26 Knap 81 millioner til patienter med kronisk sygdom i Region Midtjylland
12 Muligheder og barrierer i samarbejdet på tværs af universitet, region og kommuner	22 Et regionalt-kommunalt forskningssamarbejde afprøver metoder for rehabilitering	27 Folkesundhed i Midten: Økonomisk støtte til forsknings- og udviklingsarbejde

Forskning

- at levere det bedste, man har lært

■ Peter Vedsted, professor, assisterende forskningsleder, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet

Enhver, der har dygtiggjort sig inden for et bestemt område, har et iboende ønske om at kunne levere det bedste, man har lært. Samtidig også at kunne bidrage til, at det man laver, bliver lidt mere effektivt. Det er et grundlæggende menneskeligt træk at være nysgerrig efter at forstå, hvorfor noget er som det er og søge at ændre det i en gunstig retning.

Når en professionel møder en udfordring, fx en erkendelse af at nogle mennesker har svært ved at komme i arbejde efter en svær sygdomsperiode, så stiller den dygtige professionelle sig naturligt to spørgsmål. Det første er, hvilket omfang det givne fænomen har. Altså, hvor ofte har folk svært ved at komme i arbejde? Det svar afhænger måske af, hvilken sygdom man er sygemeldt med. Det næste spørgsmål er, hvad man bedst stiller op for at kunne hjælpe disse mennesker med at komme hurtigere og bedre i arbejde efter en svær sygdom.

Ønske om forbedring

Denne fremstilling er nok banal, og idéen med den er at illustrere det elementære i forskning og udvikling. Behovet for og ønsket om hele tiden at blive bedre til at udføre vores opgaver giver en naturlig drift i retning af at få ny viden. Når ny viden og udnyttelsen af denne viden skabes på

et systematisk grundlag med anerkendte metoder, kalder vi det forskning. Forskning og udvikling er altså nyskabende og øger dermed vores mulighed for at blive bedre. Når et helt fag eller indsatsområde i fx sundhedsvæsnet eller socialvæsnet beskæftiger sig systematisk og forskningsbaseret med deres kerneydelse, så taler man ofte om en videnskab. Som eksempel kan man tage lægevidenskab, der overordnet betegner det paradigme, hvormed enhver tilgang til faget sker. Lægevidenskaben stiller således bestemte krav til, at noget betegnes som ny viden, der bør anvendes.

Evidens

Når et fag stiller særlige krav til den nye viden, der produceres, så skyldes det behovet for at være sikker på, at den gælder, er valid og fremskaffet på en måde, som kan anerkendes. Hvis ny viden skal udnyttes, er det første skridt naturligvis, at den anerkendes som 'rigtig' og som 'sandheden'. Det kaldes videnskabelig evidens. Evidens betyder altså, at der i en eller anden grad foreligger dokumentation for 'sandheden', og at man dermed kan udtale sig med en vis sikkerhed. Hvordan og hvor meget man så har ført bevis for, at det må forholde sig sådan, kan være forskelligt og afhænger af forskningstraditioner og muligheder.

Forskning versus praksis

Netop evidensbegrebet har i de senere år givet basis for både en yderst positiv og heldig udvikling og også været vækstmedie for en del misforståelser og debat mellem forskere og praktikere. Den positive udvikling vedrører i høj grad den systematiske tilgang, der er kommet af at samle og evaluere den evidens, der findes på specifikke områder. Et eksempel er Cochrane-samarbejdet inden for sundhedsvidenskab. Produktionen af systematiske reviews, der er forskningsbaserede litteraturgennemgange, skaber helt nødvendige overblik over den viden, vi har, og hvor god den er. Fokus på evidens har således givet et nødvendigt og tilgængeligt overblik over vores viden på en række områder.

Samtidig har fokus på evidens skabt dissenser mellem forskere og praktikere. Praktikerne har jo selvsagt et behov for at kunne agere i konkrete situationer. Det skal ske på baggrund af den viden og de erfaringer, man har, og er ikke nødvendigvis baseret på videnskabelig evidens. Her vil nogle forskere fremføre, at så længe der ikke er evidens for det, man foretager sig, så bør man i hvert fald i nogle tilfælde holde sig fra at gøre noget, da det kan være potentielt skadeligt. Andre vil mene, at evidensbegrebet skal opfattes mindre restriktivt og ikke gøre 'best practice' til

skamme, hvis det vitterligt er det bedste, man kan. Et eksempel er brugen af akupunktur, hvor man har svært ved at finde evidens for en effekt og samtidig kan se, at det virker, når en læge bruger teknikken. Skal man så forbyde akupunktur?

Grunden til, at forskere og praktikere kan gå forkert af hinanden i diskussionen om evidens, er ofte, at man har forskellig opfattelse af, hvad evidens omfatter og betyder. Derfor er det vigtigt, at både forskere og praktikere giver sig lidt tid til at forstå hinandens ståsted, når man taler om evidens. Nogle praktikere kan have en tendens til at ville forsvare deres ret til frihed og selvbestemmelse og opfatter evidens som en indskrænkning. Det vil af nogle blive betragtet som inkompetence. Andre vil – også med rette – betragte evidens som kontekstafhængig og derfor umulig at følge. På den anden side vil nogle forskere beskyldte praktikere for at underkende videnskabens mulighed for at dokumentere ny viden, og at de på den måde holder fast i mindre effektive metoder og har en konservativ tankegang. Ingen af parterne har tydeligvis ret, og de står klart på hver deres platform i diskussionen. Hvis begge parter ønskede at få det bedste ud af et samarbejde, ville man gennem en smule begrebsmæssig forbrødring kunne nå til en fælles kultur, hvor man gennem forskning og udvikling kunne bidrage med ny viden, og i praksis sikre en implementering heraf med mulighed for at melde tilbage mht. hvilke områder, der eventuelt mangler viden på.

Forskningsforløbet

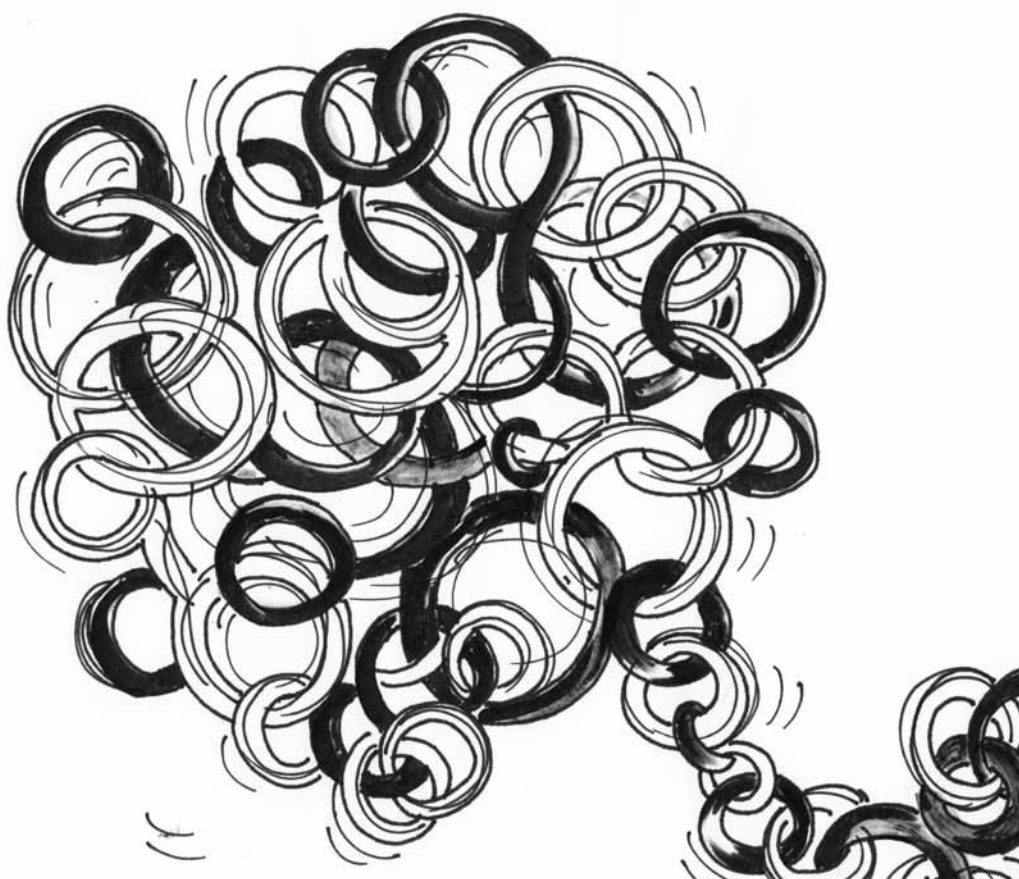
Idé ► Forskning ► Praksis

Langt de fleste anvendelige forskningsprojekter udspringer som nævnt af en undren og et ønske om at skabe udvikling i praksis. Man forundres og stiller sig spørgsmålet om hvordan og hvorfor. Forskeren vil typisk opstille en hypotese, der sammenfatter det relevante spørgsmål så præcist som muligt. Et eksempel kan være: *Efter første indlæggelse for blodprop i hjertet har genoptræningsmetode A samme effekt som genoptræningsmetode B.* Man postulerer altså, at A og B er ligeværdige som genoptræningsmodel. Det er herefter forskerens opgave at opstille et eksperiment, der kan be- eller afkræfte, at A og B har samme effekt. Forskeren skal så opstille modeller for genoptræningen baseret på gældende teorier. Dertil skal genoptræ-

ningsmodellerne operationaliseres, så de kan føres ud i praksis, og der skal tages stilling til, hvilke data der skal indsamles, for at man kan måle på effekten af de to modeller. Forskeren skal altså bidrage med sine helt særlige kompetencer inden for teori, undersøgelsesdesign, dataindsamling, analysemetoder og kritisk tilgang til resultater og konklusioner. Samtidig bliver det overordentlig vigtigt, at praktikerne bidrager med erfaring og kunnen fra den praktiske hverdag og dermed er med til at opstille og udføre de opstillede modeller.

Anvendt forskning og grundforskning

Det netop skitserede projekt er et eksempel på såkaldt anvendt forskning, hvor det har et præcist mål: at afprøve A mod B. Hvis genstandsfeltet er fx en patient, så



taler man om klinisk forskning, og hvis genstandsfeltet er fx lægen, sygeplejersken eller organisationen, så taler man om sundhedstjenesteforskning. Til forskel fra anvendt forskning har grundforskning som formål at opnå ny viden og forståelse uden nogen bestemt anvendelse i sigte.

Eksplorerende og eksperimenterende forskning

Forskning har ofte enten et eksplorerende eller et eksperimenterende sigte. Begge dele er nødvendige for at skabe ny viden. Alligevel er det ofte den eksperimenterende forskning, der står stærkest, når det gælder evidens. Det skyldes, at man her anvender et undersøgelsesdesign, hvor man sammenligner én gruppe med en anden og dermed kan holde alt ens – på nær den intervention, man udfører. Det randomiserede, kontrollerede forsøg betragtes derfor ofte som det endegyldige bevis for, om model A er bedre end model B.

Man kan fortsat skabe evidens med andre metoder. En lang række forhold lader sig slet ikke undersøge i et klassisk randomiseret studie, og kausale sammenhænge kan sandsynliggøres gennem en række andre undersøgelsesdesign og videnskabelige metoder, herunder både kvantitativ og kvalitativ (medicinsk-humanistisk) forskningsmetode.

Videnskabelig formidling og implementering

Forskning er kendetegnet ved at skulle stå for en kritisk gennemgang af ligemænd, det såkaldte system med *peer-review*. En sådan bedømmelse har til formål at sikre kvaliteten af resultaterne og dermed også sikre, at der bidrages fornuftigt til eviden-

sen på området. En bedømmelse af forskningsresultater sker typisk ved, at eksperter på området gennemgår en videnskabelig artikel kritisk og beslutter, om de kan godkende de enkelte elementer af forskningen. Dette kan være en længerevarende proces, og forskningsresultater er derfor lang tid undervejs til løbende irritation for de praktikere, der gerne så at resultaterne kom i spil med det samme.

Den del af forskningsprocessen, som ofte forsømmes, er selve implementeringen af ny viden. Ofte vil forskere være tilfredse med at have fået publiceret deres resultater i videnskabelige tidsskrifter, eller også har de af naturlige grunde hverken evner eller ressourcer til at sikre en udbredelse af deres resultater. Problemet er, at videnskabelige tidsskrifter ikke læses af mange praktikere. Derfor er diffusion af ny viden helt afhængig af, at der er nogle, der har ansvar for at opfange relevant ny viden og bringe den i spil. Et ansvarligt samfund – herunder et ansvarligt sundhedsvæsen – sørger for at have ansatte, der hele tiden har det som dedikeret opgave at sikre, at ny viden benyttes i daglig praksis. Alligevel oplever man ofte det såkaldte 'knowledge-doing-gap', hvor forskerne ikke helt formår at få deres resultater formidlet bredt, og praktikerne kan blive hængende i ikke-opdateret viden og forældede procedurer. Faktisk er dette område i de seneste år blevet udviklet til et særligt forskningsområde om implementering.

Det er da logik for sprællemænd

Denne artikel har præsenteret nogle af de forhold, der gør sig gældende omkring forskning, og har sat det i relation til praksis. Forskningen skal ses som skabelsen

af ny viden på et systematisk grundlag og skal sikre, at vi samlet set bliver bedre til at gøre det, vi er sat til. Omvendt skal praktikerne hele tiden være passende kritiske over for deres måde at arbejde på og stille de gode, undrende spørgsmål til forskerne. På den måde understøtter vi hinanden i at opnå de bedste resultater af vores indsats.

Samtidig må forskere og praktikere sammen forlange en udvikling, der baserer sig på viden. Og ikke på såkaldte snusfornuftige tiltag fra velmenende mennesker, der med et budget og et beslutningsapparat i ryggen mener at have fundet 'de vises sten'. Forskning og udvikling koster penge og tid og har gang på gang vist også at kunne skabe resultater og øge effektiviteten i vores indsats. Det understøtter dygtige og kloge politikere og administratører ved at anerkende kompetencerne og forlange den bedste kvalitet. Så når vi hører replikken "det er da logik for sprællemænd" eller lignende postulater, skal vore kritiske sanser altid lige skærpes en anelse og anmode om præcisering af, hvilken 'logik' der er tale om. ■



At forebygge og forske i samarbejde

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

■ Finn Diderichsen, professor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Social Medicin, Københavns Universitet

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

Forskellige succeskriterier

Et af forskningens vigtige succeskriterier er, at resultaterne kan publiceres – og helst i velrenommerede internationale tidsskrifter. Det kan tage lang tid at frembringe resultater, som kan publiceres, da mange forebyggelseseffekter først viser sig mange år efter indsatsen er iværksat. På den anden side står kommunerne, som er politisk styrede organisationer og hermed har et legitimt behov for på kort sigt at kunne vise 'produktion' og effekt af de forebyggende indsatser, der igangsættes. Men dette betyder ikke, at forskningen aldrig kan producere resultater på kort tid, eller at kommuner ikke kan have tid til at vente på resultater over en længere periode. Det

handler i højere grad om at få defineret forskellen på fx rendyrket interventionsforskning eller monitorering og effektevaluering af en særlig indsats. Dette er bare en af de udfordringer, som forskning og praksis må løse i fællesskab for derved at skabe en større forståelse af hinandens verdener.

Ni områder for samarbejde – tre vidensområder

I en ny rapport fra Sundhedsstyrelsen *Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet* (2009)^[1] præsenteres en matrix (se tabel 1), der tydeliggør hvilken type af analyser og vidensområder forskere og praktikere kan og bør samarbejde om. Det gøres klart, hvilke muligheder og begrænsninger de forskellige analyser har, og hvilke roller henholdsvis forskere og praktikere spiller i de enkelte analyser.

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

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

Der er særligt mangel på viden inden for de to sidstnævnte områder. Dette er samtidig en viden, som ikke kan genereres uden en form for samarbejde mellem forskning og praksis. En kommune, som gerne vil vide, hvordan sundhedstilstanden udvikler sig blandt kommunens borgere, hvilke områder der skal sættes ind på, hvordan den bedst kan bruge et begrænset forebyggelsesbudget, samt hvordan lokale projekter har fungeret, har brug for forskellige typer analyser. Disse kan være relevante at gennemføre i samarbejde med forskere.

– tre analysetyper

Overordnet kan analyserne inddeles i tre typer:

- Forskning, dvs. studier med høj intern og ekstern validitet
- Dataindsamling og monitorering
- Lokal kontekstafhængig analyse.

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

Det kritiske samarbejde

Flere af de ni områder fungerer i dag glimrende: Epidemiologisk forskning om årsager til sygdom, epidemiologisk monitorering udvikles med de nye fælles sundhedsprofiler, systematiske evidensoversigter udarbejdes både internationalt og af Sundhedsstyrelsen, og løbende procesevaluering udføres også i de fleste kommuner. Men der er andre områder, hvor tingene ikke fungerer optimalt, og hvor et bedre samarbejde mellem forskning og praksis kan være en del af løsningen.

Interventionsforskning

Mest iøjnefaldende er *interventionsforskningen*. Både forskere og praktikere har en grundlæggende fælles interesse i, at der udvikles ny viden om effekt af fore-

byggende indsatser, om effekt i forhold til forskellige målgrupper. Der er således en rationel grund til at efterspørge mere interventionsforskning. Forskningen stiller store krav til, hvordan denne type af studier udføres. De sikreste svar fås gennem lodtrækningsforsøg, hvor individer, grupper, institutioner eller lokalsamfund randomiseres. Det er ikke altid muligt at gennemføre lodtrækningsforsøg, og man må da ty til observationelle eller såkaldt quasi-eksperimentelle studier. De lider ofte af potentielt betydelige confounding-problemer – det vil sige usikkerhed om, hvorvidt andre forhold end interventionen har forårsaget en eventuel effekt – men en intelligent brug af naturlige eksperimenter kan også give megen relevant viden.

Under alle omstændigheder kræver interventionsstudier et tæt samarbejde mellem (ofte mange) kommuner, forskningsinstitutioner og regioner. Uden dette samarbejde kan den økonomiske og organisatoriske infrastruktur ikke skabes. Samarbejdet skal etableres i god tid inden interventionerne startes, og studierne er udgiftskrævende og tager lang tid. Interventioner skal planlægges og forankres lokalt, og hvis flere kommuner deltager skal arbejdet koordineres, og en randomisering i intervention og kontrolområder skal gennemføres.

Effektevaluering

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

En vigtig distinktion: effekt og implementering

Normalt laves en distinktion mellem at evaluere et programs effekter og at evaluere implementeringen af indsatserne i et program. Mens den sundhedsvidenskabelige tradition stræber efter viden om indsatsernes effekt, som er så kontekst-uafhængig som mulig (dvs. har høj ekstern validitet), stræber den samfundsvidenskabelige tradition mod at gøre en eventuel kontekstafhængighed til et spændende

Tabel 1: Ni områder for samarbejde mellem forskning og praksis

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

forsknings spørgsmål og ikke en besværlig kilde til manglende validitet. Både effekt og implementering er vigtige emner, men mens idéen med *evidensoversigter* bygger på en antagelse om en vis kontekst-uafhængighed, er der ingen tvivl om, at implementeringen er meget afhængig af kontekstuelle forudsætninger. Distinktionen er således også vigtig for at forstå de forskellige videnskabsgrenes interesser og forudsætninger for at samarbejde.

En anden vigtig distinktion består i, hvorvidt en evaluering drejer sig om at undersøge, om der er opnået en reduktion af risikofaktorer i den lokale befolkning, og hvorvidt det faktisk er indsatserne i programmet, der er årsag til reduktionen. Det første kan man få svar på i en effektevaluering, mens det sidste spørgsmål kræver, at andre forklaringer med sikkerhed kan udelukkes. Hertil kræves som nævnt ovenfor interventionsforskningens studiedesign.

Langsigtet samarbejde mellem forskning – og udvikling

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

Et samarbejde kan imidlertid også udformes således, at begge parter udvikler en delvis fælles kompetence og får en gensidig forståelse for hinandens perspektiver og kulturer. Internationale erfaringer taler for at satse på et langsigtet forpligtende samarbejde

mellem forskere og praktikere. Ved et sådant langsigtet samarbejde bliver de forskere, der er ansat ved universitetet, også bedre i stand til at levere praksisrelevant undervisning i forebyggelse og sundhedsplanlægning, og der bliver bedre forudsætninger for, at der i fællesskab kan etableres de komplicerede samarbejdsstrukturer, som store interventioner kræver. Det kan også være en måde, hvorpå kommunerne kan beholde kvalificeret personale, fordi forskersamarbejde kan give mulighed for en form for kompetenceudvikling, som det ellers kan være svært at få i en kommunal forvaltning.

Et løbende langsigtet samarbejde er svært at etablere over lange geografiske afstande, og en form for regional struktur, som fx er etableret i Region Midtjylland, kan derfor være praktisk.

Behov for komplekse analyser

Kommuner og regioner står ikke mindst i deres sundhedspolitiske arbejde over for voksende krav om at prioritere sundhedsfaglige indsatser på en måde, der giver mest sundhed for pengene og begrænser uligheden mest mulig samtidig med, at de skal sikre, at mennesker mødes med respekt og gives en vis valgfrihed. Der kræves ganske komplekse analyser for at balancere disse mål, og erfaringen fra blandt andet Storbritannien og Sverige er, at hele sundhedsplanlægningen af både behandlende, rehabiliterende og forebyggende indsatser kræver stadig mere kvalificeret analytisk

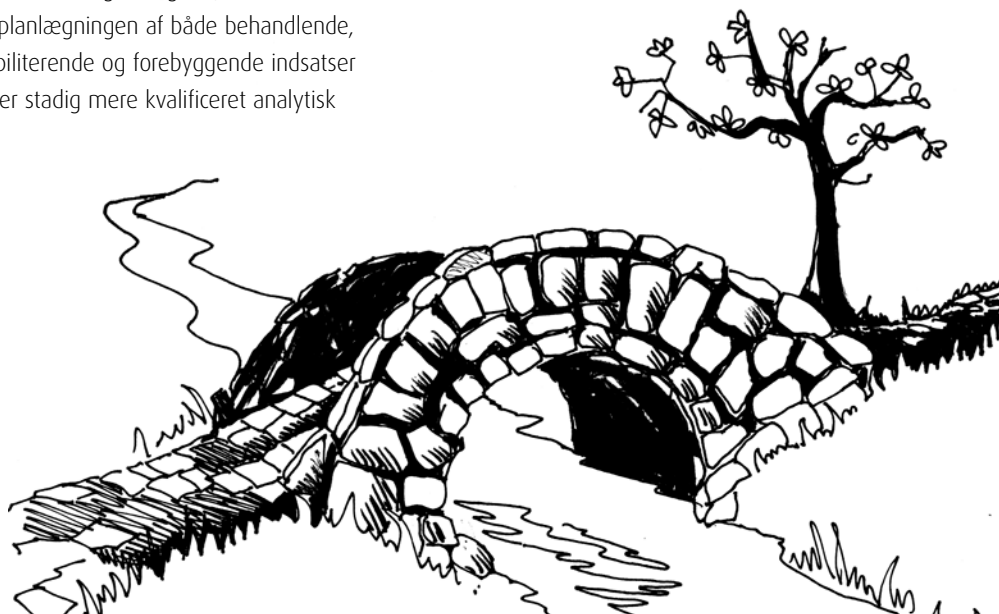
kompetence inden for fx epidemiologi og sundhedsøkonomi. Arbejdet med at udvikle metoder til dette og med at uddanne personale til at bruge dem vil vinde ved et samarbejde mellem forskere og praktikere. Gennem samarbejdet får forskerne på deres side bedre mulighed for at gennemføre deres forskning via adgang til data og via øget viden om det praktiske arbejde.

Behov for enkle værktøjer

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

REFERENCE

[1] Diderichsen F, Nygaard E, Bonde A. Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet. København: Sundhedsstyrelsen 2009.



Folkesundhed i Midten

Region Midtjylland har i samarbejde med kommunerne i regionen dannet samarbejdsstrukturen Folkesundhed i Midten for i fællesskab at støtte forsknings- og udviklingsarbejdet

■ Tine Andresen, projektleder, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland & Linda Kirkegaard, AC-fuldmægtig, Regionalt Sundheds-samarbejde, Region Midtjylland

Kapitel 59

Forskning

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

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

KILDE: Lov nr. 546 af 24. juni 2005

Lovgrundlag

Ifølge *Sundhedsloven*, som trådte i kraft 1. januar 2007, har regionerne ansvaret for, at der udføres forsknings- og udviklingsarbejde i regionen, mens kommunerne skal medvirke her til. For at løfte denne opgave er samarbejdsstrukturen mellem Region Midtjylland og kommunerne – Folkesundhed i Midten – dannet. Samarbejdsstrukturens aftaleområder fremgår af *Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*.

Formål

Samarbejdsstrukturen Folkesundhed i Midten yder økonomisk støtte til forsknings- og udviklingsaktiviteter, der bidrager til følgende formål:

- At sikre, at forsknings- og udviklingsarbejde i det fælles kommunale-regionale opgavefelt understøttes, at ydelser og uddannelse af sundhedspersoner varetages på et højt fagligt niveau.
- At opruste kommunerne i regionen til i fællesskab at tiltrække nationale forsknings- og udviklingsmidler i samarbejde med faglige miljøer.
- At udvikle et strategisk samarbejde med Aarhus Universitet.

Hvem er med

Deltagere i samarbejdsstrukturen er: Region Midtjylland og følgende kommuner: Favrskov, Hedensted, Herning, Holstebro, Horsens, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Odder, Randers, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Struer, Syddjurs, Viborg og Århus.

Økonomisk grundlag

Folkesundhed i Midten finansieres i fællesskab mellem Region Midtjylland og de deltagende kommuner. Gennem et fast årligt bidrag på 1 krone pr. borger – både fra kommunerne og regionen, hvilket giver et samlet fast bidrag på ca. 2,5 mio. kr. Det samlede mål for aktivitetsniveauet er i 2009 estimeret til 5 mio. kr. – hvoraf de sidste ca. 2,5 mio. kr. finansieres med udgangspunkt i konkrete projektansøgninger, jf. nedenfor.

En pulje – to grupper

Puljen til de konkrete projektansøgninger opdeles i to grupper ud fra følgende principper:

- 4/5 af midlerne finansieres med udgangspunkt i konkrete projektansøgninger, hvortil de deltagende kommuner og regionen i fællesskab bidrager
- 1/5 reserveres til et 'beredskab', der skal sikre muligheden for at handle hurtigt, hvis situationen kræver det. Evt. overskydende midler i beredskabspuljen fordeles med afsæt i seneste ansøgningsrunde eller som midler med afgrænset opdrag, fx projektudvikling.

Organisering

Samarbejdsstrukturen er organiseret med en bestyrelse og et fagligt udvalg.

Bestyrelsen består af Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland¹, mens det faglige udvalg er sammensat af repræsentanter fra klyngerne² og fra forsknings- og udviklingsmiljøet. Bestyrelsen udpeger det faglige udvalgs medlemmer og formandskab og refererer i øvrigt til Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland. Formandskabet – der varetages af tre personer: en universitetsrepræsentant (Aarhus Universitet), en kommune- og en regionsrepræsentant – har løbende fokus på relevante nationale puljer. Aktuelt består formandskabet af: Søren Kjærgaard, Aarhus Universitet, Jacob Stengaard Madsen, Favrskov Kommune og Mette Kjølbj, Region Midtjylland (– se udtalelser fra disse om samarbejdet side 12-13).

Det faglige udvalgs opgaver

Udvalget har til opgave – ud fra generelle vurderingskriterier – at udarbejde en faglig bedømmelse af indkomne projektansøgninger. Det faglige udvalg kan endvidere: yde rådgivning til projektudvikling/projektbeskrivelser; yde rådgivning til evaluering og vurdere evalueringsrapporterne. Derudover har det faglige udvalg til opgave at forestå afholdelsen af en til to faglige temadage om året, hvor bl.a. resultater fra igangværende og afsluttede projekter præsenteres.

Hvilke indsatser ydes der støtte til

Der ydes støtte til følgende typer indsats:

- *Forskningsbaserede udviklingsprojekter*
Herunder særlig praksisnær/anvendelsesorienteret forskning

• **Større strategiske satsninger som har et længerevarende perspektiv**

I forbindelse med større satsninger kan flere kommuner, regionen og eventuelt faglige miljøer i fællesskab søge midler fra nationale puljer og få suppleret op med midler fra ansøgerkredsen i en fælles fordeling mellem kommunerne og regionen

• **Ph.d. eller andre faglige uddannelsestiltag**

I forbindelse med ph.d.- eller andre faglige udviklingstiltag kan fx nævnes: igangsætning af ph.d.-forløb, universitære sommer-skoler, praktikophold for specialestudierende, afholdelse af fælles faglige temadage mv.

Projektansøgningerne bedømmes i det faglige udvalg ud fra vurderingskriterierne: relevans, kvalitet og gennemførlighed.

Hvem kan søge

Der er følgende betingelser ved tilsagn om økonomisk støtte fra Folkesundhed i Midten:

- Ansøgeren skal være kommuner, region eller klynger. Enkeltpersoner kan således ikke ansøge om midler fra samarbejds-

konstruktionen (kan dog indsende forslag til *Idébanken*)

- Ansøgningen skal omfatte samarbejde over sektorgrænser
- Projektet skal indebære et samarbejde med forsknings- og vidensmiljøer
- For at sikre forankring skal projektafsøgningen indeholde en redegørelse for, hvad ansøgeren selv bidrager med til projektet (fx personaleressourcer).

Ved tilsagn om flerårig forskningsstøtte og ved større engangsbeløb stilles som forudsætning, at der foretages en afrapportering om, hvad beløbet fra samarbejdsstrukturen er blevet anvendt til, samt hvilke forsknings- og udviklingsmæssige aktiviteter der er opnået.

Særlige indsats- og temaområder

Følgende indsats- og temaområder vil blive inddraget i prioriteringen af forskningsmidler for 2009-2010: *samarbejde over sektorer; det medicinske område, kronikerområdet samt demens- og depressionsområdet.*

Proces for opslag og tildeling af støtte

I forbindelse med ansøgning om midler skal der udarbejdes en projektansøgning,

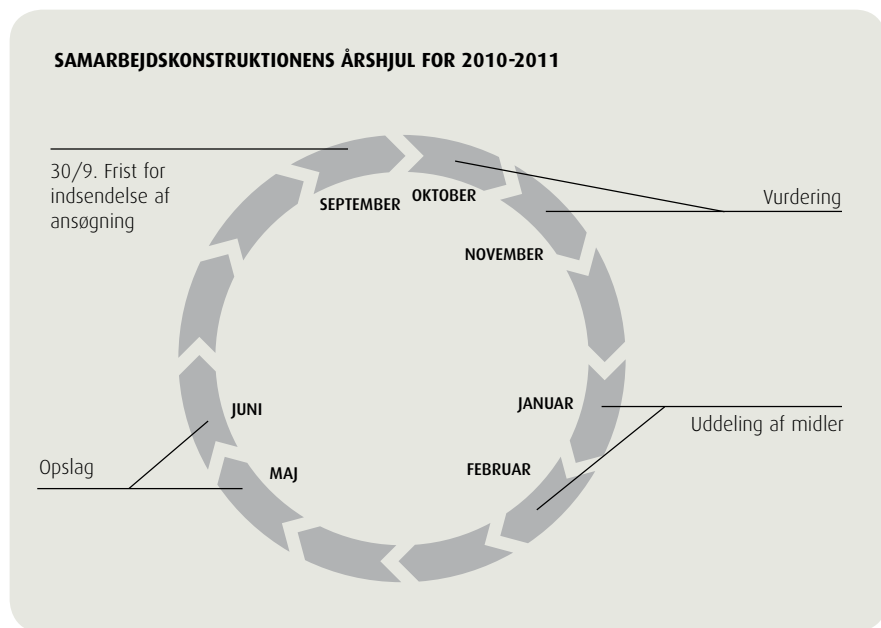
som vil blive vurderet i det faglige udvalg, jf. ovenfor. Ansøgninger fremsendes i prioriteret rækkefølge via ledelsessystemet i henholdsvis kommuner og region. Midler fra Folkesundhed i Midten fordeles efter ansøgningsrunder, som annonceres på hjemmesiden. Samtidigt sendes der besked til parterne i samarbejdsstrukturen om, at der er mulighed for at søge midler til forsknings- og udviklingsprojekter. Fristen for første ansøgningsrunde var den 1. december 2009. Midlerne for 2009 bliver uddelt i marts 2010.

Idébank

Udover mulighed for at søge midler via den årlige annoncering, er der mulighed for løbende at indsende forslag til *Idébanken*. *Idébeskrivelsen* har til formål at sætte de første ord på projektets grundlæggende tanke. Der kan indsendes konkrete idéer til projekter, satsningsområder, kompetenceudviklingstiltag mv. *Idéerne* fremsættes til bestyrelsen.

Flere informationer

Ansøgningskema, opslag for uddeling af forskningsmidler, oversigter over bestyrelsesmedlemmer og medlemmer af det faglige udvalg m.v. kan findes på Folkesundhed i Midtens hjemmeside: www.fim.rm.dk ■



NOTER

1. Sundhedsstyrelsen er en administrativ styregruppe, som har som primær opgave at forberede sager til Sundhedskoordinationsudvalget. Herudover bliver det løbende samarbejde og de overordnede problematikker i sundhedsaftalerne drøftet med henblik på at sikre koordinationen mellem sektorerne. Styregruppen består af repræsentanter på ledelsesniveau fra kommuner og hospitaler, praktiserende læger og repræsentanter fra regionen (KILDE: www.regionmidtjylland.dk)
2. Der er i alt 6 klynger i regionen, hvor hver kommune er knyttet op på det hospital, de primært anvender. Læs mere om inddelingen i klynger, klyngernes styregrupper og klyngernes møder på: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommuneme/klyngerne

Muligheder og barrierer i samarbejdet på tværs af universitet, region og kommuner

■ Redaktionen

Sundhedsstyrelsen og Region Midtjylland afholdt et *Regionalt seminar om muligheder og barrierer for samarbejde om praksisbaseret forskning* for særligt indbudte repræsentanter fra Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Region Midtjylland og kommunerne i den midtjyske region den 10. december 2009 i Århus.

Formandskabet for det faglige udvalg for Folkesundhed i Midten, institutleder Søren Kjærgaard, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, souschef Mette Kjølbj, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og direktør for Social og Sundhed Jacob Stengaard Madsen, Favrskov Kommune gav fra hver deres ståsted nogle bud på det frem-

tidige samarbejde. Oplæggene blev båndet, og det følgende er vigtige pointer og citater fra udskriften.

- Tak til Sundhedsstyrelsen fordi I har lavet rapporten *Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet* med en god spilleplade.⁽¹⁾ Den er rigtig god til at sætte en ramme for snakken om samarbejdet: Hvor er vi henne på spillepladen, hvor er det vi samarbejder, og hvad samarbejder vi om?

- Mit fokus i dag er dog i højere grad på samarbejdet mellem det beslutningstagende niveau, forskning og praksis. Hvis vi ikke får sat det på dagsorden på en strategisk måde, både politisk nationalt, regionalt, kommunalt og i ledelsessystemet, bliver det ikke til noget. Vi kan ikke hele tiden arbejde på de gode viljer hos praktikere og forskere. Der skal bygges et højhus med plads til strategi og faglighed på alle etager. Mit ståsted er mange års arbejde frem mod et samarbejde i trekanten: politisk/administrative niveau, forskning og praksis. Her er der nye forpligtelser i region og kommune med § 194 [i sundhedsloven, red.], som i øvrigt passer fint med universitetsloven.

Mette Kjølbj beskriver to forskellige tilgange til forskning i en let karikeret udgave.

- Universitetsverdenen laver forskning, der skal understøtte forskningsbaseret undervisning, og regionen skal lave forskningsbaserede sundhedsydelser eller indsatser. Det skal vi have en fælles forståelse af og samtidig kendskab til hinandens forudsætninger og formål med at indgå i et samarbejde. Der skal være nogle personer i kommunerne, i regionen og på universitetet, som kan fungere som 'go between'. Det er også et håndværk.

METTE KJØLBJ
REGIONEN



Mette Kjølbj er også optaget af tidsperspektivet.

- Beslutningstagnation er en sprint. Sådan kan det opfattes af forskeren, som fra sidelinjen ser en beslutning blive taget tilsyneladende uden tilstrækkelig viden, og uden at forskeren kan følge med. Men ofte ligger beslutninger i gryden i lang tid og har et langt forløb. Så hvis beslutningstagerne koncentrerer sig om at se de fremtidige udfordringer og problemer og inddrager universitetsverden i god tid, kan der opstå et frugtbart samarbejde undervejs. Men det forudsætter på den ene side indgående forståelse af og indsigt i beslutningsprocesser, og på den anden side forståelse af at forskning er en lang rejse og sjældent giver konkrete svar på en kompliceret problemstilling.

- Det, der tæller i den administrative verden, er ikke det samme som i universitetsverden. Man skal forstå de forskellige incitamentsstrukturer for at kunne designe en win-win-situation.

Forskning drives ofte af ildsjæle, men de skal understøttes strukturelt, og små forskningsenheder har meget trange vilkår.

- Hvis man skal holde et volumen og en kvalitet på forskningen generelt, skal man tænke i kombinationsstillinger, men også koble det på eksisterende forskningsmiljøer, som kan bære store opgaver. Det tager en generation at opbygge et forskningsmiljø.



SØREN KJÆRGAARD
UNIVERSITETET

- Vi har en fælles mission, som hedder: Forbedring af folkesundheden. Derfor har vi alle en interesse i at arbejde sammen. Vi får en mere videnskabelig forankring inden for public health, mere evidensbaseret. Vi får bedre kommunikation med det politiske niveau, og set fra vores synsvinkel får vi rigtig meget ud af at lave interventioner, der bliver udviklet i samarbejde med praksis, så vi ikke kaster enorme ressourcer ind på at flytte en lille bitte smule, men laver noget som kan realiseres i kommunerne, og som har en fornuftig økonomi.

- Men jeg ser også en problemstilling, der handler om krav til forskningen om at gøre det på de rigtige måder. Hvis vi skal publicere - og det er meget vigtigt, at vi kan publicere vores resultater i internationale tidsskrifter - er der nogle krav vi skal leve op til, og det kan skabe konflikter.

Et andet potentielt konfliktområde Søren Kjærgaard bringer frem er planlægningshorisonten.

- Hvordan hænger de fireårige valgperioder og ph.d.-projekters længde sammen, og hvordan hænger kadencen med at få publiceret sammen med at få leveret noget tilbage til de politikere, som i sidste ende er dem, der igangsætter projekter?

- Jeg vil opfordre til, at vi bliver inddraget så tidligt som muligt. Altså når idéen bliver født at inddrage de forskere, der alligevel skal være med til at løfte opgaven.

Og her kommer også spørgsmålet om randomisering/ikke-randomisering ind som et væsentligt, men også potentielt konfliktområde. Inden for nogle områder er der stærk modstand mod at arbejde sådan.

- Det kan stride mod nogle almindelige lighedsbetræktninger, at fx nogle skoler får tildelt ekstra ressourcer, og så skal andre vente.

Søren Kjærgaard nævner hele uddannelsesfeltet som et godt samarbejdsområde. Der er mange studerende, som skal udarbejde bachelor-, master- og specialeprojekter, hvor projekterne kan gennemføres i kommunerne med vejledning fra videnskabelige medarbejdere. Endelig er der samarbejdet om fælles finansiering af ph.d.-forløb, hvor der er gode muligheder.

Til slut inviterer Institut for Folkesundhed kommunerne til seminar, hvor forskere kan præsentere sig selv og deres forskningsfelt og projekter.

- Som person vil jeg også være klar til, at hvis der er nogen, der sidder derude og har brug for hjælp, så står min dør åben, og jeg vil hjælpe med at finde frem til nogen, der har lyst til at gå ind i et projekt.

JACOB STENGAARD
MADSEN
KOMMUNEN



- Det, jeg tror, bliver helt afgørende for, om vi får det her til at fungere, det er noget, der handler om ledelse. Jeg har tænkt over min rolle i formandskabet. Der er en bestyrelse, som må have visioner, og et fagligt udvalg som har en masse input, så formandskabets fornemste funktion er at lede slagets gang. Fremtidens lederskab handler om, at man kigger ud i fremtiden og leder ud fra den fremtid, man kan se der skal til at opstå, og ikke ud fra den fortid hvor tingene ikke fungerede. Så vi må have et fælles mål om et sammenhængende sundhedsvæsen ude i fremtiden.⁽²⁾

Jacob Stengaard Madsen har også tre andre pointer.

1. Det skal være praksisnært. Det mener vi ude i kommunerne. Vi vil også gerne bidrage med andre ting, men vi skal hurtigt have mere viden om virkeligheden. Det vil vi gerne forankre.
2. Kommunerne har i den grad også brug for at lære noget om evidens og blive inspireret til at tænke videnskabeligt. Det gælder ikke kun på sundhedsområdet. Vi laver ufattelig mange ting i kommunerne, som vi ingen evidens har for. Men vi gør det alligevel.
3. Vidensopsamling og inspiration på tværs er afgørende for, om vi lykkes. Så jeg vil opfordre til, at de der får penge til at lave projekter også investerer i formidling.

- Alt det har jeg tænkt at fremme i formandskabet.

REFERENCER

[1] Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet. København: Sundhedsstyrelsen 2009 (tabel 1, side 12). Publikationen kan ses/hentes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk (Udgivelser). Tabellen er også gengivet i Finn Diderichsens artikel i dette blad, se side 8.

[2] Charmer CO. Teori U - Lederskab der åbner fremtiden. Mod en ny social teknologi - presencing. Forlaget Ankerhus 2008.



Skolesundhedsprojektet

■ Mia Butler, projektleder, Lone Lindegaard Nordin, ph.d.-licentiat & Venka Simovska, lektor og programleder på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet

SKOLESUNDHEDS-PROJEKTET

Skolesundhedsprojektet er en indsats rettet mod elever, forældre og lærere med det formål at undersøge, om fokus på morgenmad og daglig fysisk aktivitet – i samspil med elevernes aktive involvering i udformningen og gennemførelsen af indsatsen – har en positiv effekt på elevernes læring, sundhedsmæssige handlekompetence og fysiologiske mål. Indsatsen på de deltagende skoler omfatter:

- Morgenmad som tema (set i relation til den samlede kost)
- 1 times daglig fysisk aktivitet
- Udvikling af elevernes handlekompetencer i forhold til at tage sunde valg
- Opkvalificering af lærernes kompetencer til at undervise i sundhedsrelaterede emner.

Projektet har særligt fokus på at styrke den obligatoriske, men time-løse, sundhedsundervisning, således at der arbejdes didaktisk, altså i relation til indholdet i det enkelte fag, men også metodisk således at der arbejdes med måderne, hvorpå der undervises i 'sundhed'. Viden fra en lang række nationale og internationale undersøgelser og projekter peger på, at der er betydelige effekter af hvert delelement, men der er ikke tidligere lavet forskning på effekten af en samlet pakkeløsning. *Skolesundhedsprojektet* er således et udviklingsprojekt, der både skal producere ny viden om virkningerne af interventionerne og derudover har som formål at udvikle et koncept, der kan give nye anvisninger på, hvordan sundhedsundervisningen kan implementeres i praksis på tværs af faggrænser. Projektet er treårigt og følger den samme gruppe elever fra 7. til 9. klassetrin, i alt ca. 250 elever og 25 lærere fordelt på fire skoler.

Med kommunalreformen har kommunerne overtaget ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse, og dermed er bl.a. arbejdet med børn og unges sundhedstilstand og -vaner blevet en kommunal opgave. Undersøgelser viser bl.a., at antallet af overvægtige børn og unge er stigende, og at andelen af overvægtige børn i skolealderen i mange lande ligger på 25-28%. Samtidig ses der en øget inaktivitet hos danske børn og unge og et øget forbrug af sukker og fastfood. De sundhedsmæssige konsekvenser af denne udvikling er store og uoverskuelige. Mange kommuner har derfor valgt at sætte fokus på sundhedsfremme og forebyggelse målrettet børn og unge.

Derfor har Silkeborg Kommunes Ældre- og Sundhedsudvalg bevilget støtte til et treårigt skolesundhedsprojekt, der sætter fokus på morgenmad, fysisk aktivitet og udvikling af elevernes handlekompetence i relation til sundhed. Kommunen samarbejder med *Forskningsprogrammet for Sundheds- og Miljøundervisning* på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole (DPU) ved Aarhus Universitet om et forskningsprojekt relateret til *Skolesundhedsprojektet*. Forskningsprojektet udføres som et treårigt ph.d.-studium.

Forskningsinstitutionens perspektiv

Set ud fra et DPU – og især fra *Forskningsprogrammet for Sundheds- og Miljøundervisning* – Perspektiv, er *Skolesundhedsprojektet* af flere årsager et vigtigt projekt. For det første er samarbejdet med såvel kommunen som de involverede skoler værdifuldt for DPU på et institutionelt niveau, og samarbejdet afspejler samspil-

let mellem politik, forskning og praksis. For det andet er partnerskabet mellem kommunen og skolerne interessant for DPU på et forskningsniveau. Tidligere undersøgelser fra DPU indikerer, at når skoler og lokale autoriteter arbejder sammen i forbindelse med sundhedsfremme og forebyggelse, så øges chancen for interventionens effektivitet både i forhold til sundhed og læring.

Selvfølgelig er der udfordringer og måske endda spændinger i forbindelse med samarbejdet – især i forhold til en fælles forståelse af projektets forventede effekt og af den tilknyttede forskning. Udfordringerne inkluderer fx følgende spørgsmål:

- Hvad er de forventede effekter af interventionen? Er det primært effekter i forhold til sundhed, fx lavere BMI? Eller effekter i forhold til elevernes læringsmæssige udbytte, fx kompetenceudvikling i forhold til sundhed?
- Hvordan måles og dokumenteres såvel processen som effekten, og hvad tæller som pålidelig og brugbar viden i feltet? (Spændingen mellem randomiseret kontrolleret forsøg og kvalitative metoder).

At diskutere disse spørgsmål fra et forsknings-, et praksis- og et politisk perspektiv og opnå en fælles forståelse under projektets udvikling har været en meget konstruktiv proces og fordelagtig for såvel de deltagende skoler, som kommunen og universitetet.

Det kommunale perspektiv

I og med det er nyt i en kommunal sammenhæng at tænke forskning ind som en

del af arbejdsprocessen, har en væsentlig del af projektudviklingsfasen omkring *Skole-sundhedsprojektet* drejet sig om at afklare rolle- og arbejdsfordeling samt muligheder og begrænsninger i samarbejdet med en ekstern forskningsinstitution. Der har dog været enighed om, både i Silkeborg Kommunes Skoleafdeling og Sundhedsfremme – og Forebyggelsesenheden, at det er en oplagt mulighed for at opfylde dels den udviklingsforpligtelse, der ligger i institutionsaftalerne på skoleområdet, dels den forskningsforpligtelse der fremgår af sundhedsloven.

Set fra projektgruppens side var ambitionerne for samarbejdet fra start store, idet der var lagt op til både at have en kvalitativ og en kvantitativ forskningstilgang. For samtalerne med de respektive forskningsinstitutioner gjorde det dog klart for gruppen, at evidenskravene til den kvantitative forskningsdel harmonerede dårligt med projektets fokus på interaktion og proces, herunder ønsket om at udvikle konceptet sammen med de deltagende skoler.

Det er en vigtig forudsætning for projektet, at skolerne rent faktisk vil prioritere og engagere sig i projektet, hvilket projektgruppen har forsøgt at sikre ved at rekruttere skoler efter frivillighedsprincippet frem for en randomiseret kontrolleret udvælgelse. De deltagende skoler har derfor sandsynligvis bedre forudsætninger for at igangsætte sundhedsfremmende aktiviteter end gennemsnittet, og alene af den grund er projektet uinteressant evidensmæssigt set. Derudover igangsættes interventioner på flere områder (kost, fysisk aktivitet, opkvalificering af lærere) samtidigt for den samme gruppe elever og lærere, hvorfor projektet ikke kan evaluere på entydige sammenhænge mellem indsats og effekt, men indsamler erfaringer med at implementere en pakkedløsning.

Det er blot et par eksempler på nogle af de modsætninger, der kan være mellem en praksisnær tilgang, hvor ønsket er at finde

svar på komplekse problemstillinger med udgangspunkt i praktikernes behov, og et evidensorienteret forskningsperspektiv hvor målet er snævert og fokuseret på kausale sammenhænge mellem enkeltelementer. Projektgruppen valgte at prioritere et forsknings samarbejde omkring et kvalitativt studie, fordi det kan bidrage mest med den type viden, som er nødvendig for at kvalificere projektet undervejs. Endelig forrede den økonomiske ramme – herunder uvished om tilførelse af eksterne midler – at kommunen selv påtog sig en del af dataindsamling og -behandling. Ud fra en pragmatisk begrundelse blev det derfor besluttet selv at varetage den kvantitative analyse.

Samarbejdet

Det var oplagt at bygge bro mellem Silkeborg Kommune og Danmarks Pædagogiske Universitet, som har mange års forskningserfaring inden for emnet "den sundhedsfremmende skole". I projektudviklingsfasen har Silkeborg Kommune været i løbende dialog med DPU om indholdet, fx har samarbejdet afstedkommet et litteraturstudie til belysning af effekterne af indsatsområderne, og DPU har haft konsulentfunktion i forhold til undervisningsforløbet for de deltagende lærere. Samarbejdet har altså, set fra et kommunalt perspektiv, tilført faglig ekspertise og sparring i forhold til at generere den nødvendige viden.

Den største udfordring har været at afstemme forventninger til indhold og udbytte af ph.d.-studiet. Set fra et kommunalt perspektiv har der været en forventning om, at studiet skulle være mere brugsorienteret end teoriønsende. Fra politisk side har der været et tydeligt ønske om at se veldokumenterede resultater – og gerne resultater, der var mulige efterfølgende at implementere: både praktisk og økonomisk. Det har således været et ønske løbende at kunne få indsigt i forskningen. Et interventionsprojekt har til hensigt at igangsætte forandringsprocesser, mens der forskes, og hvis det

skønnes nødvendigt bruge den producerede viden til at kvalificere det videre arbejde i projektperioden. Som kommune vil man naturligt have mest muligt for sin investering, men det er væsentligt at bevare et blik for forskerens integritet og uafhængighed, således at der også skabes et ordentligt grundlag for forskningsprocessen. ■

FORSKNINGS-PROJEKTET

Målet med ph.d.-projektet er at udvikle ny viden, der dokumenterer og nuancerer, hvordan sundhedsfremmende mad- og bevægelsesinterventioner implementeres i folkeskolen, hvad der karakteriserer henholdsvis ressourcetsvage og ressourcestærke elevers aktive deltagelse i interventionerne og effekten af disse interventioner. Formålet er at kvalificere indsatsen i fremtidige sundhedsfremmende skoleprojekter.

Ph.d.-projektets fokus er at få viden om, analysere, vurdere og perspektivere:

- Hvad karakteriserer de metoder, der anvendes til at involvere eleverne i mad- og bevægelsesinterventionerne på de forskellige skoler, og hvilken sammenhæng er der med skolens specifikke kontekst?
- Hvad karakteriserer henholdsvis ressourcetsvage og ressourcestærke elevers oplevelse af de anvendte metoder i forbindelse med mad- og bevægelsesinterventionerne?
- Er der forskel på henholdsvis ressourcetsvage og ressourcestærke elevers lyst og motivation til læring og udviklingen af deres handlekompetence i relation til sundhed?
- Hvordan påvirker forskellige betingelser henholdsvis ressourcetsvage og ressourcestærke elevers aktive deltagelse? Og hvilke forskelle og ligheder er der?

Til at belyse disse problemstillinger anvendes en kombination af forskellige forskningsmetoder, fx dokumentanalyse, observationer og interview med elever og lærere.

Forebyggende helbredsundersøgelser

- frugtbart samarbejde mellem en kommune og en forskningsinstitution

■ Helle Terkildsen Maindal, postdoc, Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet & Lene Jensen, sundhedschef, Randers Kommune

Forebyggende helbredsundersøgelser i Randers

Der er en både sundhedsmæssig og økonomisk positiv effekt af forebyggende helbredsundersøgelser og samtaler hos den praktiserende læge. Det viser resultaterne af forskning fra *Sundhedsprojekt Ebeltoft*.^[1] Randers Kommune har derfor med udgangspunkt i resultaterne fra forskningsprojektet i Ebeltoft et ønske om at implementere det som *Sundhedsprojekt Randers*. Formålet er at give borgeren mulighed for at få undersøgt sin helbreds-tilstand, herunder evt. risiko for livsstilssygdom, og hvis aktuelt modtage tilbud om en af kommunens sundhedsfremmende, forebyggende eller rehabiliterende indsatser, behandling hos praktiserende læge eller på sygehus.

Samarbejde på tværs giver god mening

Inden for sundhedsfremme og forebyg-

gelse er der begrænset viden om, hvilke indsatser der skal tilbydes til hvilke grupper, og hvordan der opnås god effekt. Det er en stor udfordring at påvirke befolkningens livsstil. Livsstilssygdomme er i eksplosiv vækst, og der er beskeden økonomi at gøre godt med, idet stort set alle offentlige midler inden for sundhed går til behandling. Dertil kommer, at det er en ny opgave for kommunerne. Tilsammen giver disse krydspres et stort behov for at søsætte projekter, som vi forventer har effekt – og derfor giver et samarbejde mellem kommuner og forskningsmiljøer rigtig god mening.

Kommunerne er særdeles erfarne i drift og i at være i kontakt med borgerne – herunder at spotte hvilke behov der efterspørges. Til gengæld har kommunerne relativt få medarbejdere med de faglige kompetencer, der skal til for at udvikle evidens herunder indsamle data, monitorere og evaluere. Særligt når der er tale om storskalaprojekter. På det område er forskningen stærk. Der er fra forskningens side en stor interesse i at undersøge sundhedsfremmende og forebyggende indsatser og udvikle og implementere disse til gavn for borgerne i den kommunale arena. Forskningsresultaterne skal kunne anvendes af

mange, og det er en stor fordel, at den enkelte kommune ikke selv skal opfinde den dybe tallerken hver gang, der skal iværksættes en indsats. Samfundsøkonomisk giver det rigtig god mening. Samarbejdet giver begge parter relationer til nye fag- og ressourcepersoner, netværk, viden om hvad der rører på sig i begge verdener – og sidst, men ikke mindst giver det flere muligheder for at søge og få bevilget midler fra forskellige fonde og puljer.

Det bedste fra to verdener

I det konkrete arbejde med *Sundhedsprojekt Randers* har vi identificeret en række faktorer vi mener er forudsætninger for, at samarbejdet mellem kommune og forskning kan lykkes og opleves meningsfuldt og givende for begge parter.

Åbenhed og vilje til samarbejde

Det er et must, at man fra begyndelsen er åben, nysgerrig og ser positivt på samarbejdet og dets muligheder – og så skal der vilje til at samarbejde. Det er vigtigt, at det er noget, man holder sig for øje i hele processen. At man lytter til hinanden, er åben og informerer om, hvad der sker i de respektive organisationer, og hvorfor der måske i en periode er modstand, hvad denne modstand handler om, hvor den kommer fra etc. Ellers bliver der for nemt misforståelser og usikkerhed om intentionerne og ønskerne om at være med.

Forståelse og respekt

Det er vigtigt at have forståelse og respekt for hinandens faglighed, vilkår, systemer og organisation. I en forskningsverden vil man typisk have fokus på høj faglighed, metode



og sikkerhed omkring data. Et væsentligt mål er i sidste ende at lave en velanset og respekteret publikation. I en kommunal verden vil fokus i højere grad være på, at der skal leveres meningsfulde ydelser til borgerne inden for den økonomiske ramme. Målet er hurtige resultater, som kan formidles til borgere og politikere.

Dynamisk organisation

Vores erfaring indtil nu er, at det er vigtigt med en dynamisk organisering af processen, når forskning skal implementeres. Det er ikke nødvendigvis de samme personer eller den samme organisation, der skal være involveret i hele forløbet. Der kan være behov for at inddrage personer med nye kompetencer undervejs og for at justere organisationen afhængigt af de aktuelle opgaver. Vi har alle mange møder. Kun nødvendige møder skal holdes, og deltagerne skal være klar med deres bidrag, så møderne giver energi og fremdrift.

Klar ansvars- og opgavefordeling

Der er behov for en klar ansvars- og opgavefordeling. I det konkrete projekt var det et fælles initiativ mellem Aarhus Universitet, Region Midtjylland og Randers Kommune, der skød projektet i gang. Herefter var det Randers Kommune, der tog stafetten med at styre projektet fremad. Det indebar at introducere arbejdet, lave forventningsafstemning, forberede møder og lave dagsorden samt at sikre, at der i perioderne mellem møderne blev fordelt og løst arbejdsopgaver. De enkelte bidrag blev samlet i et færdigt notat, og undervejs blev der yderligere sat fokus på den politiske proces. Vores vurdering er, at det sikrer høj grad af ejerskab, at det er den instans, der skal drive projektet, der sætter sig for bordenden – frem for fx velmenende forskere, der forlader projektet igen.

Hvad kan være svært

Når vi ser på det hidtidige samarbejde omkring det konkrete projekt, så har det

været positivt og med gevinst for begge parter. Med det in mente giver vi alligevel nogle bud på: "Hvad kan være svært?" For der kan potentielt være forhold, der kan udgøre en barriere, og som man skal være bevidst om, så samarbejdet kan fortsætte med at være konstruktivt og givende.

Gensidig afhængighed

I det konkrete projekt, hvor både kommune, region, almen praksis og universitet indgår, er alle gensidigt afhængige af hinanden. Er der en af parterne, som ikke spiller med, bliver alle andre sårbare. Eksempler på denne sårbarhed er: Vil de praktiserende læger deltage, og hvordan bliver overenskomsten? Vil kommune og region bevilge penge og hvornår? Vil regionshospitalet samarbejde og bruge tid og ressourcer på projektet? Vil forskningsinstitutionen prioritere dette projekt blandt andre? Vi mener, at det er faktorer, der øger sikkerheden for, at det bliver til noget, og dermed også om det er et samarbejde, man vil prioritere.

Projektmidler contra driftsmidler

Interessen for om en ny forebyggende indsats skal være et projekt eller en driftsopgave kan være forskellig. Som forskningsinstitution kan det være afgørende at indhente projektmidler for overhovedet at kunne medvirke som sparringspartner i kommunernes bestræbelser på at indføre evidensbaserede forebyggelsesindsatser. Som kommune der netop har valgt et evidensbaseret projekt, vil der være større interesse for at få det til at køre i drift og finde budgetmidler, som rækker mange år frem – og man vil også være villig til at vente længere tid på den politiske opbakning for at sikre driften.

Forskelligt sprog

Forskelligt sprog og forståelse for, hvad der rører sig i begge systemer, kan i hele forløbet være svært, give uønskede misforståelser og fordomme om hinanden. Det stiller

krav til deltagerne om at kommunikere ind i hinandens kontekster.

Omfang af evaluering

– herunder formidlingsaspektet

Som forsker vil man ønske sig mange midler til dokumentation og evaluering. Sat lidt på spidsen – jo flere penge til kvalitetsudvikling af projektet, evaluering og forskning – jo bedre, da det jo rammer kernen i forskningens virksomhed. Man vil også have fokus på sikker, systematisk metode, sikre data og være omhyggelig med ikke at offentliggøre resultater eller endog lække delresultater, før man er 100 procent sikker. Som kommune vil man nok være tålmodig med at finde driftsmidler, men knap så tålmodig med at få forelagt resultater. En kommune har større trang til hurtig publicering af resultater – for der er behov for at forklare: "Hvad kom der så ud af det?" i forhold til politikere og borgere.

Vi har brug for hinanden

De vigtigste erfaringer fra et samarbejde på tværs af forskning og kommunal virksomhed er, at vi har brug for hinanden, og at vi som samfund ikke har råd til at lade være. Samarbejdet kræver åbenhed og i høj grad dynamiske organisationer. Vores vision er, at der etableres et mere formaliseret samarbejde på tværs af forskningsinstitution, region og kommune. Vi mener, at alle parter vil have udbytte af et forum, hvor der etableres netværk, hvor interesserede medarbejdere mødes for at dele viden og sparre med hinanden.¹ ■

NOTE

1. Tak til Rockwoolfonden for økonomisk støtte til at Afdeling for Almen Medicin, Aarhus Universitet kan deltage i implementering af sundhedsprojekter ad modum *Sundhedsprojekt Ebeltoft*.

REFERENCE

[1] Lauritzen T, Jensen MS, Thomsen JL, Christensen B, Engberg M. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *Scand J Public Health* 2008 Aug;36(6):650-61.

Læring & Mestring

– udfordringer og muligheder i et forskningssamarbejde om patientuddannelse mellem kommuner og region

■ Tove Kjærgaard Clausen, projektsekretær, Doris Nørgård, leder af Sundhedsfremme og Forebyggelse Holstebro, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland & Henriette Haase Fischer, funktionsleder af Sundhedsfremme og Forebyggelse, Struer Kommune

Denne artikel er en opsamling fra en workshop på 'Regionalt seminar om muligheder og barrierer for samarbejde om praksisbaseret forskning', afholdt den 10. december 2009.

Workshoppen tog udgangspunkt i nogle refleksioner over samarbejdet og i en samtale mellem de to oplægsholdere, som også er medforfattere til denne artikel.

PROJEKT LÆRING OG MESTRING

I 2007 overtog kommunerne ansvaret for dele af den patientrettede forebyggelse, og tilbud om patientuddannelser til mennesker med kroniske sygdomme skal derfor indgå som en del af kommunernes forebyggende tilbud. Da uddannelserne skulle etableres, var der ingen evidensbaseret viden at bygge på. Et af de projekter, der – på initiativ af Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland – blev udviklet til brug for patientuddannelser og nu gennemføres i den vestlige del af regionen, er *Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser*. Målgruppen er mennesker med lungesygdom (KOL), hjertekarsygdom og type 2-diabetes. Projektet er et samarbejde mellem regionen, kommuner, hospitaler, almen praksis og patientforeninger.

Formålet med uddannelsen er, at mennesker med kroniske lidelser:

- Styrker deres mestringsevne
- Skaber en meningsfuld dagligdag
- Forbedrer deres sundhedsadfærd
- Styrker deres sociale relationer.

En af de bærende idéer i konceptet er brugerinvolvering. Uddannelsesforløbet starter med en individuel samtale med alle deltagere, som følges op ved uddannelsens afslutning. Erfaringer med et liv med sygdom og faglig viden om sygdommen indgår på lige fod i undervisningen, og derfor underviser en erfaren patient også sammen med en fagperson, og de deltager sammen i et kursusforløb med vægt på sundhedspædagogiske kompetencer.

Projektet og de enkelte patientuddannelser evalueres løbende. Der benyttes en kvantitativ og en kvalitativ evaluering, og slutevalueringen forventes i 2011. Konceptet *Læring & Mestring* skal nu også afprøves i et randomiseret kontrolleret design med hjertepatienter i Hospitalsenhed Vest.



Forskningssamarbejde med kommunerne

Projektleder Doris Nørgård reflekterer over de udfordringer, der opstod i samarbejdet mellem kommuner og forskningsverdenen: – Det var tydeligvis to verdener som mødtes. På den ene side en stringent forskningsverden, på den anden side en kommunal verden hvor det væsentligste var mødet med borgeren og den praktiske planlægning af et godt uddannelsesforløb. Der var også forskelle, når det handlede om evaluering. Til vurdering af *Lærings- og mestringsprojektet* benyttes både en kvalitativ og en kvantitativ evaluering, og det var særligt omkring den kvantitative evaluering, udfordringerne opstod. Til den kvantitative del benyttes et spørgeskema, som udfyldes af deltagerne ved patientuddannelsens start, ved afslutning og efter et år. Det kræver en bestemt fremgangsmåde på fastlagte tidspunkter for at sikre valide data til brug i evalueringen. Der gik nogle måneder, inden evalueringen fulgte de givne retningslinjer – og det var ikke uden modstand.

Nødvendige kompetencer i kommunerne

Struer er en af de seks kommuner, som er med i projektet om *Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser*. I Sundhedscenter Struer benyttes

konceptet også i andre sammenhænge – både på tværs af diagnoser i deciderede lærings- og mestringsuddannelser og i en videreudvikling af andre sundhedsfremmeindsatser, fx indsatser for overvægtige unge fra udsatte familier samt udvalgte langtidssygemeldte borgere med behov for hjælp til at mestre deres situation.

Henriette Haase Fischer fra Struer Kommune fortæller i en samtale med Doris Nørgård, om nogle af de muligheder og udfordringer hun ser i det konkrete samarbejde mellem praksis og forskning.

Henriette Haase Fischer: – Det er i hvert fald blevet meget tydeligt gennem projektet, at et samarbejde kræver mere end lyst til at indgå et samarbejde. Det kræver, at de nødvendige kvalifikationer og kompetencer er afstemt mellem samarbejdspartnerne. Det skal afklares, hvorvidt de implicerede parter er i stand til at bidrage med de opgaver, som forventes rent forskningsmæssigt. Hvis ikke kompetencerne er der, skal kommunerne klædes på til det.

Doris Nørgård: – Hvilke overvejelser gør du dig i forhold til de nødvendige kompetencer i kommunen?

Henriette Haase Fischer: – For eksempel har det været vigtigt i forhold til den kvantitative dataindsamling, at de personer, der tilkendegiver et ansvar i forhold til denne opgave, har indsigt i og forståelse for, hvad der kræves rent videnskabeligt og metodisk. Hvis ikke der er en forståelse og respekt for, at indsamling af spørgeskemaer skal følge retningslinjerne meget nøje, så risikerer man at miste validiteten i data. Det nytter ikke noget, at nogle af de ansvarlige udleverer spørgeskemaer tre uger inde i forløbet, hvis data skal bruges til at registrere en baseline, før kursusforløbet starter.

Haase Fischer understreger i forlængelse heraf vigtigheden af, at der i kommunerne er personer, som sikrer at et projekts retningslinjer følges i forhold til evalueringens kvalitet.

Kommunerne med til at generere viden

Doris Nørgård: – Sundhedsloven lægger op til, at kommunerne skal spille en større rolle i forhold til forskning.

Henriette Haase Fischer: – I Struer Kommune vægtes det højt, at en af opgaverne i sundhedsloven er at bidrage til forskning på området. Det er således ikke en opgave, man forsøger at komme udenom, men den ses som en god mulighed for selv at kunne fordybe sig i enkelte områder og bidrage til den samlede indsats på området. Det handler nok om solidaritet. Vi skal alle være med til at generere viden inden for et felt, hvor der er meget lidt evidens. Vi har i den grad brug for evidens, så vi ikke spilder for mange år og for mange ressourcer på indsatser, der ikke har den ønskede effekt. Hvis alle kommuner tager opgaven i sundhedsloven alvorligt og afsætter tid og ressourcer til at indgå i samarbejder – eller *selv* tager initiativ til at arbejde på forskningsniveau – vil vi hurtigere nå til en større indsigt i folkesundhedsområdet og i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne.

Ansaret for forskningssamarbejde

Henriette henleder dog opmærksomheden på, at det primært vil være forskningsverdenen, som skal give bolden op til et samarbejde med kommunerne. Dernæst er det op til den enkelte kommune at vurdere, om projektet er meningsfuldt, relevant og brugbart, før de griber bolden.

– Det er primært forskerne, der har indsigt og viden i forhold til at designe projekter og undersøgelser. Men det er vigtigt, at et forskningssamarbejde falder inden for de

rammer, sundhedspolitikken sigter mod for at øge chancerne for, at det for kommunerne opleves som relevant og meningsfuldt.

Gevinster for kommunerne

Når en kommune indgår i et forskningsprojekt, opstår der udfordringer undervejs. Henriette Haase Fischer peger på, at det kan være svært i det daglige at finde tid og ressourcer til at arbejde i dybden og opfylde de retningslinjer og arbejds gange, et forskningsprojekt kræver. Men kommunen er med til at skabe ny viden og gevinsterne er tydelige:

– Det er en viden, vi kan bruge i det daglige til at kvalificere vores indsats, men som også giver os den fordel, at vi er en del af en evaluering, vi ikke selv kan udarbejde. Vi får som kommune hermed mulighed for at fremsætte tydelig dokumentation for effekten af den indsats, vi iværksætter. Uden denne mulighed står vi ikke så stærkt i forhold til politikerne, når de skal prioritere mellem indsatserne.

LINK

www.mestring.dk
www.mestring.no

Amning – og tidlig kontakt

Det kan være en stor udfordring at lære at amme. Projektet Amning – og tidlig kontakt udviklede et godt program med støtteforløb for mødre. Interventionsstudiet Sundhedsfremmende indsats for amning i kommunerne i Region Midt viser, at det er vanskeligt inden for sundhedsplejerskernes nuværende rammer.

■ Hanne Kronborg, postdoc MPH, ph.d., Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

PROGRAMMET: AMNING – OG TIDLIG KONTAKT

På barselsgangene har jordemødre og sygeplejersker over længere tid arbejdet med *Det Spædbarnsvenlige Initiativ*, et initiativ fra WHO som dikterer 10 principper til barselsgangene om, hvordan det er hensigtsmæssigt at støtte den ammende mor. På sundhedsplejerskeområdet blev der fra 2003 til 2005 udviklet og afprøvet et program for tidlig indsats i sundhedsplejen.

Programmet indeholder støtte til såvel amning som tidlig kontakt, idet undersøgelser har vist, at hvis nybagte forældre skal føle sig sikre og trygge, så handler det ikke alene om at lære færdigheder vedrørende amning, men også om at lære sit lille barn at kende. Det at blive tryk ved at amme forudsætter, at man som mor og far kan tolke sit barns signaler på sult og mæthed – og gradvist lære, hvordan de kan være forskellige fra signaler på træthed og ønske om kontakt. Mødre har generelt stor viden om, hvor godt det er at amme, men mindre viden om hvordan man gør. Derfor skal sundhedsplejersken fokusere på det konkrete og praktiske ved amningen. Hun skal guide moren og vise hende, hvordan hun lægger barnet til og lære forældrene at forstå barnets signaler.

Den tidlige sundhedsplejerskeindsats *Amning – og tidlig kontakt* blev afprøvet gennem seks måneder af 109 sundhedsplejersker, som ved lodtrækning var fordelt i to grupper. I den ene gruppe tilbød sundhedsplejerskerne det udviklede program med konkrete og praktiske anvisninger, mens den anden gruppe blev tilbudt traditionelle besøg af sundhedsplejersken. 1.597 mødre deltog i forsøget. Ved at sammenligne mødrenes ammeperioder i de to grupper kunne det konstateres, at de mødre, der havde fået tidlige besøg og mere praktisk hjælp, havde den længste ammeperiode. Indsatsen, der er beskrevet i en manual og en drejebog med standarder for ammerådgivning, fokuserer på at gøre intervallet mellem udskrivelsen og det første besøg af sundhedsplejersken så kort som muligt. Desuden gælder det om at identificere de mødre, der har brug for ekstra støtte. Alle mødre skal have tilbudt det første besøg kort efter udskrivelsen fra sygehuset, mens mødre med særlige behov skal have tilbudt tre besøg i løbet af de første fem uger.



Vilkår for naturlige eksperimenter

Der er sket store ændringer i tilbuddet til de fødende. Siden januar 2009 har de syv fødesteder i regionen tilbudt førstegangsfødende med ukomplicerede fødsler en indlæggelse på 48 timer og flergangs-fødende en indlæggelse på 2-6 timer efter fødslen. Ifølge undersøgelser skulle der ikke være noget problem i at flytte en del af barselsplejen fra hospitalsregi til hjemmet, så længe den varetages af veluddannede sundhedsprofessionelle. Men de fleste kommuners sundhedsplejersker har ikke fået tildelt ressourcer i forbindelse med de nye ændringer på området. Programmet *Amning – og tidlig kontakt* med fokus på tidlig besøg i hjemmet og opfølgning til de mødre, der har behov for ekstra støtte i den første tid, passer perfekt til de nye ændringer, hvor mødre udskrives tidligere. Alli-

gevel finder sundhedsplejerskerne det ikke muligt at implementere programmet inden for de nuværende rammer.

Det er et af vilkårene for det 'naturlige' eksperiment, at omstændighederne kan ændre sig undervejs. Det truer tredje fase af interventionsstudiet *Sundhedsfremmende indsats for amning i kommunerne i Region Midt*, som er planlagt til at finde sted efter implementeringsfasen og vil give os mulighed for at sammenligne forskellige kommunale indsatser. Vi professionelle fort-

sætter det vellykkede samarbejde på tværs af kommuner, region og universitet. Det er mere synd for de nybagte familier, som på trods af stor viden om graviditet og fødsel føler sig usikre og har brug for støtte og for at blive bekræftet i, at de gør det godt. Samtidig kan en bedre ammevejledning forebygge mislykkede forsøg på etablering af amning. ■

Uddannelse førte ikke til implementering i Skive

■ Merethe Würtz, ledende sundhedsplejerske, Skive Kommune

Sundhedsplejerskerne var meget tilfredse med de tredages kursus, som er en del af interventionsstudiet. Kurset gav ny viden, myter blev belyst og drøftet i relation til evidensbaseret viden, og vi fik et fælles ståsted i vores fortsatte rådgivning og vejledning – men sundhedsplejen er havnet i en kløft mellem sundhedsplejens servicemål/ramme og den tidlige udskrivelse af ukomplicerede fødende fra regionens fødesteder.

De evidensbaserede anbefalinger forudsætter tidligt besøg af sundhedsplejersken og opfølgning til de mødre, der har behov for ekstra støtte i den første tid efter fødslen. På grund af ledige stillinger i Sundhedsplejen samt en ramme der betyder, at der skrues ned på vores udmeldte servicemål, ser vi os ikke i stand til at deltage i implementeringen.

Familier tilbydes i dag et ambulatoriebesøg på Regionshospitalet på tredjedagen efter fødslen, og Barselsambulatoriet har ansvar for mødre og nyfødte til og med femtedagen (udmeldte retningslinjer). Geografisk afstand til fødestedet kan vanskeliggøre de nybagte mødres mulighed for at benytte dette tilbud. Fx har borgerne i den nordlige del af Skive Kommune ca. 60 km til det regionale barselsambulatorium.

Jeg har sammen med øvrige ledende sundhedsplejersker over for Kommunernes Landsforening (KL) opfordret til, at der gives midler til tidlig besøg af sundhedsplejersken med henblik på at bedre ammevejledning og for at sikre, at vi i Danmark kan nå målet: At flest mulige børn i de første 6 måneder kun ammes. ■

INTERVENTIONSSTUDIET: SUNDHEDSFREMMENDE INDSATS FOR AMNING I KOMMUNERNE I REGION MIDT

Et nyt interventionsstudie vil med udgangspunkt i resultaterne fra projekt *Amning - og tidlig kontakt* undersøge, dels betydningen af sundhedsplejerskers forebyggende indsats over for forskellige grupper af mødre, dels implementere det evidensbaserede program i interesserede kommuner for derefter at se på ændringer før og efter lokal implementering. 17 kommunale sundhedsordninger for børn og unge i den midtjyske region, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet og Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland samarbejder herom.

Studiet, der har delt finansiering mellem kommuner og region, består reelt af tilbud om et tredages kursus til sundhedsplejerskerne med efterfølgende tilbud om støtte til implementering over en seks måneders periode. Sideløbende bliver mødre i kommunerne i den midtjyske region spurgt til deres oplevelser af den tidlige periode med amning, flaske- og tilskudskost og den støtte, de har modtaget. Spørgeskemaundersøgelsen er planlagt, så den følger interventionsstudiets tre faser: første fase henvendte sig til de forældre, der fødte under sundhedsplejerskernes strejke i 2008 og derfor ikke modtog sundhedsplejerskebesøg den første tid efter udskrivelsen; anden fase til forældre, der har modtaget kommunernes almindelige besøgsprogram; og en tredje fase til forældre, der modtager besøgsprogrammet *Amning - og tidlig kontakt*.

Sundhedsplejerskerne i kommunerne har vist stor interesse for tilbuddet, og ved udgangen af december 2009 har 277 sundhedsplejersker afsluttet kurset, men kun enkelte kommuner har påbegyndt implementeringsfasen.

Et regionalt-kommunalt forsknings-samarbejde afprøver metoder for rehabilitering af sygemeldte med bevægeapparatproblemer

■ Ellen Pallesen, overlæge i samfundsmedicin, Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet i Silkeborg & Chris Jensen, seniorforsker, Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Ved Center for Bevægeapparatlidelser (CfB), Regionshospitalet Silkeborg og Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed gennemføres et forskningsprojekt i samarbejde med en række kommuner i Region Midtjylland. Projektet afprøver metoder for rehabilitering af sygemeldte med bevægeapparatproblemer, i de første år (fra 2004) lænderygproblemer og i dag primært nakke-skulderproblemer.¹

Tidlig tværfaglig og tværsektoriel indsats

Fokus er rettet mod en tidlig koordineret og sammenhængende tværfaglig og tværsektoriel indsats fra den sygemeldte henvender sig til den praktiserende læge, og indtil der er lagt en farbar plan for genoptagelse af arbejdslivet. Indsatsen bliver tilrettelagt og gennemført af et tværfagligt team på sygehuset, som samarbejder med den sygemeldtes bopælskommune og arbejdsplads. Teamet består af to overlæger med speciale i hhv. samfundsmedicin og reumatologi, en ergoterapeut, en fysioterapeut, en socialrådgiver og en psykolog.

I dag deltager kommunerne Silkeborg, Skanderborg, Favrskov, Randers, Ikast-Brande, Hedensted og Lemvig i nakke-skulderprojektet. Forskningsevalueringen er placeret i Center for Folkesundhed. Det er et randomiseret komparativt studie, hvor interventionen over for halvdelen af de sygemeldte er baseret på et intensiveret samarbejde med kommunerne.

Samarbejdet

Da projektet startede, blev der indgået samarbejdsaftaler med de deltagende kommuner om skriftlig tilbagemelding fra CfB til den sygemeldtes sagsbehandler i jobcentret, det vil sige, at alle journalnotater sendes direkte til jobcentret. Dertil er der aftalt gensidig information mellem koordinatoren og sagsbehandleren, når der er informationer, som er vigtige at få bragt videre til hinanden.

Ved behov afholdes informations- og samarbejds møder mellem CfB og sagsbehandlerne i jobcentrene, hvor der gives gensidig information om ny viden fra projektet og omkring bevægeapparatmerter og behandlingen/håndteringen heraf, ligesom relevant lovstof og arbejds metoder mv. drøftes. Via dette samarbejde forsøger vi at tilrettelægge forløbene på CfB, sådan at den sygemeldte oplever sammenhæng mellem det, der foregår på og anbefales fra CfB og opfølgningen hos sagsbehandleren i jobcentret.

Forudsætninger for et godt samarbejde

Det er ikke altid, at samarbejdet fungerer gnidningsløst. Forløbene kan særligt opleves som besværlige, når kommune, arbejdsgiver og Center for Bevægeapparatlidelser har forskellige forventninger til nødvendige tiltag over for den sygemeldte. Det vil oftest afspejle sig i forskellige opfattelser af, om den sygemeldte kan raskmeldes, eller arbejdsgiveren ikke har mulighed for eller ønsker, at den sygemeldte genoptager arbejdet. I de fleste tilfælde har samarbejdet dog fungeret godt, og særligt

tre forudsætninger – én tilhørende hver sektor – har været opfyldt, når samarbejdet har fungeret:

1. Den sygemeldte har fået en grundig helbreds mæssig afklaring, hvor han ikke er i tvivl om, hvad han selv kan gøre både i forhold til selve behandlingen – brug af smertestillende medicin, træning mv. – men også i forhold til hvordan arbejdet kan genoptages med de givne helbredsforhold, det være sig med gradvis optræning både i forhold til arbejdstid og funktioner.
2. Sagsbehandleren i jobcenteret har forståelse for – med den information hun har fået fra den sygemeldte og CfB – at det kan være nødvendigt med fx gradvis genoptagelse af arbejdet og tænker dette ind i den kommunale opfølgningsplan, således at der er klarhed om, hvordan den sygemeldte står i forhold til sygedagpengesystemet.
3. Arbejdsgiveren er enig i planen og har mulighed for at lade den sygemeldte starte gradvist op med klare aftaler om, hvordan der følges op på forløbet. ■

NOTE

1 Lænderygprojektet (2004-2008) er publiceret i tre rapporter under fællesoverskriften "Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte" (www.centerforfolkesundhed.dk/publikationer/klinisk+socialmedicin/rapporter)

Tværasektorielt samarbejde giver bedre løsninger for borgerne

■ Jesper Cetnie Rasmussen, afdelingsleder, Jobcentret, Skanderborg Kommune

Vigtigheden af et tværfagligt samarbejde omkring borgerne har længe været kendt inden for beskæftigelsesområdet. I forhold til projektet på Center for Bevægeapparatlidelser har dette samarbejde fundet en ny form, baseret på en tidlig og proaktiv indsats med fokus på en tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Et af kerneproblemerne i jobcentrenes indsats er, at man her får kendskab til sygemeldte borgere meget sent i deres sygemelding. Det er almindeligt, at der kan gå mellem 4-8 uger før jobcentrene får anmeldelserne om sygdom fra arbejdsgiver, hvilket besværliggør en tidlig og målrettet indsats. Det er i denne tidlige sygeperiode, at samarbejdet med CfB har sin styrke.

En hurtig og helhedsorienteret udredning

Den specialiserede lægefaglige viden giver de sygemeldte borgerne en reel risikovurdering i forhold til de helbredsproblematikker, som bekymrer og skaber usikkerhed i deres

tro på at kunne genoptage arbejdet. Den tidlige lægefaglige udredning lægger således fundamentet for, at de socialfaglige konsulenter sammen med borgerne kan arbejde med at reetablere tilknytningen til arbejdsmarkedet. Konkret har det den betydning for jobcentrene, at der er borgere som vi slet ikke når at møde, idet de undgår en længere sygemelding. Det har endvidere den betydning, at jobcentrene i de længerevarende sager får fremskyndet en helhedsorienteret udredning af de sygemeldtes problemer, hvilket gør det muligt langt hurtigere at iværksætte de rette beskæftigelsestiltag.

Den tidlige helhedsorienterede indsats har ligeledes været med til at begrænse 'doctor shopping' gennem tryghedsskabende og anerkendende dialog med de sygemeldte borgere, som bidrager til, at borgerne igen kan fokusere på deres jobsituation.

Samarbejdets udfordringer

Kombinationen af et læge- og socialfag-

ligt perspektiv i et fælles helhedssyn er efter vores opfattelse nyt og er med til at reducere de *forskellige* signaler borgerne ofte møder hos henholdsvis jobcentre og behandlingssystem. Udfordringen for samarbejdet på sigt bliver at sikre den gensidige kulturforståelse på tværs af sektorerne – én af grundstenene i samarbejdet. Det kræver pleje af samarbejdet gennem løbende faglig dialog og sparring.

Klinisk Socialmedicin ved Center for Folkesundhed – som er placeret i regionen, men som har et arbejdsfællesskab med mange kommuner – har været den centrale spiller i projektet og har været dem, som har fungeret som bindeled mellem de forskellige tilgange og kulturer i kommune og region. Alt i alt mener vi i Skanderborg Kommune, at projektet som tværasektorielt samarbejde har bidraget med det bedste fra to verdener – med synergi til følge for både borgere og jobcenter. ■

Samarbejde om en case

■ Bente Knudsen, socialrådgiver og koordinator, Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg

En ufaglært 59-årig mand med livslangt tungt sæsonarbejde sygemeldes i lavsæsonen med uspecifikke rygsmerter. Under sygemeldingen udbetales fejlagtigt nedsatte sygedagpenge, hustruen har ingen indtægt, og familien lever derfor af deres opsparring. Samtidig smuldrer patientens tilbagetrækningsplaner: at kunne blive på arbejdsmarkedet indtil han fylder 65 år og til den tid kan hæve en efterlønsbonus. Patientens tanker kredser om et skrækscenarie, hvor han og hustruen mister forsørgelsesgrundlag, hus og hjem, og hvor han modvilligt må deltage i arbejdsprøvninger og mister indflydelse på, hvordan hans liv skal tilrettelægges.

I samarbejde med kommunen udredes, at patienten har ret til fulde sygedagpenge, og den aktuelle økonomi forbedres væsentligt. Forudsætninger og grundlag for forskellige fremtidsscenerier diskuteres med den sygemeldte, som bliver afklaret. Ved et af de sidste møder siger den sygemeldte til koordinator: "Jeg får det altid bedre, når jeg taler med dig – så er det som om det letter, og nogle ting og aftaler falder på plads", hvorpå hans hustru tilføjer: "Jamen så var det jo hende, du skulle have snakket med fra starten og ikke doktoren."

Men en platform for vurdering af fremtidige jobmuligheder og en fælles forståelse af situationen forudsætter netop en helhedsudredning. Den sygemeldte har ingen mulighed for selv at gennemskue systemet. Han har ikke vidst, hvem han skulle henvende sig til, og især har han ikke turdet drøfte sin situation med kommune og fagforening af frygt for at skyde sig selv i foden. I samtalen mellem den sygemeldte ufaglærte, dennes kommune og fagforening kan koordinatoren fortolke den helbredsmaessige situation og pege på muligheder for en ændret tilknytning til arbejdsmarkedet med mindre fysisk belastende arbejdsfunktioner.

Andet og mere end langhåret grundforskning

Glimt fra et seminar om forskningssamarbejde mellem forskningsinstitutioner, kommuner og region

■ Redaktionen

I efteråret 2009 tog Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse initiativ til en række regionale seminarer om samarbejdet mellem forskning og praksis inden for sundhedsfremme og forebyggelse i kommunalt og regionalt regi. Anledningen var Sundhedsstyrelsens udgivelse af rapporten *Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet*, som er omtalt flere steder i bladet.

I Region Midtjylland blev seminaret arrangeret af Center for Folkesundhed i samarbejde med Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Seminaret indledtes med en præsentation og diskussion af Sundhedsstyrelsens rapport om formiddagen, mens eftermiddagen gav mulighed for at zoomede ind på konkrete samarbejder og samarbejdspotentialer mellem kommuner og forskningsinstitutioner i regionen. Seminaret faldt fint i tråd med den nye samarbejds-

konstruktion 'Folkesundhed i Midten' (omtalt side XX), som fremadrettet skal sikre støtte til forsknings- og udviklingsaktiviteter i det fælles kommunale-regionale forskningsfelt.

De 60 indbudte deltagere var igennem en interaktiv dag med oplæg, summen i grupper, plenumdiskussioner og parallelle workshops, hvor erfaringer fra konkrete samarbejder blev præsenteret og diskuteret. Interessen for og nødvendigheden af et konstruktivt samarbejde kom til udtryk dagen igennem.

"Det glæder mig, at region, kommuner og universitetet uden tøven er gået ind i det nye forskningssamarbejde - Folkesundhed i Midten - som er startskuddet til et nyt, stærkt og intensiveret samarbejde."
Region Midtjylland

"I er allerede virkelig, virkelig langt. Folkesundhed i Midten personificerer faktisk det, vi skal diskutere i dag. Og vi vil i Sundhedsstyrelsen gerne understøtte og bidrage til en fortsat udvikling."
Sundhedsstyrelsen

"Jeg tror, at det er rigtig vigtigt, at der i kommunerne kommer en større synlighed omkring og opmærksomhed på, hvad forskningsresultater egentlig kan bruges til."
Kommune

"Jeg færdes i en hverdag og i en virkelighed, hvor randomiserede forsøg ikke er det vigtigste. Hvor langhåret grundforskning ikke er det vigtigste, men hvor et af vore primære vurderingskriterier er: Er det realistisk at drifte det her efter projektperioden?"
Kommune

"Lad os være helt ærlige. I Silkeborg bidrager vi med 88.000 kroner ind i den fælles pulje (Folkesundhed i Midten), og det kunne vi jo ikke have fået en dyt for. Men nu kan vi bidrage til, at der sker noget. Måske ikke lige i Silkeborg, men vi kan i stedet høste nogle erfaringer fra andre kommuner."
Kommune

"Både jeres erfaringer og sundhedsprofilens resultater viser, at brugerne er motiverede for livsstilsforandringer. I ved, at de gerne vil det her. Jamen, er det så ikke en gave at få lov til at dokumentere det gennem et forskningssamarbejde?"
Regional forskningsinstitution til kommune

"Det er nødvendigt, at kommunen får indflydelse på, hvordan indsatsen lægges til rette, så den ikke kun tilgodeser forskningen, men også de borgere som skal deltage i projektet."
Kommune

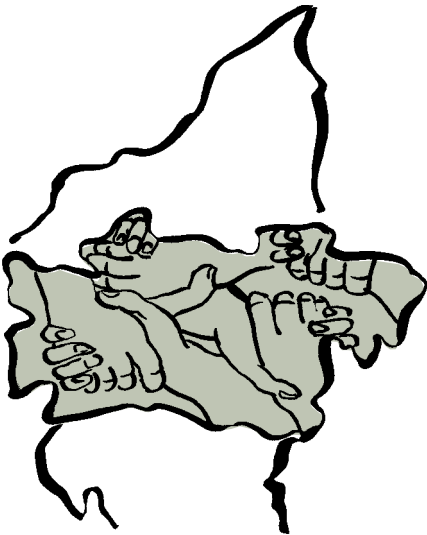
"Det skal være praksisnært. Vi skal have noget om virkeligheder. Og så skal vi inspireres til at tænke videnskabeligt og bruge evidens."
Kommune

"Det var meget positivt at høre om de mange aktiviteter, som allerede er i gang i Region Midtjylland, men det var tankevækkende, at VIA University College ikke har været synlig i dagens mange oplæg. På Sundhedsfaglig Højskole, VIA University College arbejder vi målrettet på at forsyne sundhedsvæsenet med kompetente medarbejdere, og vi bruger den nyeste forskning til at identificere, udfordre og kvalificere løsninger på problemstillinger, der er knyttet til professionernes praksis."
VIA University College

"Vi havde simpelthen ikke fået idéen [forsknings-samarbejde, red.], hvis ikke regionen havde henvendt sig. Så det er vi jo rigtig glade for, at de gjorde."
Kommune

2. generations sundhedsaftaler - fra proces til effekt

■ Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Kommunesamarbejde og Sundhedsaftaler, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland



For at forstå ønskerne til 2. generations sundhedsaftaler er man nødt til at repetere historien. Man skal dernæst for det første huske på de ændringer, der følger af den nye bekendtgørelse. Dertil kommer de ændringer, der er lagt op til i den procesplan for 2. generations sundhedsaftaler, som Sundhedskoordinationsudvalget har vedtaget.

De første sundhedsaftaler var kendetegnet ved at være meget formalistiske. Det skyldes, at Sundhedsstyrelsen fik en bekendtgørelse i hånden af Sundhedsministeriet, der meget specifikt redegjorde for aftalernes indhold. Læg dertil at Sundhedsstyrelsens indberetningsmetode betød, at formaliakravene blev endog meget rigide.

Regioner og kommuner overkom imidlertid kravene, og på Slotsholmen og i Sundhedsstyrelsen blev der nikket med tilfredshed til de omfangsrige aftaler. Oplyst om, at man lokalt og regionalt godt "kunne finde ud af det", var de centrale myndigheder modne til at slække på kravene.

Formelt blev frihedsgraderne øget med udsendelse af den nye vejledning til sundhedsaftalerne i september 2009. Blandt en lang række forbedringer åbnede vejledningen op for, at sundhedsaftalernes formkrav blev slækket. Konkret er det i Region Midtjylland omsat til, at der udarbejdes en *sundhedsfaglig* og en *sundhedspolitisk* sundhedsaftale. Hvor stor en nyhed er det så?

Delingen betyder mere, end man umiddelbart skulle tro. Set ovenfra betyder det, at sundhedsaftalerne nu kan formuleres, så man rammer de enkelte målgrupper.

Målgrupperne er foruden de politikere, der skal godkende aftalerne, også det sundhedsfaglige personale og Sundhedsstyrelsen. Derfor blev aftalerne meget lange: Alle skulle have alt! Det er ikke længere nødvendigt, og aftaler målrettet modtagerne får – alt andet lige – større gennemslagskraft.

Effekt – et nyt perspektiv

Jeg skal med det samme tage forbehold for, at aftalerne ikke er indgået endnu, men der lægges op til et nyt perspektiv og sigte med aftalerne. Hvor 1. generation i høj grad fokuserede på at få struktur og organisering (kombineret med gode enkelttiltag) på plads, er forventningen til næste generation af aftaler anderledes. Det handler om effekter.

Til at strukturere resultater og effekter af sundhedsaftalerne er Triple Aim-tankegangen blevet introduceret. Uden at nævne ordet lægges der op til at måle resultaterne i forhold til: 1) Behandlingseffekter for den enkelte patient og i forhold til udvalgte populationer, 2) Borger-/patientoplevelser

af mødet med sundhedsvæsenet og 3) Økonomi.

Dette er naturligvis ambitiøst. Tre sektorer med hver deres arbejdsbetingelser skal enes om fælles metoder og målsætninger – og formulering af målsætninger sker jo typisk i en politisk proces. Det at opgøre effekter er tillige vanskeligt. Hvis et resultat opnås ved, at tre sektorer arbejder godt sammen, hvilken sektor skal så registrere resultatet? Selvom der sættes kræfter ind på opfølgingsdelen, er der her store udfordringer. Af andre store udfordringer kan nævnes:

- **It-området.** Sammenhængende patientforløb fordrer, at de tre sektorer kan kommunikere elektronisk med hinanden. Sundhedsaftalerne indeholder derfor et selvstændigt tema om implementering af MedCom-standarder.
- **Utilsigtede hændelser** er det nye kapitel i sundhedsaftalerne. Hospitaler (og præhospitalet), kommuner, almen praksis og apotekerne skal hver især opbygge en struktur/organisation til at håndtere utilsigtede hændelser. I sundhedsaftalerne beskrives snitfladerne, når disse systemer skal samarbejde. Og det skal de, når der opstår utilsigtede hændelser på tværs af sektorerne.
- **Den Danske Kvalitetsmodel** er også et tema. Hospitalerne skal akkrediteres, og det får betydning for samarbejdspartnerne.
- **Social ulighed i sundhed** er blevet sundhedsaftalestof. Sundhedskoordinationsudvalget er opmærksom på de indsatser til reduktion af sociale forskelle i sundhed,

som er anbefalet af Region Midtjyllands midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed i udvalgets rapport fra efteråret 2009.

Øget politisk involvering

Kun nogle af de vigtigste emner er nævnt ovenfor. Der er mange flere ting at tage fat på. I prioriteringen af indsatserne inddrages både regionale og kommunale politikere. Der er således denne gang lagt et decideret spor

for involveringen af politikerne. Sundhedskoordinationsudvalget¹ er naturligvis omdrejningspunktet, men også de kommunale social- og sundhedsudvalg inddrages aktivt i aftaleindgåelsen.

Samlet set er det derfor håbet, at vi – når aftalerne indsendes til Sundhedsstyrelsen i december – står med aftaler med en solid politisk forankring og med potentiale til også at vinde gehør blandt frontpersonalet.

Lokkemidlet består i at tilvejebringe de sammenhængende forløb alle tre sektorer arbejder for. ■

NOTE

1. Det nye Sundhedskoordinationsudvalg består af: Dorthe Laustsen (Århus Kommune), Hans-Jørgen Høring (Silkeborg Kommune), Kresten Bjerre (Herning Kommune), Charlotte Juhl-Andersen (Horsens Kommune), Jørn Grønland (Skanderborg Kommune), samt fra Region Midtjylland: Anders Kühnau (fmd.), Laila Munk Sørensen, Bente Nielsen, Olav Nørgaard og Fatma Øktem.

Knap 81 millioner til patienter med kronisk sygdom i Region Midtjylland

■ Camilla Hoffmann Merrild, AC-fuldmægtig, Folkesundhed og Kronikerindsats, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Region Midtjylland har modtaget knap 81 millioner fra puljen vedr. en forstærket indsats for kronisk syge patienter i perioden 2010-2012.

Pengene går blandt andet til initiativer, der fokuserer på at ændre samarbejdet på tværs af sektorer i forbindelse med patientforløb for kronisk syge patienter. Denne forandringsproces skal medvirke til, at mennesker der lider af en eller flere kroniske sygdomme får nogle bedre og mere sammenhængende tilbud, end tilfældet er i dag. Derudover vil arbejdet med udviklingen og udbredelsen af patientundervisning og egenomsorg blive intensiveret. At ruste patienterne til at leve med deres kroniske sygdom på en for dem tilfredsstillende og positiv måde er et vigtigt indsatsområde, som puljemidlerne vil bidrage væsentligt til at udvikle. Der vil både blive arbejdet med udbredelse af selvstyret AK-behandling (antikoagulansbehandling), telemedicinske løsninger i forbindelse med hjemmemoni-

torering og genoptræning, og patientuddannelse fx i forhold til hjerterehabilitering.

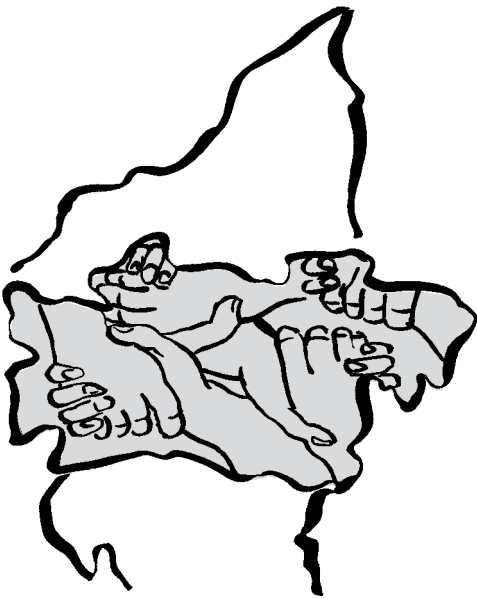
Implementering af forløbsprogrammer

Kronikerindsatsen er udpeget til fælles evalueringsområde i 2010 af Sundhedsstyrelsen. Og kombineret med den forstærkede indsats som puljebestillingen medfører, vil der i perioden 2010-2012 være øget fokus på indsatsen både i almen praksis, regionen og i kommunerne – ikke mindst på implementeringen af de tre forløbsprogrammer for: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom.

Implementeringen af forløbsprogrammerne skal koordinere og optimere samarbejdet på tværs af sektorer. Den forandringsproces som dette samarbejde fordrer, vil blandt andet blive understøttet gennem de projekter, der på tværs af regionen støttes med puljemidler. Men samtidig iværksættes der en række tiltag og initiativer, som også

skal bidrage til, at forløbsprogrammerne kommer godt fra start. Der er for eksempel nedsat implementeringsgrupper i de fleste klynger i regionen, hvor kommune, almen praksis og hospital arbejder tæt sammen om at sørge for, at alle lever op til de anbefalinger, som forløbsprogrammerne stiller op. Der stilles ikke alene store krav til, at der effektivt omstruktureres internt i hver sektor, men også til samarbejdet og dialogen på tværs af sektorerne. Derfor arbejder man på lokalt plan helt konkret med at sikre koordination og samarbejde.

Det er målet, at arbejdet med at forbedre samarbejdet og iværksætte en tydelig og velkoordineret arbejdsdeling på tværs af sektorerne vil forbedre patientforløbene for mennesker, der lider af kroniske sygdomme, og dermed øge livskvalitet og give flere gode leveår. Derudover forventes det også, at indsatsen vil føre til, at ressourcerne udnyttes bedre i det samlede sundhedsvæsen. ■



FOLKESUNDHED I MIDTEN

Økonomisk støtte til forsknings- og udviklingsarbejde

■ Tine Andresen, projektleder, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland & Linda Kirkegaard, AC-fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Ansøgningsfristen til første runde i puljen er nu udløbet. Der indkom 15 ansøgninger til 2009-midlerne. Det faglige udvalg har udarbejdet en bedømmelse af projektsøgningerne ud fra de generelle vurderingskriterier: relevans, kvalitet og gennemførelselighed.

Formandskabet har udarbejdet en endelig indstilling og også foreslået, at nogle af midlerne kan anvendes til andre formål, fx kvalificering af fremtidige ansøgninger. Indstillingen er fremsendt til bestyrelsen for samarbejdsstrukturen Folkesundhed i Midten, der består af Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland.

Her blev indstillingen godkendt februar 2010. Sundhedskordinationsudvalget orienteres om beslutningen på et møde i marts.

Ubrugte midler overføres til 2010-puljen. Opslaget for 2010-puljen fremrykkes, således at opslaget foreligger inden sommerferien med ansøgningsfrist 30. september 2010. ■

DET FAGLIGE UDVALGS MEDLEMMER

Repræsentation fra klyngerne

- chefsygeplejerske Ida Götke (Vestklyngen)
- kvalitets- og forskningschef Charlotte Hjort, Regionshospitalet Viborg (Viborgklyngen)
- leder af Sundhedsfremme og Forebyggelse Lene Dørfler, Silkeborg Kommune (Silkeborgklyngen)
- sundhedskoordinator Marlene Hersleb, Odder Kommune (Horsensklyngen)
- ledende overlæge Steen Husted, Århus Universitetshospital Århus Sygehus (Århusklyngen)
- sundhedschef Pia Moldt, Norddjurs Kommune (Randersklyngen)

Repræsentation fra forsknings- og udviklingsmiljøerne

- direktør Jes Søgaard, DSI
- chefsygeplejerske Claus Graversen, Psykiatrien
- professor, dr. med. Flemming Bro, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
- chefkonsulent Kirsten Willemoes, VIA University College

Formandskabet

- institutleder Søren Kjærgaard, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- social- og sundhedsdirektør Jacob Stengaard Madsen, Favrskov Kommune
- kontorchef Mette Kjølby, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Sekretariatet

- fuldmægtig Linda Kirkegaard, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland
- projektleder Tine Andresen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Seminarer i landets 5 regioner

Sundhedsstyrelsen afholdt i november og december 2009 fem seminarer i samarbejde med regionerne. Her blev der sat fokus på samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet. De primære målgrupper for seminarerne var kommunale og regionale aktører samt forskere, som interesserer sig for praksisbaseret forskning på forebyggelsesområdet. Sundhedsstyrelsen og Region Midtjylland afholdt seminar den 10. november 2009 på MarselisborgCentret i Århus.

Baggrunden for seminarerne var en rapport udgivet i november 2009 fra Sundhedsstyrelsen: *Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet*. Rapporten beskriver muligheder og barrierer for samarbejde mellem forskere og praktikere omkring det kommunale arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme.



Sundhedsstyrelsen har opsamlet de fem regioners seminarprogrammer og præsentationer på hjemmesiden:
www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Forebyggelse/Forskning_og_praksis.aspx

KILDE: www.sst.dk