



Patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen

En kortlægning af hvor der mangler forskning

September 2024

**Patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen -
En kortlægning af hvor der mangler forskning**

Udarbejdet af:

Heidi Klakk Egebæk og Nina Kamstrup-Larsen,
Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, Center for Klinisk
Forskning og Forebyggelse.

©Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Hovedvejen, indgang 5, 2. sal
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38 16 31 00

www.forebyggelseslaboratoriet.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-93775-34-3

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: September 2024

Format: pdf.

Udgivet af Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium.
September 2024.

Indhold

CENTRALE POINTER	4
BAGGRUND OG FORMÅL	6
Organisering af projektgruppe	6
Rapportens opbygning	6
Definition af centrale begreber	7
DEL 1: OVERBLIK OVER EKSISTERENDE VIDEN	9
Metode	10
Resultater af litteraturgennemgang	10
Konklusion af litteraturgennemgang	11
DEL 2: UDDYBENDE INTERVIEWUNDERSØGELSE	12
Metode	13
Analyse	14
Overordnet om interviews	14
Tværsektoriel forskning i de specifikke sygdomsgrupper	
- hvorfor mangler der forskning på disse områder?	15
Hvad peger forskerne på, at der skal til for at dække den manglende viden?	20
Konklusion af interviewundersøgelse.....	25
SAMLET KONKLUSION	26
REFERENCER	28
BILAG	29

CENTRALE POINTER

Denne kortlægning, udarbejdet af det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium for Danske Regioner, fokuserer på, hvor der mangler viden og forskning om patientrettet forebyggelse i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen. Det er Danske Regioners ønske, at rapporten kan anvendes som grundlag for prioritering af indsatsområder, der skal styrke forskningen i patientrettet forebyggelse inden for det nære sundhedsvæsen.

Rapporten bygger på en systematisk gennemgang af dansksproget litteratur, samt 14 uddybende og perspektiverende interviews med 24 danske forskere omkring forskning i tværsektoriel patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen.

Den systematiske gennemgang af litteraturen viser, at der:

- særligt mangler forskning og viden inden for forebyggelse af multisygdom, muskelskeletsygdom, herunder lænderyg-besvær, samt samtidige somatisk og psykiatrisk sygdom.
- er behov for at prioritere forskning i, hvordan man koordinerer og organiserer tværsektoriel forskning i disse sygdomsgrupper, samt hvordan man sikrer, at den viden, der skabes, er relevant for praksis og bliver implementeret.

I interviewene med forskerne omkring udfordringerne ved tværsektoriel forskning i patientrettet forebyggelse, blev særligt fire temaer tydelige:

- 1 Forskellig forskningstradition i sektorerne
- 2 Manglende fælles sprog, definitioner og data
- 3 Uhensigtsmæssige strukturer, incitamenter og finansieringsmodeller
- 4 Sundhedsvæsenets organisering

Rapportens resultater peger på behovet for en mere *samlet, tværsektoriel og praksisnær* tilgang til sundhedsforskningen, hvor der skabes bedre rammer, incitamenter og samarbejde på tværs af sektorer for at facilitere bedre forskning med fokus på hele forløbet.

I rapporten præsenteres tre overordnede indsatsområder for styrkelse af forskning i patientrettet forebyggelse i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen:

1. Tværsektorielt forskningssamarbejde

- Udvikling af et *fælles sprog* for forebyggelse og det nære sundhedsvæsen på tværs af sektorer, for at styrke kommunikation og datadeling.
- Etablering af en *samlet koordineringsenhed* eller *regionale forskningscentre*, der kan samle og koordinere sundhedsforskningen på tværs af sektorer.
- Øget sparring og samarbejde mellem aktører i primær- og sekundærsektor, der bedriver forskning, gennem *udvikling af større forskningsfællesskaber* og *klyngeforskning*.
- *Tværsektoriel sundhedsforskning*, hvor aktører fra primær- og sekundærsektor samarbejder og sikrer systematisk videndeling af forskningsresultater og best practice på tværs af sektorer.
- Tydelig *ansvarsfordeling mellem aktørerne*, der bedriver forskning, for at understøtte en fælles retning.

2. Delestillinger

- Styrkelse af forskningskompetencer og -tradition i primærsektoren, *gennem oprettelse af delestillinger*, samt kulturændring hvor forskning integreres som en naturlig del af opgaveløsningen.
- Delestillinger skal *styrke forståelsen for og forskning i patientvilkår og behandlingsforløb*, for de patienter der grundet multisygdom og komplekse behandlingsforløb, er i kontakt med forskellige sektorer.

3. Prioritering af forskningsmidler

- *Fælles mål og incitament*er for tværsektorielt samarbejde for at nedbryde silo-tænkning, understøttet af finansieringsmodeller der fremmer implementering af tværsektorielle løsninger og fastholder et højt kompetenceniveau.
- Øget sparring og samarbejde mellem aktører i primær- og sekundærsektor, der bedriver forskning, gennem *udvikling af større forskningsfællesskaber* og *klyngeforskning*.

Rapporten er udarbejdet af Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium for Danske Regioner i 2023-2024 og publiceret i efterår 2024¹.

¹ Nærværende kortlægning er gennemført før sundhedsstrukturkommissionens rapport og regeringens sundhedsudspil i september 2024. Det vil sige, at ingen af interviewpersonerne har kunnet tage de nye perspektiver med i deres overvejelser.

BAGGRUND OG FORMÅL

Danske Regioners forskningsudspil ”En klar retning for sundhedsforskning” fastslår, at regionerne vil indgå nye partnerskaber og kortlægge, hvor der mangler viden og forskning om forebyggelse i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen. I den forbindelse har Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium fået til opgave at kortlægge, hvor der mangler viden og bør sættes ind.

Opgaven blev afgrænset yderligere gennem drøftelser mellem sekretariatet i Danske Regioner og Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium i maj 2023. Her blev det besluttet, at rapporten skal fokusere på at afdække viden om tværsektorielle partnerskaber og forskning i de eksisterende forskningsmiljøer. Det blev ligeledes besluttet, at perspektivet skal være på patientrettet forebyggelse, herunder indsatser til borgere med sygdom, som har behov for indsatser, der forebygger forværring af sygdommen og medvirker til efterfølgende rehabilitering. Kortlægningen skal afdække viden om disse forløb både inden for psykiatriske og somatiske problemstillinger.

Kortlægningen danner et vidensgrundlag, som bl.a. politikere og andre beslutningstagere kan anvende i prioriteringen af fremtidige investeringer i forebyggelse.

Formålet med rapporten er at kortlægge, hvor der mangler viden, og om hvad, indenfor forskning i patientrettet forebyggelse på tværs af sektorer. Rapporten bygger på gennemgang af eksisterende litteratur samt uddybning af de identificerede problemstillinger og løsningsforslag gennem interviews med danske sundhedsforskere.

Organisering af projektgruppe

Rapporten er udarbejdet af to forskere fra Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium i samarbejde med en referencegruppe fra Danske Regioner samt en faglig ekspertgruppe bestående af tværsektorielle sundhedsforskere fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) (se Bilag 1: Organisationsdiagram).

Rapportens opbygning

Rapporten er struktureret i to dele:

1. Overblik over eksisterende viden om, hvor der mangler forskning og viden i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen. Denne del bygger på en litteraturgennemgang af relevante danske rapporter og hjemmesider. Konklusion på gennemgående emner fra disse danner afsæt for yderligere afdækning og nuancering via interviews.

2. Kvalificering af litteraturgennemgangens konklusioner om hvilke områder, der bør prioriteres, hvis vi ønsker at generere den nødvendige forskningsviden om patientrettet forebyggelse. Denne del bygger på interviews med udvalgte forskere ved repræsentative danske forskningsmiljøer, som forsker i de identificerede sygdomsgrupper og/eller tilgange.

Rapporten præsenterer et opdateret overblik over manglerne i forskningen og viden om patientrettet forebyggelse samt de områder, hvor der er behov for indsats i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen. Den fungerer som et baggrundsdokument til faktaark, der opsummerer de vigtigste pointer og indsatsområder, målrettet embedsfolk og politikere. Rapporten kan anvendes som grundlag for prioritering af indsatsområder, der skal styrke forskningen i patientrettet forebyggelse inden for det nære sundhedsvæsen.

Faktaarkene er udarbejdet af sekretariatet i Danske Regioner og kan findes på deres hjemmeside.

Definition af centrale begreber

I dialog med regionerne og sundhedsdirektørkredsen (se Bilag 1) blev det besluttet, at kortlægningen især skulle fokusere på patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen og patientrettet forebyggelse på tværs af sektorer. Gennem læsning af litteratur om emnet og ved interviewene blev det tydeligt, at der ikke er konsensus om, hvordan centrale begreber defineres. Vi har i denne kortlægning valgt at tage udgangspunkt i nedenstående definitioner:

Det nære sundhedsvæsen er defineret bredt som sundhedstilbud tæt på borgerne. Det drejer sig om alle kommunale sundhedsopgaver, opgaver i praksissektoren, lokale ambulante sygehusstilbud og sygehusstilbud, som gives i eller i nærheden af borgerens hjem (1).

Kerneopgaverne i det nære sundhedsvæsen er håndtering af en lang række behandlinger, rehabilitering, herunder støtte til borgernes egenomsorg, forebyggelse og sundhedsfremme, tidlig opsporing af sygdomme, samt opgaver inden for pleje og omsorg. Tilbud i det nære sundhedsvæsen bliver til i et samarbejde mellem sygehusene, kommunerne, praksissektoren og borgerne. Visionen er, at det nære sundhedsvæsen skal kunne noget mere end den primære og den sekundære sundhedssektor kan i dag hver for sig (2).

Tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet refererer til den koordinering og det samarbejde, der finder sted mellem forskellige sektorer og aktører inden for sundheds-, social- og omsorgsområdet. Dette indebærer, at sygehuse, kommuner, praktiserende læger og specialister arbejder sammen for at skabe en sammenhængende indsats for borgerne. Dette er især vigtigt ved komplekse forløb, som f.eks. håndtering af kroniske sygdomme samt forebyggelse og rehabilitering.

Patientrettet forebyggelse omfatter tiltag rettet mod borgere med en (kronisk) sygdom, som har behov for indsatser, der forebygger forværring af sygdommen og medvirker til efterfølgende rehabilitering (3). I nærværende rapport er det mere specifikt defineret som forebyggende tiltag for borgere med multisygdom, muskelskeletsygdomme eller samtidig psykisk og somatisk sygdom.

Den lovgivningsmæssige ramme for forskning i det primære sundhedsvæsen, som defineret af Sundhedsloven (4), Professionshøjskoleloven (5) og Universitetsloven (6), indebærer, at fire hovedinstitutioner har ansvar for forskning i dette område: Regionsrådene, kommunalbestyrelserne, universiteterne og professionshøjskolerne (3,4,5,6). Ifølge Sundhedsloven er forskning i det primære sundhedsvæsen forankret hos de fem regionsråd, som har ansvar for at fremme udvikling, forskning og innovation. Regionsrådene skal igangsætte forskningsprojekter, mens kommunalbestyrelserne er forpligtede til at støtte forskning, der sikrer sundhedsydelser af høj kvalitet. Under Universitetsloven har universiteterne til opgave at fremme vækst, velfærd og udvikling i samfundet gennem forskning og forskningsbaseret undervisning. Professionshøjskolerne skal udføre praksisnær og anvendelsesorienteret forskning og udvikling, hvilket bidrager til anvendelsen af ny viden i både den private og offentlige sektor (4,5,6).



Del

Overblik over eksisterende viden

Metode

For at identificere hvor og om hvad der mangler forskning i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen i Danmark, gennemførte vi en litteratursøgning, inklusiv kædesøgning ud fra referencer. Metoden blev kvalificeret af en informationspecialist fra Københavns Universitetsbibliotek.

Litteratursøgningen blev udført på google.dk, Google Scholar og relevante danske institutioners hjemmesider, og omfattede danske rapporter publiceret i perioden 2018-2023 for at sikre opdateret viden. De anvendte søgeord inkluderede "sundhed", "forebyggelse", "forskning", "viden", "tværsektoriel", "sundhedsvæsen" og "kortlægning".

De specifikke danske institutioners hjemmesider omfattede:

- Sundhedsstyrelsen
- Vidensråd for Forebyggelse
- Danske Regioner
- DEFACTUM
- Det Kgl. Bibliotek
- bibliotek.dk.

Litteratursøgningen blev gennemført i november 2023 og gentaget i juni 2024 uden yderligere relevante resultater.

Resultater af litteraturgennemgang

I litteraturgennemgangen identificerede vi fire nyere danske rapporter (3,8,9,10), som fra forskellige vinkler og perspektiver afdækker og diskuterer, hvor der mangler forskning og viden i det primære sundhedsvæsen. Herunder følger en kort gennemgang af formål og metode samt konklusion af de fire rapporter, som danner afsæt og grundlag for den videre vidensafdækning gennem interviews med danske forskere.

Den første rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen (2022), "**Kortlægning af behov og rammer for forskning om det primære sundhedsvæsen**" (8) fokuserer på at kortlægge forskningsmiljøer og -behov. Den konkluderer, at den eksisterende forskning på området er præget af ukoordinerede indsatser, hvilket kræver en styrket koordinering og klar ansvarsfordeling mellem aktører for at fremme en fælles retning samt behov for styrket forskningskapacitet og involvering af sundhedsprofessionelle. Metoden i rapporten var dokumentgennemgang og interviews med nøgleinteressenter.

Den anden rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen (2022), "**Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom**" (9), identificerer indsatser for kroniske sygdomme som KOL, diabetes og multisygdom. Den viser, at mange kommuner har gode tilbud, men

organiseringen er ofte tilfældig, og der mangler specifikke tilbud til borgere med kombinerede udfordringer som borgere med multisygdom, lænderyg-besvær og kombinerede somatiske og psykiatriske udfordringer. Rapporten præsenterer fire fokuspunkter for adressering af de nævnte udfordringer: 1) styrket sammenhæng på tværs af sektorer, 2) styrket kvalitet i indsatser, 3) teknologisk understøttelse og 4) reduktion af ulighed i kroniske lænderygsmærter og multisygdom. For at indsamle denne viden, blev der udarbejdet en systematisk litteraturgennemgang, spørgeskemaundersøgelse, interviews og afholdt workshops.

Den tredje rapport udgivet af VIVE (2022) for Region Syddanmark, **”Tværsektoriel sundhedsforskning i Danmark”** (10) kortlægger tværsektoriel forskning i Region Syddanmark og sammenligner med andre regioner. Den fremhæver behovet for fokus på tværsektorielle patientforløb, dynamikker mellem sektorer og digitale løsninger samt etablering af et regionalt forskningscenter. I rapporten er der foretaget interviews med nøglepersoner og derudover indsamlet informationer om forskningsaktører og -projekter.

Den fjerde rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen (2022), **”Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen – en national strategi”** (3), har til formål at komme med anbefalinger til styrkelse af forskning i det primære sundhedsvæsen med fokus på forskningsemner og -rammer. Rapporten anbefaler styrkelse af forskning med fokus på koordinering og prioritering af sundhedsfremme, forebyggelse, implementering og datadeling. I rapporten er der foretaget dokumentanalyse af sammenhængende strategi på tværs af forskningsstrategier i Danmark. Denne er kommenteret og rådgivet af en arbejdsgruppe, der repræsenterer både forsker-, aftager- og brugerperspektivet på forskningsviden.

Konklusion af litteraturgennemgang

Samlet set kan det konkluderes, at der er foretaget en række nyere afdækninger af, hvor der mangler forskning og viden i det primære sundhedsvæsen.

Overordnet set bliver der i de fire rapporter peget på følgende sygdomsgrupper inden for forebyggelse og organisering, som der særligt mangler viden om og forskning i:

- multisygdom
- muskelskeletsygdom, herunder lænderyg-besvær
- samtidige somatisk og psykiatriske udfordringer.

Derudover bliver der peget på, at der er behov for at prioritere forskningen inden for følgende områder:

- Hvordan koordinerer og organiserer man forskning på tværs af primær- og sekundær-sektoren?
- Hvordan sikrer man, at den viden, der skabes, er relevant for praksis, og bliver implementeret?



Del

Uddybende interviewundersøgelse

Metode

Med afsæt i litteraturgennemgangens konklusioner har vi foretaget 14 interviews med 24 sundhedsforskere fra det danske forskningsmiljø (se Bilag 2).

Formålet med interviewene var at uddybe og perspektivere konklusionerne af litteraturgennemgangen. Derudover var formålet at identificere evt. oversete områder og at opnå viden om gode eksempler på tværsektorielle forskningsprojekter inden for de tre sygdomsgrupper eller inden for koordinering, organisering og implementering af forskning.

Sampling af relevante informanter:

Indledningsvist identificerede vi relevante informanter til interview via en googlesøgning på regionale forskningsinstitutioners hjemmesider. Listen over potentielle informanter blev kvalificeret i dialog med regionale repræsentanter i Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, medlemmer af den tværregionale arbejdsgruppe for sundhedsforskning i regi af Danske Regioner samt den faglige referencegruppe fra CKFF. Ved interviewene var vi opmærksomme på og åbne for andre personer i de interviewedes netværk, som ville være relevante at inkludere. Vi kontaktede 41 danske forskere, 32 blev inviteret til at deltage og 24 kunne deltage i den givne periode (fra marts til juni 2024).

Informanter skulle være tilknyttet et forskningsmiljø indenfor et eller flere af de identificerede områder; multisygdom, muskelskeletsygdom, samtidige somatiske og psykiatriske udfordringer, organisering af tværsektoriel forskning og praksisrelevant forskning. Samtidig ønskede vi at få både regionale og statslige forskningsinstitutioner og -miljøer repræsenteret fra samtlige fem danske regioner (se venligst Bilag 2 oversigt over interviewpersoner). Ud af de 24 forskere var 14 kvinder, ni fra Region Midtjylland, syv fra Region Syddanmark, fire fra Region Nordjylland, to fra Region Sjælland og to fra Region Hovedstaden. Ni forskere var tilknyttet regionale forskningscentre, 10 hospital/universitet (ofte i delestillinger) og fem fra Professionshøjskoler².

Interviewene blev gennemført enten i små grupper på 2-3 eller som enkelt interview. Alle interviewene indledtes med en kort præsentation af deltagerne, herunder hvorfor de var udvalgt til opgaven, formål og konklusion af litteraturgennemgangen. Den anvendte interviewguide var bygget op omkring litteraturgennemgangens resultater med særligt fokus på udfordringerne for bedre tværsektoriel forskning i forebyggelse, hvorfor de identificerede områder er underbelyste og gode idéer til fremadrettede ændringer. Alle interviewene foregik over teams, varede ca. 60 minutter og blev optaget. Interviewnoter blev taget af begge forskere under- og efter interviewene.

² Det var ikke muligt at få en kommunalt ansat forsker med – vi identificerede kun én i Danmark – som ikke havde mulighed for at deltage i undersøgelsen.

Analyse

I den tematiske analyse blev data segmenteret og reduceret for at identificere kategorier og underkategorier. Alle interviewnoter blev gennemlæst og tematisk analyseret af to forskere (HKE og NKL) uafhængigt af hinanden. Temaer fra gennemlæsningerne blev sammenholdt, og de stærkeste og hyppigste temaer er beskrevet herunder.

Betydningsbærende citater og emner blev identificeret gennem interviewnoter og genhørt i den aktuelle passage i interviewet. Citater anvendes gennem analyseafsnittet herunder til at illustrere en pointe eller et tema. Alle citater er skrevet i *kursiv* med reference til det specifikke interview.

Gennem analysen var fokus på de to overordnede problemstillinger:

1. Hvilke problemer og udfordringer er der med tværsektoriel forskning, og hvorfor mangler der forskning på de områder, der fremhæves af litteraturgennemgangen?
2. Hvad peger forskerne på, at der skal til for at dække den manglende viden?

Overordnet om interviews

Generelt var interviewpersonerne glade for muligheden for at bidrage til denne kortlægning af, hvor der mangler viden og forskning om patientrettet forebyggelse i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen. Mange nævnte vigtigheden af en sådan kortlægning, men henviste samtidig også til de tidligere udarbejdede rapporter på området. Flere interviewpersoner påpegede betydningen af afgrænsning og definitioner af de centrale begreber, som et samlet sundhedsvæsen skal arbejde sammen om. De oplever ikke, at der er konsensus om, hvad der menes med det nære sundhedsvæsen, eller hvad patientrettet forebyggelse er i de forskellige sektorer. Disse definitioner er væsentlige at diskutere og definere i fremtidige samarbejder, hvor der skal arbejdes og forskes bedre sammen på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Selvom interviewpersonerne var udvalgt som forskere med forskningsberøring med de tre udvalgte sygdomsgrupper (multisygdom, muskelskeletsygdom og/eller samtidig psykiatrisk og somatisk udfordringer) var det sjældent det sygdomsspecifikke, der optog interviewpersonerne, men mere organisering af forløb og sundhedsvæsen samt de strukturer, de oplevede fastholdt eller besværliggjorde nye tilgange til tværsektoriel forskning.

På tværs af de to overordnede problemstillinger var der fire gennemgående temaer:

Tema 1: Forskellig forskningstradition i sektorerne

Dette tema berører forskningstraditioner i de forskellige sektorer, herunder nødvendigheden af mod, ansvar og prioritering fra ledelse og politisk side til at prioritere forebyggelse og det tværsektorielle.

Tema 2: Manglende fælles sprog, definitioner og data

Tema 2 handler om forskellige sprog og definitioner for centrale begreber i de forskellige sektorer. Derudover handler dette tema også om deling af patientdata mellem sektorerne, som er med til at vanskeliggøre forskning og samarbejde på tværs af sektorerne.

Tema 3: U hensigtsmæssige strukturer, incitamenter og finansieringsmodeller

I tema 3 kommer det frem, hvordan magt, incitamenter og finansiering er med til at fastholde en uheldig opdeling, som ikke fremmer tværsektoriel forskning. Dette tema handler også om, hvordan mindre eller nye forskningsmiljøer kan have svært ved at blive set og hørt og dermed opnå støtte til at gennemføre måske nye og anderledes måder at forske på.

Tema 4: Sundhedsvæsenets organisering

Dette tema beskriver, hvordan sundhedsvæsenets organisering og forskningsstruktur ikke passer til alle sygdomsgrupper. Sundhedsvæsenet er specialiseret, diagnose- og biomedicinsk fokuseret, og i mindre grad organiseret og fokuseret på f.eks. den multisyge borgers funktionsevne, levede liv og basale behov.

Tværsektoriel forskning i de specifikke sygdomsgrupper – hvorfor mangler der forskning på disse områder?

Tema 1: Forskellig forskningstradition i sektorerne

I flere interviews kommer det frem, at det skaber svære vilkår for den tværsektorielle forskning, at der ikke er stærke forskningstraditioner i kommunerne (interview 1, 4, 5, 9, 11, 12). Der blev nævnt mange grunde til, hvorfor det forholder sig sådan. En af disse grunde er, at forskning ikke er en del af kommunernes kerneopgaver som forebyggelse og rehabilitering – og at der derfor sjældent er hverken tid eller ressourcer til forskning i kommunerne.

Kommunerne har ikke kapacitet til at stå for forskning (interview 4).

Det er et problem, at kommuner ikke er forpligtede til at forske – det vil være rigtigt godt, hvis dette blev en forpligtelse, og at denne forpligtelse blev skrevet ind på politisk niveau (interview 9).

En anden grund, der bliver nævnt som medvirkende årsag til den sparsomme forskning i kommunerne, er at forskning i kommunerne *hurtigt bliver rodet* (interview 5). Der er 98 forskellige kommuner, der ofte gør tingene på forskellige måder – det kan være svært. Samtidig er forskning i kommunerne, ofte tættere på virkeligheden og derfor oftere mere besværlig, end det for eksempel er tilfældet med forskning på hospitalerne (interview 2,5,7).

Kommunerne er meget forskellige – f.eks. på antal, størrelse og borgersammensætning – og derfor kan det være meget svært at lave noget fælles – og ofte er de forskellige tiltag styret af borgerne i kommunen, og hvad de har brug for (interview 7).

Det er et problem, at mange af forskningsmidlerne ligger hos hospitalerne. Det kan der være mange grunde til – måske er det bedre forskere, der sidder på hospitalerne end i de andre sektorer, eller måske er det lettere at designe forskningsprojekter, der kan opnå funding i en hospital-setting, hvor omstændighederne ofte er lettere at kontrollere. Det bliver hurtigt "rodet", når vi kommer ud i det nære sundhedsvæsen (interview 5).

Sundhedslovens omtale af forskning ses også som en mulighed forklaring på de forskellige forskningstraditioner i de forskellige sektorer:

*En anden grund kan være den måde, som forskning omtales på i Sundhedsloven, som vist er noget med: "på sygehusene **skal** man lave forskning – og i kommunerne **kan** man være med til at lave forskning".. Hvis det ikke engang er lige i loven, så følger resten ikke med (interview 5).*

Ifølge Sundhedsloven (4) skal Regionsrådene igangsætte forskningsprojekter, mens kommunalbestyrelserne er forpligtede til at støtte forskning, der sikrer sundhedsydelser af høj kvalitet (red.).

Tema 2: Manglende fælles sprog, definitioner og data

Samarbejdet omkring den tværsektorielle forskning er udfordret af forskellige sprog, definitioner og forståelse af centrale begreber, såsom f.eks. patientrettet forebyggelse og det nære sundhedsvæsen. Det besværliggør samarbejdet og øger risikoen for misforståelser:

Vi forstår ikke hinandens kontekst, og vi forstår ikke hinanden – og taler ikke helt samme sprog (interview 2).

Afhængig af, hvor man er som professionel i sundhedsvæsenet, kan det f.eks. være forskelligt, hvad man ligger i ordet forebyggelse, og hvad målet med forebyggelse er:

Hvis man spørger hospitalerne, så vil man forebygge genindlæggelser – så patienterne ikke kommer igen. Hvis man spørger kommunerne, er det noget andet. Vigtigt at få en forståelse af dette. [...] Ja, kommunerne vil forebygge, så borgerne bliver på arbejdet og undgår at komme på plejehjem. Vi bliver nødt til at blive enige om, hvad vi skal forebygge (interview 5).

Det fælles sprog mangler også for nogle af de specifikke sygdomsgrupper, hvilket kommer frem i følgende citat:

Der er et gap i forhold til, hvordan der tales om de forskellige ting – f.eks. multi-sygdom, det ord bruger de ikke kommunerne (interview 12).

Der er forskellige tilgange til at indsamle data i sektorerne. Der er en oplevelse af, at det er forskelligt, hvor optaget aktørerne er af at generere data og det giver udfordringer i den tværsektorielle forskning:

Man kan også se på barrierer for forskning – data er et eksempel [på en barriere for forskning] (interview 8).

Det er kommunerne, der har forebyggelsesansvaret – skulle vi så ikke til at samle data på det (interview 4).

Det er vigtigt at have datagrundlaget på plads – og her skal alle aktører levere data ind. Almen praksis, kommune og sygehus (interview 9).

Desuden opleves det, at det er svært at dele data (interview 8), hvilket bl.a. skyldes forskellige datasystemer.

Tema 3: U hensigtsmæssige strukturer, incitament er og finansieringsmodeller

Det tredje tema, der træder frem på tværs af interviewene, handler om struktur, incitament er og finansieringsmodeller, der alle er med til at udfordre tværsektoriel forskning samt forskning for specifikke sygdomsgrupper. Som beskrevet i tema 1 "Forskellig forskningstradition i sektorerne" er manglende ressourcer til forskning ligeledes centralt i tema 3. Særligt forskellen i ressourcer til forskning mellem de tre sektorer bliver fremhævet som et centralt problem ved den tværsektorielle forskning:

Regionerne har lidt midler, hvor der lægges vægt på tværsektoriel forskning. Men kommunerne kæmper med overheadet at få det til at hænge sammen – de har i hvert fald ingen forskningstradition (interview 10).

Regionerne putter 3 % af hospitalernes budget i forskning – det er rigtig mange penge – der er ikke samme mængde af midler til forskning i det nære sundhedsvæsen [kommune og almen praksis] (interview 5).

I et andet interview fremhæves det, at "...et presset sundhedsvæsen har ikke råd til at forske" (interview 11). Dette underbygges i interviewet af et eksempel på et forskningsprojekt, hvor forskningssygeplejersker bliver nødsaget til også at tage vagter i klinikken – og derfor vælger at opsig deres stillinger. "Det er en skam og dårligt for den praksisnære forskning" (interview 11).

Fondenes rolle og industriens interesser bliver nævnt i flere interviews, som en betydelig faktor og afgørende for, hvor fondsmidler allokeres og dermed, hvad der forskes i. Det anerkendes, at de store fonde, industrien og patientforeningerne er stærke og uundværlige medspillere for god forskning i Danmark, men at det samtidig i væsentlig grad påvirker at særlige områder prioriteres. Det er oftest de specialiserede områder, der prioriteres og ikke det generelle område eller svage patientgrupper. Samtidig fremhæves hierarkiet blandt de sundhedsprofessionelle som afgørende for, hvor forskningsmidlerne havner.

Vi bliver nødt til at kigge på pengeflowet – eks. med store fonde [red.], der er blevet en meget stor spiller i forskningsmidlerne – og deres strategi ligger mere og mere op ad deres kommercielle interesse (interview 5).

Vi [professionshøjskoler] sidder ikke repræsenteret i fondene. Generelt ser man mere i retning af det, man kender – og det betyder jo så, at der ikke er mange midler til vores forskning. Vi har ikke nogen, der taler vores sag i forhold til forskning, og hvad vi kan inden for forskning. Vigtigt at vi bliver inviteret til at tale vores sag (interview 12).

Her kommer traditioner igen ind – der har været et hierarki i sundhedsvæsenet – læger, sygeplejersker osv., som til dels stadig er der. Problemet er, at størstedelen af forskning inden for f.eks. lænderyg-smerter ikke bliver udført af læger, men i højere grad fysioterapeuter – og det kan derfor være svært at opnå funding inden for dette emne (interview 5).

I forlængelse af dette bliver patientforeningers rolle også nævnt i forhold til betydning for de enkelte sygdomsgrupper (interview 9, 10, 13). En stærk og stor patientforening kan betyde øget fokus på specifikke sygdomme og kan direkte eller indirekte være med til at føre midler til den specifikke gruppe.

Patientforeninger er også med til, at man har fokus på den enkelte sygdom – f.eks. Kræftens Bekæmpelse (interview 10).

Omvendt kan sygdomsgrupper uden stærke patientforeninger betyde mindre fokus og færre midler til forskning. Det kan derfor f.eks. være svært for borgere med multisygdom at blive repræsenteret stærkt nok i forskningssammenhænge (interview 13).

Den skæve fordeling af forskningsmidler mellem sygdomsgrupper fremhæves også i et tredje interview:

Vi kan ikke lave rigtig god forskning uden midler. Ressourceallokering – store mængder af forskning, der hvor der er store kommercielle interesse som f.eks. diabetes, men ved sygdomme som KOL, der er stigmatiseret er det meget svært at finde midler til forskning. Her er der ikke kommercielle interesser og samtidig en social slagside af hvem, der rammes af sygdommen (interview 9).

I litteraturgennemgangen fandt vi, at der især mangler forskning inden for multisygdom, muskel-skeletbesvær og om patienter med samtidige somatiske og psykiatriske udfordringer – alle sygdomsgrupper uden stærke patientforeninger. Derudover er de tre identificerede sygdomsgrupper kendetegnet ved at både forebyggelse, behandling og forskning for netop disse grupper oftest går på tværs af sektorerne (kommune, almen praksis og hospital). Dette har betydning for økonomien – for hvem skal betale for de aktiviteter, der går på tværs?

Det er forskellige kasser, der betaler forskellige dele af en patients rejse – og det er et problem. Vi skal turde at lave de større projekter på tværs af sektorer – og vi skal også stoppe med at gøre nogen af de ting, som vi gør, hvor vi egentlig ikke ved, om de virker (interview 5).

I forhold til økonomi – der er forskellige kasser, så det bliver også hurtigt et problem. Hvem har ansvaret/pengene i ”gråzonerne”? Hvilket personale skal gøre det, og hvem skal lønne personalet? Vi skal tænke anderledes her – skal det være en samlet økonomikasse? (interview 7).

Magt og kultur bliver også nævnt som nogle af de udfordringer og mulige forklaringer på, at der mangler tværsektoriel forskning for de tre sygdomsgrupper:

Det er også noget med forskerkulturen – man får stjerner på skuldrene ved at skrive mange artikler, og det er lettere ved epidemiologisk forskning. Hvis man vil ud og ændre verden, tager det længere tid – både at gøre og at formidle. Ved interventionsstudier er der f.eks. mange nul-fund, som ofte er svære at publicere (interview 9).

Et af incitamenter for at forske er at udvikle sig og fastholde en høj faglig standard og anerkendelse. Det opleves imidlertid af nogle forskere som mindre prestigefyldt og karrierefremmende at bedrive forskning inden for nogen af de identificerede sygdomsgrupper. Som det bl.a. nævnes i et af interviewene er der ikke meget prestige i at forske i sygdomsgrupper inden for psykiatrien (interview 12). Derudover er der ofte forskel i hvilket endemål man fokuserer på – for noget forskning giver det mening med død, operationer, overlevelse, sengedage osv., hvilket er ”hårdere” mål end dem, der ofte er relevante for patienter med multisygdomme, muskelskeletsygdomme og samtidige psykiatriske og somatiske udfordringer.

Man støder på problemer når man skal publicere – der er mere prestige i at fokusere på de hard-core endemål (interview 10).

Tema 4: Sundhedsvæsenets organisering.

Gennem interviewene står det klart, at organiseringen af sundhedsvæsenet er med til at besværliggøre den tværsektorielle forskning samt forskning for sygdomsgrupperne multisyge, muskelskelet samt somatisk og samtidige psykiske udfordringer. Behandlingen af disse grupper bliver samtidig ramt af, at sundhedsvæsenet oftest har en specialiseret og diagnosespecifik tilgang til forskning og behandling.

Disse patienter [patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom]...der er ikke en let løsning – vi har et organ-orienteret sundhedsvæsen og ingen holistisk tilgang til patienten. Det grundlæggende problem handler om at få nogle forløb, der sætter patienten i centrum (interview 11).

.. læger og andre sundhedsprofessionelle er uddannet til at tænke på enkelt sygdomme og enkelt organer. Al medicinen er lavet til enkelte sygdomme og ikke til multisyge patienter. Vi er vant til at kigge på en sygdom ad gangen – vi skal vænne vores hjerne til at tænke mere holistisk (interview 13).

Den måde vi er organiseret på helt generelt i sundhedsvæsenet – når vi har patienter med flere problemstillinger, hvem er det så, der skal tage styringen på det – hvem skal betale? Det er de samme problemstillinger der kommer frem i forhold til forskning (interview 14).

Informanterne efterspørger politisk mod til at ændre dette:

Det bunder i hele vores organisering – hvornår tør man tage opgørelse med organiseringen med region og kommune? Indtil vi tør tage denne op, vil der blive ved med at være problemer med de patientgrupper, der går på tværs (interview 12).

Hvad peger forskerne på, at der skal til for at dække den manglende viden?

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra interviewene med henblik på at identificere strategier til at adressere udfordringerne ved tværsektoriel forskning i fremtiden. Løsningsforslagene er systematisk opdelt i forhold til de fire gennemgående temaer. For konkrete eksempler på gode igangværende danske projekter på tværs af sektorer, se Bilag 3.

Tema 1: Forskellige forskningstraditioner i sektorerne

I forhold til udfordringerne ved forskningstraditionerne i de forskellige sektorer, var den manglende forskning i kommunerne især gennemgående. For at gøre dette bedre i fremtiden blev der peget på nødvendigheden af et ressourceløft i kommunerne. Der var dog forskellige holdninger til, hvordan et sådan forskningsløft kunne foretages. I et interview blev det fremhævet, at det ville være en rigtig god idé at have en professor i

hver kommune (i hvert fald de store) (interview 4). Mens det af andre ikke blev set som en mulighed med decideret forskerkompetencer i kommunerne:

”Jeg har svært ved at se kommuner også skal have forskere – de er slet ikke store nok til at have deciderede forskningsmiljøer. Måske mere noget med nogle centrale regionale aktører. Hver region har en pligt til at kunne rådgive de forskellige kommuner³ (interview 8).”

Tema 2: Manglende på fælles sprog, definitioner og data

Der kom mange forslag til løsninger i forhold til udfordringerne med forskelligt sprog, definitioner og data sektorerne imellem, og hvordan kendskabet til de forskellige sektorer kan øges i fremtiden og i de specifikke forskningens projekter. For eksempel blev det nævnt, hvordan fokus på patienten, og ikke diagnose eller speciale, kunne hjælpe med dette:

[Interviewer: har vi det samme mål?] Respondent: vi har i hvert fald ikke patientens mål – så der kunne man f.eks. starte. Meget sker hen over hovedet på patienterne, så også mange gange derfor det går klart. Nogle gange løsner det også op for samarbejdet mellem de forskellige sektorer/afdelinger, når vi spørger, hvad er bedst for patienten? (interview 6).

Mange af interviewpersonerne, fremhævede vigtigheden af at kommunikationen, herunder datadeling, mellem sektorerne blev bedre og lettere:

Vigtigt at man får ensartet data i primærsektoren. Måske kunne dette blive en måde at arbejde mere populationsbaseret på. Men vigtigt, at dem i driften også kan se nødvendigheden af at samle data. I driften kan det bruges til løbende at se på udviklingen (interview 8).

...der er nogle lavpraktiske ting, som f.eks. kommunikationen fra hospital til kommune, man kunne starte med (interview 6).

I forhold til kommunerne blev det ofte diskuteret, hvorvidt kapaciteten overhovedet var der til at indsamle data, men der blev også sat spørgsmålstejn ved, hvilke data, der skulle indsamles og hvorvidt de forskellige sektorer var enige i dette:

Der ligger noget arbejde i at gøre kommunerne klar til at samle data ind – systemer osv. er ikke sat op til dette (interview 9).

Der er et stykke vej, inden vi kan dele data – f.eks. hvad skal indsamles, hvorfor og hvordan? Hele forståelsen for hvorfor det skal gøres i kommunerne mangler. Vil man have borger-rapporteret data eller er det landspatientregisteret? Hele snakken om hvordan vi vil udvikle praksis, mangler – mange, mange overvejelser i forhold til data (interview 12).

³ Regionernes rådgivningsforpligtelse i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen beskrives bl.a. i <https://www.ism.dk/Media/7/1/Afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf> og er efterfølgende revideret i den nye sundhedslov fra 2024.

Anderledes ser det ud i almen praksis. Her oplever almen praksis at være klar til at registrere data til gavn for tværsektoriel forskning, men der fortælles om en opmærksomhed på, hvordan der argumenteres for dataindsamling, og hvordan dette bliver implementeret. Det er vigtigt, at det opleves som bidrag til forskning og ikke som kontrol fra myndighederne.

Almen praksis er klar til at indsamle data – men det er vigtigt hvordan regionen ”sælger det” [hvordan, der argumenterer for at dataindsamlingen(red.)]... der vil være modstand fra almen praksis hvis regionen siger, at data skal bruges til kontrol – ikke modstand hvis det skal bruges til forskning (interview 9).

Almen praksis har allerede data-systemer til at indsamle data til eget brug. (...) Der er brug for ordentlige aftaler, i forhold til datadeling og videregive data – men infrastrukturen er der. Aftalen skal være i orden – men måske er tiden ikke moden til at det bliver gjort centralt – måske ok, at det er patienten, der giver samtykke til indsamling/deling, og at det så ikke er alle, der siger ja (interview 9).

Tema 3: U hensigtsmæssige strukturer, incitament er og finansieringsmodeller

Gennemgående var der enighed om, at god forskning koster penge og at der mangler midler til den tværsektorielle forskning. Noget der kunne hjælpe, var en politisk opbakning og tydelighed om at denne forskning er vigtig:

Vil du have en god løsning, så kommer det til at koste penge. Generelt er de klar med åbne arme både fra hospital, kommunen, almen praksis – vi mangler civilsamfundet. Men der mangler politisk vilje og økonomi. Det vil selvfølgelig hjælpe med politisk opbakning – man prioriterer det, politikkerne siger, skal prioriteres (interview 6).

Selvom industrien og store fonde bidrager væsentligt til dansk sundhedsforskning, påpeger mange interviewpersoner, at dette også medfører udfordringer. Det kan være vanskeligt at få midler til områder, der ikke er i fokus for disse fonde og industrier, såsom muskelskeletlidelser, der har høj forekomst i befolkningen og medfører betydelige sundhedsøkonomiske omkostninger. Forskerne ønsker, at det offentlige prioriterer tværsektoriel forskning samt forskning inden for sygdomsgrupper uden stærke patientforeninger, hvor den kommercielle interesse for finansiering ofte er begrænset.

Det er ikke fordi, der bliver brugt for mange penge på kræft og diabetes – men det offentlige bør gå ind og dække forskning, så områder uden kommercielle interesser også bliver dækket (interview 9).

Der er brug for forskning, der er uafhængig af industrien. Skævhed i hvad vi forsker i – bl.a. på grund af midler fra industrien (interview 8).

Måske kunne man fra politisk side gøre noget for at støtte de sygdomsgrupper, der ikke har så stærk en patientforening (interview 6).

Et af de konkrete forslag, der kom frem, i forhold til hvordan finansiering af den tværsektorielle forskning bliver bedre, var oprettelse af delestillinger:

Hvis man som praktiker får tid til at observere, så vil man meget gerne det – og det vil være meget brugbart. Men der skal midler til dette – en løsning kunne være delestillinger og samfinansiering (interview 4).

Vi skal have flere delestillinger på tværs af praksis og forskning – det skal gå begge veje. På denne måde kommer forskerne tættere på praksis (interview 2).

Vi skal have nogle forskere, der er forankret i universitetsverdenen – og også i deres grundfag. Deltidsansættelser mellem akademien og praksis (interview 9).

Tema 4: Sundhedsvæsenets organisering

Det er et gennemgående tema, at der er noget med organiseringen af sundhedsvæsenet, der ikke passer til alle patientgrupper, og som også besværliggør forskningen – som det blev udtrykt i to interview på følgende måde:

Det er noget der skal løses på Christiansborg-niveau – politikerne skal turde at tænke i bedre sammenhæng og tænke strukturerne anderledes end de er i dag. Vi har et fint sundhedsvæsen, organisering passer bare ikke til de udfordringer vi har i dag (interview 5).

I den ideelle verden skal systemet formes efter patienternes behov – det er ikke patienterne, der skal formes efter systemet (interview 14).

En fremtidig organisering af sundhedsvæsenet kunne f.eks. i stedet indebære et "sektorfrit rum", hvor sundhedsprofessionelle kunne mødes på tværs af sektorer, med patienten i centrum – dette ville også fordre den tværsektorielle forskning:

For at lykkes med denne gruppe af borgere, bliver vi nødt til at have et sektorfrit rum, hvor vi sammen med borgerne kan planlægge det bedste forløb for patienterne. [...] en model kunne f.eks. være at man mødtes en fra hver sektor sammen med patienten og arbejdede videre med det [behandlingsplan] (interview 6).

Men vi ved ikke nok om den optimale organisering i sundhedsvæsenet – og det er derfor vigtigt med sideløbende forskning – især når der sættes større ændringer i gang. "Sæt forskning i gang fra starten af når, der er ændringer i strukturen – mange forskellige design man kan lave i denne forbindelse" (interview 8). Det bliver allerede gjort i andre lande:

Hvis man vil have et sikkert, innovativt sundhedsvæsen, så bliver man nødt til at have et lærende sundhedsvæsen, der bliver bedre hen ad tiden. De danske rammer er der egentlig – men f.eks. Canada har tradition for at indtænke evaluering af større organisatoriske ændringer – det har Danmark ikke på samme måde (interview 11).

Flere af de interviewede fremhæver civilsektoren, herunder erhvervslivet og NGO'er, som en stadig vigtigere medspiller i løsningen af fremtidens forebyggelse. De oplever et presset sundhedsvæsen.

Det er som om vi har fået dannet et system, hvor der er brug for et ekstra system, der tager sig af dem, der har ekstra behov, eller behov for mere (interview 14).

Man har snakket om personalemangel i mange år – men man har ikke løftet opgaven (interview 14).

Nogle af de fremadrettede ideer går også på at inddrage nye aktører:

Udover patientforeninger skal vi også have øjne op for de frivillige kræfter. Et eksempel er Røde Kors – der er 300 frivillige på hospitalet hver dag, og de ser fuldstændig på tværs af sygdommene, de ser på patienten – der kan vi lære noget af dem (interview 6).

I forhold til behandling og organisering, så er det vigtigt at dem, der har nok, skal have mindre behandling, støtte osv. – men uvist hvordan vi gør det. Kan vi tænke innovativt? Kan vi f.eks. tænke anderledes i forhold til ressourcer? Kan multisyge patienter f.eks. være en ressource i forhold til andre multisyge i form af besøg? (interview 13).

Inddragelse af aktører uden for sundhedsvæsenet understøttes også i flere af de danske cases præsenteret i bilag 3.

Noget af det der handler om organisering, går også på hvordan vi fremadrettet kan organisere forskningen bedre, så den bliver mere praksisnær og relevant for praksis. Hvordan vi kan styrke forskningen i kommunerne ved at opbygge et stærkere samarbejde mellem uddannelsesinstitutionerne og aktørerne i det nære sundhedsvæsen. Delestilling, universitetskommuner og professionshøjkolerne nævnes som centrale i de nævnte løsninger:

Vi er lidt bagud i Danmark i forhold til hvad vi tænker om forskning på professionshøjkolerne, der skal mere forskning ud på professionshøjkolerne (interview 4).

Der skal være en kobling mellem forskning og uddannelse. Der har altid været en kobling i lægeuddannelse og der bliver også nødt til at være denne kobling i f.eks. fysioterapeutuddannelsen. På denne måde bliver forskning en naturlig del af også fysioterapeuters virke (interview 5).

Skulle man have universitets-kommuner ligesom man har universitetshospitalet? Der er ingen grund til at den forebyggelse og behandling, der sker i kommunerne ikke på samme måde som hospitalerne skal være evidensbaseret (interview 7).

Hvis kommunerne skal have et større ansvar – så skal der også mere forskning ud i kommunerne – kunne man lave "universitets-kommuner"? Delestillinger og ph.d.-studerende i kommunen kunne måske være en vej frem (interview 14).

Nedbrydning af siloerne mellem forskning og klinik! Tilbage til et tæt samarbejde mellem region og universitet. Der har været nogle modeller for samarbejde, der har forsøgt at gøre dette (interview 11).

Konklusion af interviewundersøgelse

Analysen førte til fire overordnede temaer: 1) Forskellige forskningstraditioner i sektorerne, 2) Manglende fælles sprog, definitioner og data, 3) U hensigtsmæssige strukturer, incitament og finansieringsmodeller og 4) Sundhedsvæsenets organisering.

Informanterne peger på, at de tre identificerede sygdomsgrupper multisyge, muskelskelet og samtidig psykisk og somatisk sygdom, alle er kendetegnet ved komplekse tilstande, der udfordrer et sundhedsvæsen, der er opbygget omkring specialer og diagnoser – en opdeling, der ikke i samme grad gør sig gældende i kommunalt regi, hvor både borgeren og de sundhedsprofessionelle er fokuserede omkring funktionsevne og muligheder for et godt liv i hverdagen. Det der optager forskerne, er derfor organisering af sundhedsvæsenet samt incitament-strukturer for at bedrive god forskning på tværs af den nuværende organisering.

SAMLET KONKLUSION

Samlet peger litteraturgennemgangen og interviewundersøgelsen på, at sundhedsvæsenets organisering i diagnosespecifikke specialer ikke matcher alle patienter i det aktuelle sundheds- og sygdomsbillede i Danmark. Særlige grupper, som borgere med multisygdom, muskelskelet sygdom og samtidige psykiatriske og somatiske udfordringer kommer i klemme i et sundhedsvæsen, der ikke i tilstrækkelig grad udvikler og gennemfører forskningsprojekter, der gør os klogere på, hvordan disse borgere bedst hjælpes på tværs af specialer og sektorer. Resultaterne i denne rapport peger på, at udfordringerne kan opdeles i fire gennemgående temaer: 1) Forskellige forskningstraditioner i sektorerne, 2) Manglende på fælles sprog, definitioner og data, 3) Uhensigtsmæssige strukturer, incitamenter og finansieringsmodeller og 4) Sundhedsvæsenets organisering.

Denne rapport peger på behovet for en mere helhedsorienteret, tværsektoriel og praksisnær tilgang til sundhedsforskning, hvor der skabes bedre rammer, incitamenter og samarbejde på tværs af sektorer for at facilitere bedre tværsektoriel forskning med fokus på borgeren, dennes forløb og liv. Det er i store træk identisk med konklusionerne fra de fire tidligere rapporter, som ligger til grund for del 1 i denne rapport. Gennem interviewene med forskerne blev det også klart, at der er gode initiativer på tværs af sektorer i gang i de fleste regioner. De gode eksempler er alle kendetegnet ved nye partnerskaber og stor interesse i at forstå hinandens tilgange til bedre viden, og hvordan den omsættes (se Bilag 3).

Denne rapport's perspektiv er blevet besluttet i tæt dialog med Danske Regioner, Sundhedsdirektørkredsen og medlemmer af Danske Regioners Sundhedsudvalg i regi af Danske Regioner. Fokus har været på udfordringer for at bedrive god forskning i patientrettet forebyggelse i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen med afsæt i de tre identificerede sygdomsgrupper. Når rapporten ikke berører emner som telemedicin, digitalisering, akut præhospital og hjemmebehandling, er det fordi disse emner ikke er bragt op som centrale emner i interviewene og litteraturen. Samtidig er det vigtigt at gentage, at nærværende kortlægning er gennemført før sundhedsstrukturkommissionens rapport og regeringens sundhedsudspil i september 2024.

De interviewede forskere anerkender, at kommunerne jf. sundhedsloven fra 2007 ikke har pligten til at igangsætte forskning, men i stedet skal støtte og anvende den forskning regionerne igangsætter. Kortlægningen kunne med fordel udbygges med en rundspørge til regionsrådene om mængden af igangsat forskning inden for patientrettet forebyggelse i det tværsektorielle og nære sundhedsvæsen, samt hvad de oplever som barrierer eller faciliterende faktorer for bedre forskning i tværsektoriel patientrettet forebyggelse.

Alle interviewede forskere tilbød at bidrage med yderligere information og deltage i tænketanke eller fora, der kunne omsætte de mange gode ideer og forslag til konkrete handlinger, når forebyggelse bliver prioriteret. Dette kunne med fordel være ved at etablere et videnscenter på tværs af de regionale forskningsenheder og centre, der allerede er etableret i alle regioner.

Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium foreslår, at der fremadrettet tænkes i handling og forandring i praksis. Både litteraturen og forskere er enige om, hvor udfordringerne med tværsektoriel forskning i det nære sundhedsvæsen er. Forskere og praktikere har viden om og mange gode bud på, hvad der skal til for at afdække den manglende viden om patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen.

Referencer

1. Tværsektorielt Samarbejde. Rammepapir - det nære og sammenhængende sundhedsvæsen Fremtidens sundhedsvæsen i Region Syddanmark [Internet]. Region Syddanmark; 2017 [henvist 10. januar 2024]. Tilgængelig hos: <https://regionsyddanmark.dk/media/512id104/rammepapir-det-n%C3%A6re-og-sammenh%C3%A6ngende-sundhedsv%C3%A6sen.pdf>.
2. Det Nære Sundhedsvæsen. Sundhed tæt på dig - Region Sjællands strategi for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen [Internet]. Region Sjælland; 2019. Tilgængelig hos: https://app-rsjdxp-cms-prod-001.azurewebsites.net/media/4jujr22h/strategi_sundhed_tt_p_dig.pdf.
3. Sundhedsstyrelsen. Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen: en national strategi. Sundhedsstyrelsen; 2022.
4. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven: LBK nr. 903 af 26/8/2019. [Internet]. Sundheds- og Ældreministeriet; 2019. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>.
5. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om universiteter (Universitetsloven): LBK nr. 778 af 07/08/2019. [Internet]. Uddannelses- og Forskningsministeriet; 2019. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/1368>.
6. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om professionshøjskoler for videregående uddannelser: LBK nr 779 af 08/08/2019 [Internet]. Uddannelses- og Forskningsministeriet; Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/779>.
8. Rambøll Management Consulting. Kortlægning af behov og rammer for forskning om det primære sundhedsvæsen [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2021. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Kortlaegning-af-behov-og-rammer-for-forskning-om-det-primære-sundhedsvæsen>.
9. Rambøll Management Consulting S og S. Vidensafdækningen af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed [Internet]. 2022 [henvist 20. august 2024]. Tilgængelig hos: http://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Vidensafdaekningen-af-indsatser-til-mennesker-med-kronisk-sygdom_-herunder-social-ulighed-i-sundhed.
10. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. VIVE. [henvist 15. juni 2022]. Tværsektoriel Sundhedsforskning i Danmark. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/tvaersektoriel-sundhedsforskning-i-danmark-17189/>.

Bilag

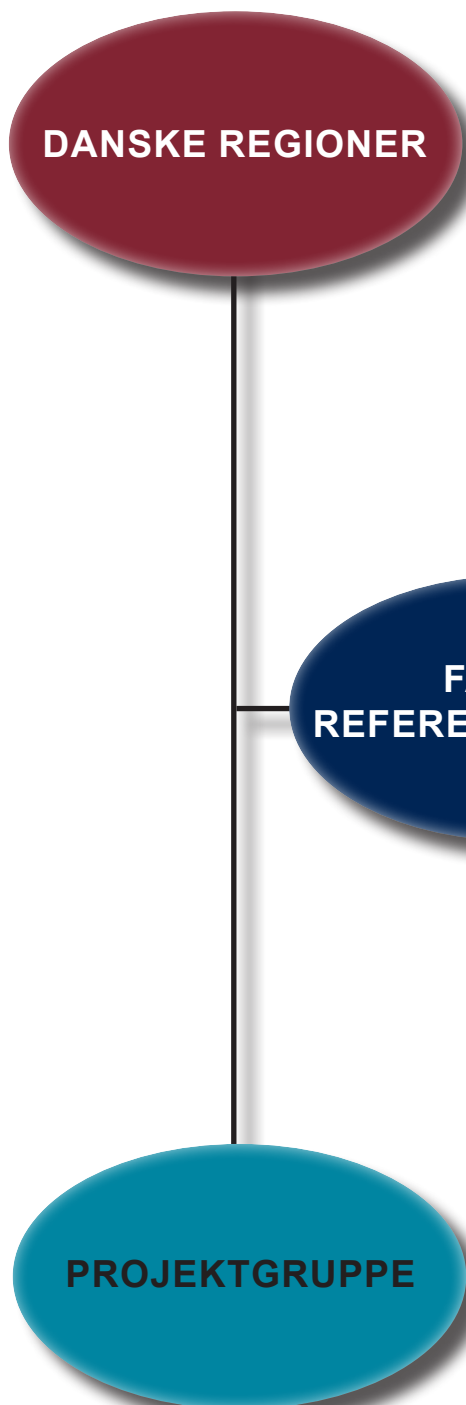
Bilag 1: Organisationsdiagram.

Bilag 2: Oversigt over interviewpersoners forskningstilknytning.

Bilag 3: Eksempler på danske projekter på tværs af sektorer.

BILAG 1

Organisationsdiagram



DELTAGERE

- Anne-Katrine Skovby Lindquist
- Catherina Bozorgi.

OPGAVER

- Sparring om formål, produkt og afgrænsning af opgaven
- Formidling og Sparring med relevante politiske og administrative grupper i Danske Regioner.

DELTAGERE

- Michaela Schiøtz, sektionschef
- Peter Bentsen, centerchef
- Christina Bjørk, sektionschef
- Anders G.B. Hansen, forsker og projektleder
- Repræsentant fra hver region (ad hoc).

OPGAVER

- Faglig sparring på retning og metode
- Projektgruppen indkalder til møder ved behov (med interne ca. en gang om måneden og eksterne ad hoc).

DELTAGERE

- Heidi Klakk Egebæk (projektleder og forsker)
- Nina K. Kamstrup-Larsen (forsker).

OPGAVER

- Fremdrift og organisering – ugentlige projektmøder
- Litteraturoversigt
- Gennemførelse af interviews
- Produkt ved afslutning.

BILAG 2

Oversigt over interviewpersoners forskningstilknytning

INTERVIEWNR.	TITEL	FORSKNINGSTILKNYTNING	REGION	FORSKNINGSOMRÅDE
1	Forskningschef	DEFACTUM Social, sundhed & arbejdsmarked	Region Midtjylland	Multisyge Tværsektorielle forløb Det nære sundhedsvæsen Organisationsforskning
1	Forskningsleder og professor	DEFACTUM Social, sundhed & arbejdsmarked	Region Midtjylland	Tværsektorielle forløb Rehabilitering – særligt hjerterehabilitering
1	Enhedschef og klinisk professor	Steno Diabetes Center Aarhus og Aarhus Universitetshospital	Region Midtjylland	Almen medicin Kroniske sygdomme
2	Lektor og seniorforsker	Aarhus Universitet og DEFACTUM Social, sundhed & arbejdsmarked	Region Midtjylland	Tværsektorielle forløb Samskabelse Partnerskaber
2	Forskningsleder og docent	Program for rehabilitering i Forskningscenter for sundhed og velfærdsteknologi, VIA University College	Region Midtjylland	Tværsektorielle forløb Samskabelse Partnerskaber Rehabilitering
2	Forskningsansvarlig og lektor	Center for forskning i klinisk sygepleje, VIA, University College	Region Midtjylland	Borgernære sundhedsvæsen Kroniske sygdomme Primær sektor
3	Lektor og seniorforsker	Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning og Aarhus Universitet	Region Syddanmark	Almen medicin

INTERVIEWNR.	TITEL	FORSKNINGSTILKNYTNING	REGION	FORSKNINGSOMRÅDE
3	Forsker	DEFACTUM Social, sundhed & arbejdsmarked	Region Midtjylland	Komplekse interventioner Tværsektorielle forløb
4	Overlæge og professor	DEFACTUM Social, sundhed & arbejdsmarked og Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed	Region Midtjylland	Muskel-skelet Rehabilitering
5	Professor og forskningsleder	Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik og Sygehusene Næstved, Slagelse og Ringsted	Region Syddanmark og Region Sjælland	Muskel-skelet Multisygdom
5	Kiropraktor	Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik	Region Syddanmark	Muskel-skelet
6	Klinisk professor	Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedsforskning og Sygehus Lillebælt	Region Syddanmark	Tværsektorielle forløb
6	Professor, overlæge, forskningschef og koordinerende forskningsleder	Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedsforskning og Syddansk Universitetshospital, Sygehus Sønderjylland	Region Syddanmark	Tværsektorielle forløb
7	Lektor	Regionshospital Nordjylland og Aalborg Universitet, Center for Klinisk Forskning	Region Nordjylland	Tværsektorielle forløb med afsæt i sygehusvæsenet
7	Lektor	Aalborg Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet og Professionshøjskolen UCN	Region Nordjylland	Tværsektorielle forløb med afsæt i kommunen
8	Centerchef	Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse	Region Hovedstaden	Tværsektoriel sundhedsforskning
8	Sektionschef	Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse	Region Hovedstaden	Tværsektorielle forløb
9	Professor og praktiserende læge	Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning	Region Syddanmark	Almen praksis

INTERVIEWNR.	TITEL	FORSKNINGSTILKNYTNING	REGION	FORSKNINGSOMRÅDE
10	Professor	Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed	Region Midtjylland	Multisyge Almen medicin
11	Professor og leder	Aalborg Universitet, Klinisk Institut og Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning	Region Nordjylland	Samtidige somatisk og psykisk sygdom
12	Docent	UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole	Region Syddanmark	Multisyge, kommunale samarbejder om forebyggelse
12	Docent	UC Syd, Forskning Campus Esbjerg og Forskningsprogrammet for sundhedsfaglig praksis	Region Syddanmark	Forebyggelse for kronikere Rehabilitering
13	Leder og klinisk professor	Videns- og forskningscenter for Multisygdom og Kronisk sygdom og Københavns Universitet	Region Sjælland	Multisyge
14	Seniorforsker	Enhed for Psykiatrisk Forskning, Region Nordjylland	Region Nordjylland	Psykiatri Dobbeltdiagnoser

BILAG 3

Cases og inspiration: nationale eksempler på samarbejder og partnerskaber på tværs

Eksempler på gode danske cases - inspiration

Fælles for de gode eksempler er, at de alle i et vist omfang benytter samskabelse, brugerinddragelse, komplekse interventioner og samarbejder på tværs af forskningsinstitutioner og -traditioner, herunder eksempler på igangværende eller planlagte projekter og nye partnerskaber og organiseringer af forskning i patientrettet forebyggelse i Danmark.

"Sammen om dit helbred" – rapport. Projektet fungerede som et pilotstudie for det større SOFIA-studie, som blev gennemført af Forskningsenheden for almen praksis: (https://ifsv.ku.dk/om-instituttet/almen_medicin/forskning/sofia/).

"Den røde knap", Sygehus Sønderjylland, et trisektorielt projekt, med fokus på etableringen af et omgående intensiveret samarbejde mellem egen læge, sygehuset og den kommunale sygeplejeordning ved opsporing af borgere med et potentielt komplekst forløb mellem de tre sektorer (<https://sygehussonderjylland.dk/forskning/forskningsenheder/forskningsenhed-i-akutmedicin/projekter-og-publikationer/den-rode-knap>).

"Safe hands", Esbjerg Sygehus (<https://portal.findresearcher.sdu.dk/en/projects/safe-hands-patients-and-caregivers-promoting-continuity-and-safet>). Sikre hænder er et trisektorielt samarbejde mellem de Syd- og Sydvestjyske sygehuse og omegnskommunerne og almen praksis. Safe Hands har til formål at forbedre intra- og cross sundhedssektorielle patientoverdragelser ved at inddrage de relevante patienter og sundhedspersonale i at udvikle og gennemførlighedsteste trisektorinterventioner baseret på patientinddragelse, relationelle koordinering og informationsdeling.

Eksempler på gode partnerskaber på tværs af sektorer, vidensinstitutioner og praksis:

Human First: (<https://human-first.org/>).

Sammen om praksisnær forskning (SPF) er et forskningssamarbejde mellem uddannelse (Universitet og professionshøjskole) samt praksis (region og kommuner). (<https://www.defactum.dk/forskning/praksisnar-rehabiliteringsforskning/Sammen-om-Praksisnaer-Rehabiliteringsforskning/>).

ACTI-WAYS: Helt nyt brobygningsprojekt mellem sygehus, kommuner og foreningslivet for patienter på tværs af kroniske sygdomme også sygdomme i muskler og led (<https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/projects/acti-ways-from-healthcare-sector-to-an-active-everyday-life-in-pe.>)

Move More forskningsgruppe på tværs af Universitet og DGI/Idrætsforeninger: (<https://feap.au.dk/forskning/move/projekter>).

Ved **professionshøjskolen UC Lillebælt** har de efter gode forskningssamarbejder med Svendborg Kommune om bl.a. Demens og forebyggelse af kronicitet ved lænderygbesvær valgt at etablere et Forsknings Fagligt Forum (FFF). FFF er et organisatorisk setup, der skal understøtte viden samarbejde om sundhedsrelaterede indsatser mellem Sundhedsområdet i Svendborg Kommune, **Anvendt Sundhedsforskning & Sundhedsuddannelserne på UCL**. Formålet er at skabe rum og mulighed for vidensamarbejde hvor der i fællesskab defineres praksisnære problemstillinger og løsninger. FFF etableres som en pilotafprøvning i efterår 2024 – efterår 2025. Kontakt docent Tina Junge tju@ucl.dk ved afdelingen for Anvendt Sundhedsforskning.