

A photograph of a research setting. A male researcher in a black hoodie is kneeling on the left, examining the knee of a female participant who is standing on a blue trampoline. A female researcher in a purple jacket stands in the middle, holding a clipboard and looking at the participant. The background features anatomical charts and models of joints. The text 'Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver' is overlaid in green.

Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver

Indholdsfortegnelse

1	Indledning og baggrund	3
2	Sundhedsforskning i Danmark	5
2.1	Et bredere perspektiv	5
2.2	Prioritering og anvendelse af forskningsmidler.....	5
2.2.1	Finansiering fra fonde og puljer.....	7
2.3	Den lovgivningsmæssige forpligtelse	8
3	Behov for viden	11
4	Kommunernes involvering i forskning.....	15
4.1	En stigende interesse.....	15
4.2	Forskeres erfaringer med samarbejdet.....	17
4.3	Kommunernes produktion af data.....	17
4.4	Samarbejdet med regionerne om forskning	18
5	Samarbejde med universitetet og andre forskningsmiljøer	21
5.1	Universiteterne	21
5.2	Andre forskningsmiljøer	22
6	Perspektivering	23

1 Indledning og baggrund

Sundhedsvæsenet er under forandring. Ændringerne betyder, at borgerne modtager flere sundhedsydelse i deres nærmiljø. Baggrunden er især et ændret sygdomsbillede med flere kronisk syge borgere og flere ældre, der har god gavn af at få behandling og rehabilitering tæt på eget hjem. Forskydninger i arbejdsdeling og opgaveglidning betyder også, at kommuner og almen praksis har fået et større ansvar og flere opgaver. Der er også internationalt kommet langt mere fokus på 'community based interventions'¹. Det er således

en international trend, der meget langt hen ad vejen bygger på evidens om, at specialisering er vigtig, men når den højt specialiserede og centraliserede behandling er afsluttet bør efterbehandling, pleje, genoptræning, rehabilitering og paliation foregå tæt på hjemmet. Det større fokus på rehabilitering efter kommunalreformen og overflytning af genoptræningsopgaven har også været medvirkende til, at kommunerne har fået en langt væsentligere rolle i sundhedsvæsenet. Erkendelsen er, at kommunale fagområder skal samarbejde

for at opnå optimal sundhed og bedst mulig funktionsevne hos borgerne.

Hele denne udvikling har givet kommunerne en vigtigere rolle i forhold til at definere, hvordan kvaliteten styrkes i varetagelsen af de kommunale sundhedsopgaver. Det gælder ikke kun de "nye" opgaver, men også de sundhedsopgaver, som traditionelt har været kommunernes ansvar.

Kommunernes sundhedsopgaver

- Borgerrettet forebyggelse
- Patientrettet forebyggelse, rehabilitering og paliation der ikke foregår på sygehus
- Genoptræning efter indlæggelse og vedligeholdende træning
- Kommunal sygepleje
- Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge (den kommunale sundhedstjeneste)
- Børne- og ungdomstandpleje
- Omsorgs- og specialtandpleje
- Alkohol- og stofmisbrugsbehandling

Kommunerne har som myndighed en forpligtelse til at udvikle kvaliteten på de områder, de er ansvarlige for. Kommunerne skal

hele tiden tilpasse sig ændringer og nye forventninger og stræbe efter at blive bedre til at løse kerneopgaverne på sundheds-

området. Derfor har kommunerne også med KL's sundhedspolitiske udspil "Det nære sundhedsvæsen" tonet rent flag og sagt, at

1) Se eks <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>

kommunerne vil arbejde evidensbaseret og efter kliniske retningslinjer, dokumentere indsatserne samt bidrage til forskningen.

Forskningsmæssigt er der imidlertid et betydeligt efterslæb på vigtige områder, som fx patientrettet forebyggelse og rehabilitering. Efterslæbet skyldes mange ting, herunder at forskning i de kommunale sundhedsopgaver ikke har været prioriteret og at de fag, som er beskæftiget i det kommunale sundhedsområde, kun i begrænset omfang har en forskningstradition.

Der er derfor meget der taler for, at kommunerne skal til at spille en større rolle i forskningen på sundhedsområdet. Tiden er moden til, at KL og kommunerne får en stemme, når det gælder forskning.

Behovet for at udvikle det nære sundhedsvæsen gennem forskning er ikke kun kommunernes interesse og ansvar. Bedre

rammebetingelser for forskning i de kommunale sundhedsopgaver kan kun skabes, hvis KL og kommunerne går i dialog med de aktører, der bevilger forskningsmidler og de miljøer, der har forskningskapacitet. Systematisk forskning i det nære sundhedsvæsen er en forudsætning for, at det samlede sundhedsvæsen kommer til at fungere bedre og løbende tilpasser sig ændrede sygdomsmønstre, strukturer og ny teknologi. Det er derfor hele sundhedsvæsenets interesse, at primærsektoren fungerer optimalt og bidrager bedst muligt til et stadig stigende antal patientforløb, der går på tværs af sektorer.

KL vil med dette udspil sætte retningen for arbejdet de kommende år for at få en mere systematisk forskningsindsats i de kommunale sundhedsopgaver.

Udspillet afgrænser sig primært til produktion af forskning - velvidende, at forskningsformidling og ikke mindst anvendelse af

forskningsresultater også er meget vigtige emner i forhold til det kommunale sundhedsområde.

For hvordan får de kommunale chefer og medarbejdere overblikket over, hvad der er den nyeste viden? Og hvordan kan forskningsresultater implementeres i den kommunale hverdag? KL vil ved senere lejligheder angribe disse emner i forhold til fremtidige initiativer på området.

Udspillet er udarbejdet på baggrund af dialoger med sundheds- og ældrechefer i kommuner samt forskere, der har erfaring med forskning i primærsektoren. KL har endvidere foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt alle kommuner om deres medvirken i - og ønsker til - forskning. 83 kommuner har deltaget og resultaterne indgår som baggrund i dette udspil.

KL's 8 anbefalinger for en styrket forskning i kommunale sundhedsopgaver er sammenfattet i boksen herunder:

KL's 8 anbefalinger til en styrket forskningsindsats

1. Forskning i de kommunale sundhedsopgaver og forskning i kommunernes samspil med almen praksis og sygehuse skal prioriteres højere centralt fra, som en del af dansk sundhedsforskning.
2. KL skal gå aktivt ind og påvirke prioriteringen i forskningsråd, forskningsfonde, m.v. på områder med relevans for det kommunale sundhedsområde.
3. Kommunerne skal i øget omfang prioritere at medvirke i forskning
4. Kommuner og regioner skal anvende sundhedsaftalerne som afsæt for fælles forskningsaktiviteter.
5. Der er behov for mere forskning inden for områder som borgerrettet og patientrettet forebyggelse, rehabilitering, genoptræning, sygepleje og palliation.
6. Kommunerne kan med fordel samarbejde om forskningsprojekter.
7. KL vil tage initiativ til at bringe forskere og kommunerne sammen i forhold til at drøfte forskningsmuligheder samt for at sikre større gensidig forståelse af hinandens vilkår.
8. Kommunerne skal prioritere produktion af relevante data, der kan understøtte kvalitetsudvikling af ydelserne samt forskning

2 Sundhedsforskning i Danmark

2.1 Et bredere perspektiv

Sundhedsforskning forbindes ofte med sundhedsvidenskabelig grundforskning eller klinisk forskning på et hospital, og traditionelt er sundhedsforskning direkte relateret til kropslige eller psykiske symptomer. Imidlertid er det væsentligt for kommunerne, at sundhedsforskningen får et bredere perspektiv. Kommunerne har fx ansvaret for en betydelig del af rehabiliteringen, som også omfatter indsatser i forhold til borgernes samlede ressourcer, netværk, arbejdsplads, tilgængelighed mv. og involverer alle fagområder i kommunen. Derfor er det vigtigt også at have fokus på disse områder i forskningen.

Sundhedsministeriet udgav i 2008 en rapport om dansk sundhedsforskning². I rapporten finder man følgende definition af sundhedsforskning:

"Sundhedsforskning er rettet mod sygdomsforståelse, diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse af sygdomme herunder forskning omfattende organisering og finansiering af disse indsatser. Sundhedsforskning udføres både i universitets-, hospitals- og primærsektoren".

Sundhedsministeriets definition omfatter altså også forskning i de sundhedsopgaver, som kommunerne har ansvar for, såsom borger- som patientrettet forebyggelse, genoptræning, sygepleje og palliation.

Kommunerne har en interesse i, at den sundhedsforskning, som Danmark er internationalt kendt for, og de resultater, der skabes der, også kan have betydning for den kommunale opgavevaretagelse.

Forskning i behandling af hjertekarsygdomme og kræft har fx betydet et stort fald i dødeligheden af disse sygdomme, og er en del af grundlaget for, at det overhovedet er relevant at tale om rehabilitering af mange af de patientgrupper, som kommunerne har ansvaret for. Men der er behov for et bedre perspektiv.

Forskning i de kommunale sundhedsopgaver og forskning i samspillet med kommunerne, almen praksis og sygehuse skal prioriteres højere centralt fra, som en del af dansk sundhedsforskning.

Ikke på bekostning af den øvrige sundhedsforskning – men i samspil hermed. Derfor vil KL søge indflydelse i forhold til at præge statens overordnede prioriteringer på forskningsområdet, så de kommer til at afspejle det faktum, at genstandsfeltet for en del af den sundhedsvidenskabelige forskning findes i kommunerne. Det skal ske gennem en styrket interessevaretagelse i forhold til relevante ministerier, hvor retningen for dansk sundhedsforskning udstikkes. Det er desuden vigtigt at have drøftelser med de statslige forskningsråd, der bevilger midler til forskningsprojekter, og søge indflydelse på prioriteringen af støttemidler.

2.2 Prioritering og anvendelse af forskningsmidler

Sundhedsvidenskabelig forskning er klart det største forskningsfelt i Danmark. I 2012 blev der samlet anvendt knap 7

2) Dansk sundhedsforskning – status og perspektiver, 2008

3) Danmarks Statistik/fouoff07

mia. kr. på offentlig sundhedsvidenskabelig forskning³ ud af de godt 19 mia. kr., som blev anvendt på offentlig forskning i alt. Sundhedsforskningen lægger altså beslag på godt 1/3 af de offentlige forskningsmidler og kan derfor betegnes som "dansk forsknings lokomotiv"⁴. Hvis man ser nærmere på, hvilken type sundhedsvidenskabelig forskning der er tale om, så er det i meget begrænset omfang forskning relateret til forebyggelse, rehabilitering og pleje, dvs. til de kommunale kerneopgaver på sundhedsområdet.

Som det fremgår af Tabel 1, så anvendes størstedelen, ca. 2/3 af midlerne, på forskning i basal og klinisk medicin, farmaci og medicinsk bioteknologi. De resterende midler fordeler sig på en række mindre områder, hvoraf nogle, fx omsorg og sundheds-tjenesteforskning, kan indeholde forskning, som er relateret til det kommunale sundhedsområde. Set i lyset af den enorme sygdomsbyrde, som Danmark og de øvrige vestlige lande står midt i, grundet en stigende forekomst af kroniske sygdomme og en aldrende befolkning, så kan man argumentere for, at der bør ske en styrkelse af forskningen i de nære sundhedstilbud.

Fremadrettet bør der både prioriteres forskningsmidler til forskning i, hvordan vi diagnosticerer og behandler de kronisk syge og ældre patienter, hvordan vi forebygger disse sygdomme samt hvordan vi plejer og rehabiliterer disse patienter bedst muligt. Bl.a. fordi vi anvender en stigende del af samfundets ressourcer til sundheds- og velfærdsydelser i kommunerne. Fx bruger kommunerne årligt 1,9 mia. kr. på træning og genoptræning, og det er derfor både relevant og nødvendigt, at vi interesserer os for, hvad der er den mest effektfulde indsats, så vi får brugt ressourcerne bedst muligt⁵.

Der er mange grunde til, at forskning i de kommunale sundhedsopgaver ikke er højt prioriteret

i sundhedsforskningen i dag. Den primære er formentligt, at sundhedsforskningstraditionen udspringer af den lægelige profession.

De fagprofessionelle, der beskæftiger sig med fx genoptræning og pleje, er sjældent uddannet til at forske. Det betyder, alt andet lige, at der er en barriere i forhold til at få igangsat forskning på disse områder, når de der arbejder indenfor faget, er afhængige af at skabe alliancer til forskningsmiljøer for at få igangsat forskning. Imidlertid åbner der sig i disse år nye muligheder med professionshøjskolernes involvering i forskning. Der er således afsat 355 mio. kr. årligt i 2013-2015 i finansloven for 2013 til udviklings- og evidensbaseret af

Tabel 1. Forsknings – og udviklingsomkostninger i den offentlige sektor efter driftsformer, tid og fag

Omkostninger i alt, mio. kr.	2012
Basal medicin	1.244
Farmaci/farmakologi	568
Klinisk medicin	2.242
Odontologi	142
Sundhedstjeneste	206
Omsorg	104
Samfundsmedicin og folkesundhed	789
Medicinsk bioteknologi	684
Øvrig sundhedsvidenskab	939
Sundhedsvidenskab i alt	6.918

Kilde: Danmarks Statistik, FOUOFF07

4) Dansk sundhedsforskning – status og perspektiver, Sundhedsministeriet, m.fl., 2008

5) Danmarks Statistik

uddannelserne på professionshøjskoler og erhvervsakademier og til forskning i professionsfagene. Først fra midten af 1990'erne begyndte man i Danmark for alvor at fokusere på årsagen til middellevetiden steg langsommere end i andre lande – årsager som primært skulle findes i et højt tobaks- og alkoholforbrug. Senest har regeringen lanceret nationale mål for befolkningens sundhedstilstand, hvor ambitionen, i lighed med tidligere folkesundhedsprogrammer, er at skabe flere gode leveår. Hen ad vejen er der igangsat yderligere epidemiologisk forskning, primært i regi af Statens Institut for Folkesundhed, som har bibragt mere viden om forekomsten af folkesygdommene, men forskningen i, hvilke forebyggelsesindsatser, der virker og hvordan de skal tilrettelægges, er sparsom. At opmærksomheden på folkesundhedsproblemerne er forholdsvis ny betyder givetvis noget for, at der ikke er en lang forskningstradition og et stort forskningsmiljø på disse områder.

Endelig spiller det sandsynligvis også ind, at der i sammenligning med klinisk forskning, ikke umiddelbart er de samme muligheder for at kommercialisere forskningsresultater. Erhvervslivet bidrager med hele 2/3 af de samlede udgifter til sundhedsforskning, mens det kun er ca. 1/3 af de samlede udgifter til forskning og udvikling på det sundhedsvidenskabelige område, som kommer fra statskassen.

Traditionelt interesserer lægemiddel- og medicoindustrien sig typisk for forskning, der kan udmønte sig i ny medicin eller nyt apparatur til anvendelse i diagnosticering og behandling. At se forretningspotentialet i fx rehabilitering kan umiddelbart være vanskeligt. Ikke desto mindre er der grund til at tro, at der i fremtiden kan være basis for et styrket samarbejde mellem kommuner og erhvervslivet, fx i forhold til udvikling af velfærdsteknologiske løsninger, der på sigt også kan eksporteres.

2.2.1 Finansiering fra fonde og puljer

En stor del af den forskning som foregår med deltagelse af kommunerne er finansieret af private interessenter. Eksempelvis har Trygfonden finansieret etablering af Center for Interventionsforskning på Syddansk Universitet via en bevilling på oprindeligt 100 mio. kr. og senere har man bevilget 35 mio. kr. yderligere. Kræftens Bekæmpelse har herudover bevilget 31 mio. kr. til centret. Herudover støtter Trygfonden også en række andre projekter indenfor fx mental sundhed, at leve med kronisk sygdom, mv., ligesom Trygfonden også finansierer hovedparten af Vidensrådet for Forebyggelse med 17 mio. kr.

Disse tiltag er særdeles positive, da det har sat skub i en række spændende forskningsprojekter. Hvis fondene ændrer strategi betyder det imidlertid, at finan-

sieringen forsvinder i større eller mindre omfang, og etablerede forskningsmiljøer kan forsvinde igen.

Tendensen med pulje- og fondsfinansiering er velkendt i kommunerne. Statslig puljefinansiering har i en årrække præget den del af sundhedsområdet, som er særlig relevant for kommunerne. Fx blev der i 2010 bevilget ca. 500 millioner til projekter vedrørende kronisk sygdom. Et andet eksempel er de knap 80 mio. kr. i form af satspuljemidler, som er udmøntet til indsatser rettet mod overvægt. Satspuljerne omfatter generelt aldrig midler til forskning eller forskningsbaserede evalueringer. I dag har vi derfor ikke forskningsbaseret viden om, hvad der er kommet ud af disse store satsninger på sundhedsområdet.

Derfor er tiden kommet til at styrke de kommunale sundhedsopgaver som genstandsfelt for forskning. Dette bør også afspejles i bevillingerne til forskning i området.

KL skal gå aktivt ind og påvirke prioriteringen i forskningsråd, forskningsfonde, mv. på områder med relevans for det kommunale sundhedsområde.

For at sikre flere midler til forskning i de kommunale sundhedsopgaver er der behov for at gøre kommunernes behov og interesser kendte i de kredse og fora, der er relevante. KL ønsker

at få indflydelse i de offentlige organer, som bevilger penge til sundhedsforskning (Innovationsfonden og Det Frie Forskningsråd), ligesom KL ønsker at indgå i en dialog med universiteterne om, hvordan samarbejdet om forskning kan styrkes.

2.3 Den lovgivningsmæssige forpligtelse

Med Sundhedsloven har kommunerne fået en forpligtelse i forhold til forskning på sundhedsområdet.

Det fremgår af sundhedslovens § 4, at "regioner og kommuner i samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne skal sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v."⁶.

Mere specifikt slås det fast i sundhedslovens § 194, at kommunerne skal medvirke til udviklings- og forskningsarbejde.

Derimod er det regionernes opgave at sikre, at der igangsættes forskning.

Af lovbemærkningerne fremgår det, at det er det større ansvar for opgavevaretagelsen på sundhedsområdet, der har ført til at kommunerne har fået et medansvar for forskningen på sundhedsområdet. Det giver god mening, at kommunerne får ansvaret for at medvirke til at producere mere viden på de områder, som kommunerne er ansvarlige for, da kommunerne er tæt på praksis og har det mest indgående kendskab til, hvor der er behov for mere viden. Pilen peger med andre ord på kommunerne og KL i forhold til at medvirke til at igangsætte og koordinere forskningssamarbejder.

Kommunerne skal i øget omfang prioritere at medvirke i forskning.

Kommunerne skal ikke selvstændigt bedrive forskning, men kommunerne bør sammen engagere sig aktivt i at opsøge forsknings-

miljøer og præge produktionen af viden på de områder, hvor den mangler. Siden sundhedslovens ikrafttræden er der også et øget antal kommuner, der er engageret i forskningsprojekter af forskellig karakter jf. kapitel 4 om kommunernes involvering i forskning.

Det fremgår af lovbemærkningerne, at "...regionerne (skal)... bidrage til forskning, der relaterer sig til de kommunale sundhedsydelser. Det vil typisk være sundhedstjenesteforskning, hvor fokus særligt er at styrke patientforløb og det tværsektorielle samarbejde samt at optimere opgavefordelingen mellem primær- og sekundærsektor, men naturligvis også klinisk forskning som grundlag for udvikling af ydelserne"⁷.

Herudover skal regionerne rådgive kommunerne i forhold til deres borgerrettede og patientrettede forebyggelsesindsatser, jf. Sundhedslovens § 119⁸.

Regionerne er således en væsentlig samarbejdspartner for kommunerne, når det gælder forskning. Det fremgår også af den seneste vejledning om sundhedsaftaler, hvor forskning er væsentligt opprioriteret, når man sammenligner med den tidligere vejledning, idet der nu er et afsnit blandt de "tværgående temaer" med overskriften "Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed".

Sundhedslovens § 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"⁷.

6) Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010

7) Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010

8) Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010

Sundhedsaftaler og forskning

"Aftalen skal derudover understøtte regioners og kommuners fælles ansvar for udviklings- og forskningsarbejde, så sundhedsydelser og kompetenceudvikling af sundhedspersoner kan leveres på højt fagligt niveau. I den forbindelse bør der være særligt fokus på at sikre ny viden på områder, hvor der aktuelt er sparsom viden. Aftalen bør derudover med baggrund i dokumentation og udviklings- og forskningsarbejde understøtte en fortsat kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af de enkelte ydelser og af den tværgående indsats"⁹

Hermed lægges der op til, at kommunerne sammen skal prioritere, hvad de gerne vil samarbejde med regionerne om på forskningsområdet. Sundhedsaftalerne er således et centralt redskab for kommunerne og regionerne, når det gælder samarbejde om forskning. For kommunerne betyder det, at man i højere grad end i dag bliver klar over, hvad man har af vidensbehov og samarbejder

på tværs af kommunerne. Det vil alt andet lige også være en fordel, da det vil muliggøre forskningsprojekter i en langt større skala.

Kommuner og regioner skal anvende sundhedsaftalerne som afsæt for fælles forskningsaktiviteter

Sammenfattende kan man sige, at de lovgivningsmæs-

sige rammer er på plads for at kommunerne kan medvirke mere aktivt på forskningsområdet, og at regionerne er en væsentlig samarbejdspartner for kommunerne. Universiteterne og andre forskningsmiljøer vil også skulle spille en vigtig rolle i samarbejdet om forskning i det nære sundhedsvæsen, da kommunerne er afhængige af de parter, der har finansiering og kapacitet til at betrive forskning. Derfor er samarbejdet alfa omega, hvis målet om mere forskning i primærsektorens opgaver skal indfris.

9) Vej nr. 9005 af 20/12/2013



3 Behov for viden

KL har gennemført en undersøgelse af forskning i kommunerne foretaget af KL's nyhedsbrev Momentum i 2014. Undersøgelsen har spurgt til kommunernes holdninger til den nuværende forskningsviden om det kommunale sundhedsvæsen.

Kommunerne har en oplevelse af, at der er et behov for mere relevant viden. Dette skal samtidigt ses i lyset af, at kronisk sygdom og en aldrende befolkning er de største udfordringer for det samlede sundhedsvæsen i dag. Det er derfor relevant, at vi interesserer os forskningsmæssigt for, hvordan vi kan bremse tilvæksten af kronisk syge, og hvordan vi kan pleje, genoptræne og rehabiliterer

de syge og/eller ældre borgere effektivt og med høj kvalitet.

Gennemførelsen af de opgaver, som kommunerne har ansvar for, stiller krav om forskningsbaseret viden vedrørende følgende områder:

1. Hvilke helbredsproblemer og sygdomme borgerne lider af (data)
2. Hvilke indsatser, der kan fremme sundhed og forhindre sygdom i at opstå (borgerrettet forebyggelse)
3. Hvilke indsatser, der kan forebygge sygdommens udvikling (sygepleje og patientrettet forebyggelse)
4. Hvordan syge borgere

bedst kan rehabiliteres til at kunne leve et så aktivt og selvstændigt liv som muligt (træning, genoptræning og rehabilitering)

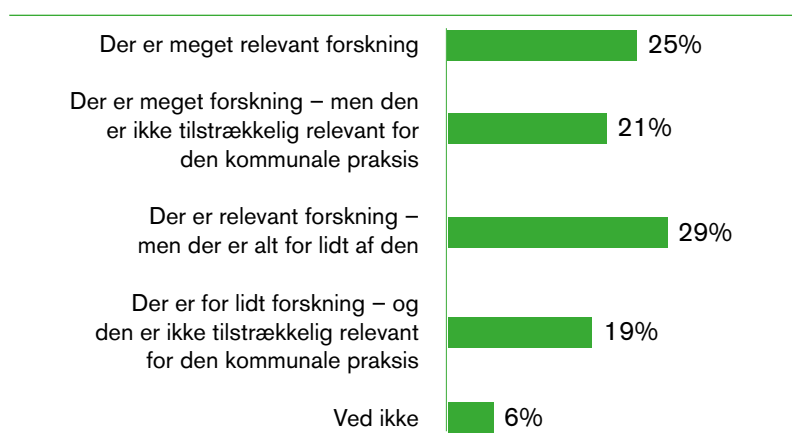
5. Hvordan indsatserne organiseres og implementeres (sundhedstjeneste og implementeringsforskning)

Der er varierende viden på disse områder, som beskrives i det efterfølgende.

Data

Data om befolkningens sammensætning, sygelighed og brug af sundhedsvæsenet findes blandt andet i Danmarks Statistik og Statens Serum Institut - herunder eSundhed. I økonomiaftalen for 2011 fik kommunerne adgang til data om forbrug af regionale sundhedsydelser på individniveau. Den øgede adgang til data kan bruges til at styrke grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats. Viden om borgernes sundhedsvaner og selvoplevede helbred findes i den nationale sundhedsprofil, som gennemføres hvert 4. år. Sundhedsprofilerne kan give den enkelte kommune større overblik over egne indbyggers sundhed og

Diagram 1: Hvordan oplever kommunerne den nuværende forskningsviden? (%)



sygelighed. Der er derfor visse muligheder i dag for, at kommunerne kan danne sig et overblik over borgernes sundhedstilstand og forbrug af sundhedsydelser i forhold til egne borgere, men det er langt fra tilstrækkeligt. Det er fortsat ikke muligt at se borgernes samlede forbrug på tværs af sektorer og det er ganske vanskeligt at vurdere forebyggelsesmulighederne på baggrund af borgernes træk i sygehusvæsenet. Sundhedsprofilerne giver et overblik over sundhedstilstanden, men omfatter for få respondenter til at det er muligt at nedbryde data på den enkelte kommune.

Borgerrettet forebyggelse

Der eksisterer god viden om risikofaktorer for udvikling af folkesygdommene, ikke mindst hvad angår de store livsstilssygdomme, herunder hjertekarsygdomme, diabetes type 2 og kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL. KRAM-faktorerne er kendte risikofaktorer, der påvirkes både ved individorienterede og strukturelle forebyggelsesindsatser.

Den borgerrettede forebyggelse har været, og er til dels fortsat, præget af begrænset viden om relevante indsatsers effekt. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, som indeholder anbefalinger til kommunernes indsats på en række områder indenfor den borgerrettede forebyggelse, betyder imidlertid at den eksisterende viden er blevet mere tilgængelig for kommunerne.

Der er dog stadig en række områder, hvor der mangler viden om effektive indsatser. Det gælder ikke mindst på områder, hvor der ikke kan identificeres enkeltstående risikofaktorer, og hvor indsatser er komplekse, har mange delindsatser og er afhængig af, at mange medarbejdere med forskellig faglighed gør noget på nye måder i dagligdagen, fx skolebaserede indsatser, indsatser i tilknytning til jobcenteret og lignende. Der savnes derfor viden om, hvordan sundhedsindsatser effektivt kan integreres i alle politikområder i kommunen.

Patientrettet forebyggelse/ Rehabilitering

Den patientrettede forebyggelse er centreret omkring tilbud til borgere med kroniske sygdomme. Kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud omfatter typisk fysisk træning, undervisning om sygdommen samt kostvejledning og eventuelt

rygestopkursus. Hertil kommer, at mange kommuner, som supplement hertil, tilbyder patienttil-patient kurserne "Lær at leve med kronisk sygdom" og øvrige kurser udviklet inden for samme koncept.

Der findes ikke sikker viden om effekten af de kommunale patientrettede forebyggelsestilbud samlet set. Kommunerne efterspørger en standard for tilbuddenes indhold og gennemførelse, og der opsamles ikke kommunale data, der monitorerer aktivitet eller effekt, som vil muliggøre kvalitetssikring fremadrettet. KL arbejder imidlertid på forskellig vis på at skabe bedre kommunale data for den patientrettede forebyggelse. Sundhedsstyrelsens arbejde med de nationale kliniske retningslinjer for fx hjerterehabilitering og KOL-rehabilitering har også tydeliggjort, at der er svag evidens for mange af elementer, der indgår i de patientrettede

CopenHeart

CopenHeart er et tværsektorielt og tværvideenskabeligt forskningsprojekt med fokus på hjerterehabilitering. Projektet har til formål at etablere og udvikle evidensbaseret viden om rehabilitering af patienter med komplekse hjertediagnoser på tværs af sektorer. Projektet er tilrettelagt som 4 randomiserede forsøg, hvor viden indsamlet i forbindelse med forsøgene kan overføres direkte til praksis i kommunerne, såfremt der viser sig at være positiv effekt af indsatsen. Projektet gennemføres som et partnerskabsprojekt med forankring på Rigshospitalet i samarbejde med blandt andet 19 forskellige kommuner, der varetager den specifikke rehabiliteringsindsats. Projektet finansieres via midler fra en lang række sponsorer, herunder Innovationsfonden, hospitaler og flere uddannelsesinstitutioner. Læs mere om projektet på www.CopenHeart.org.

forebyggelsesaktiviteter, og at der i høj grad er behov for forskning på området.

Træning/genoptræning

Grundlæggende er der god evidens for en positiv effekt af træning på kropsfunktion/struktur, aktivitetsniveau og deltagelsesniveau hos en stor gruppe af patienter og borgere. På genoptræningsområdet findes viden om effekten af genoptræning for en række diagnoser, blandt andre kræftsygdomme, hjertesygdomme, lænderygbesvær og leddegigt. *Der er dog behov for yderligere viden om, hvilken type og dosis af træning, der har bedst effekt for specifikke grupper af patienter og borgere.*

Hjemmesygepleje

For bedre at kunne forebygge indlæggelser og forhindre unødige genindlæggelser arbejder mange kommuner, ofte i samarbejde med almen praksis og sygehus, med udvikling af forebyggende hjemmebesøg, følgehjem ordninger og opbygning af forskellige former for specialiseret sygeplejefagligt akutberedskab, shared care løsninger mv.

For visse af disse nye løsninger eksisterer der oversigtsnotater og forskningsbaserede evalueringer blandt andet DSI's "Forebyggelse af indlæggelser"¹⁰, MTV-undersøgelse af opfølgende hjemme-

besøg (Glostrup-modellen) DSI delrapport "Erfaringer fra opfølgende hjemmebesøg"¹¹, Gentofte Hospitals "Følge-hjemordning til ældre medicinske patienter som udskrives fra hospital"¹² samt andre større og mindre projekter.

Der er et centralt forskningsområde knyttet til kommunernes større ansvar for at forebygge

uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehusene. Kommunerne har i de sidste par år etableret forskellige tilbud i form af akutpladser, akutteam og subakutte tilbud, hvor ældre medicinske patienter henvises til i stedet for indlæggelse. Kommunerne efterspørger her systematisk viden om hvilke tilbud, der er effektive samt viden om, hvilken



10) DSI, december 2011: Forebyggelse af indlæggelser – oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter.

11) Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. Omkostningsanalyse med særlig fokus på de kommunaløkonomiske omkostninger.

12) Gentofte hospital, Medicinsk Afdeling C, Geriatrisk Funktion, og Gentofte-, Lyngby-Taarbæk- og Søllerød Kommuner: Følge-hjemordning til ældre medicinske patienter, som udskrives fra hospital.

kapacitet, der er behov for fx pr. 1000 ældre medicinske patienter over 80 år. Tilbuddenes succes er samtidig afhængig af samarbejdet med almen praksis og sygehusafdelinger. Betydningen af lokale netværksdannelse spiller derfor ind i forhold til, hvorvidt forebyggelsen er effektiv.

Sundhedstjenesteforskning

Fælles for forskning vedrørende alle de kommunale sundhedsopgaver er, at der kun eksisterer begrænset og spredt viden om, hvordan indsatsen bedst organiseres og implementeres. Der er et stort behov for kommunal sundhedstjenesteforskning, især hvad angår indsatser på tværs af forvaltningsområder i kommunerne og på tværs af sektorgrænser. Der er behov for forskningsbaseret viden om, hvordan de samlede sundhedsopgaver kan løses

mest hensigtsmæssigt – i forhold til kvalitet og samfundsøkonomi – i samarbejde mellem sektorerne.

Samlet set er der et udækket behov for viden om især gennemførelsen og organiseringen af de kommunale indsatser over en bred kam. Kommunernes udækkede vidensbehov drejer sig også om viden om effekten af indsatser fra primær til tertiær forebyggelse. Det drejer sig om fx effektive indsatser for børn, der rører sig for lidt, indsatser for borgere i risiko for at få diabetes, forebyggelse af indlæggelser i forhold til ældre medicinske patienter og diverse genoptræningsforløb efter indlæggelse.

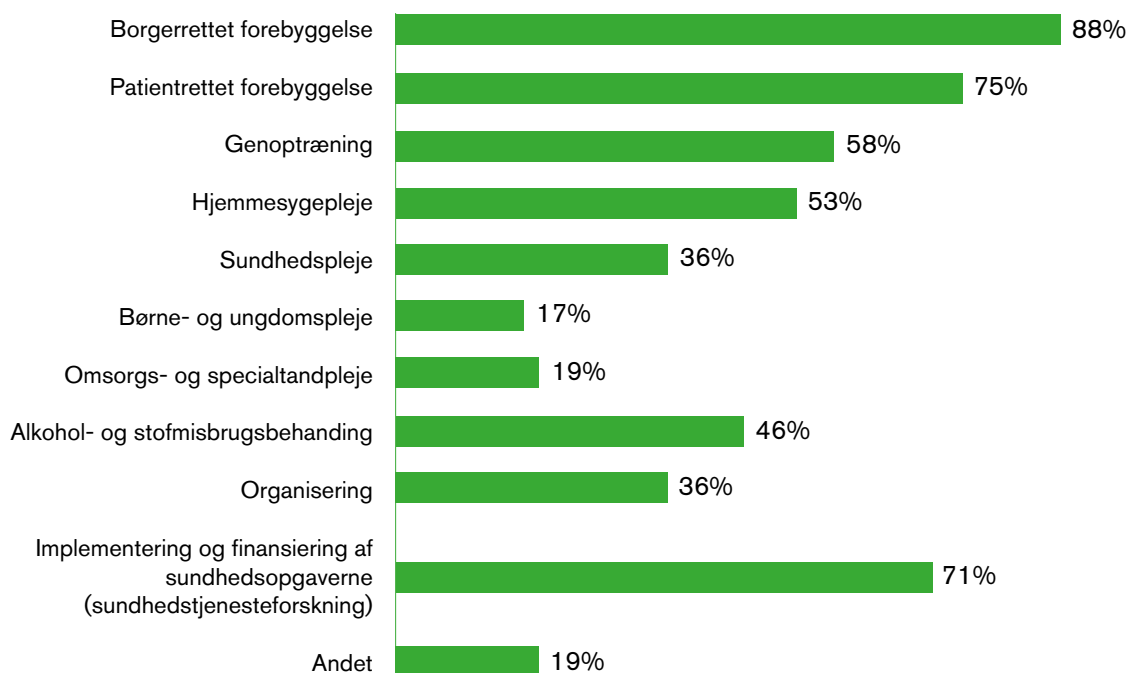
Dette understøttes af KL's undersøgelse, hvor kommunerne er blevet spurgt om, hvor der savnes viden:

Der er behov for mere forskning inden for områder såsom borger- og patientrettet forebyggelse, rehabilitering, genoptræning, sygepleje og palliation.

Kommunerne påpeger mangler inden for områder som må betragtes som absolutte kerneområder i det kommunale sundhedsvæsen, og hvor størstedelen af de kommunale midler anvendes.

Endelig er der også et relativt uopdyrket område som borger- og pårørendeinddragelse, som er et væsentligt interesseområde for kommunerne.

Diagram 2: Hvor savner kommunerne viden? (%)



4 Kommunernes involvering i forskning

4.1 En stigende interesse

Når man ser på kommunernes involvering i forskning er der sket en udvikling. I de første år efter kommunalreformen var det sundhedsfremme og forebyggelse, som fyldte i kommunerne. Det var en ny sundhedsopgave, som kommunerne havde fået eneansvaret for. Til understøttelse af forskning på det kommunale sundhedsområde udgav Sundhedsstyrelsen fx en publikation i 2009 med titlen "Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet". Genoptræning, rehabilitering og patientrettet forebyggelse var ikke i fokus, da det er opgaver, som man deler med regionen, og hvor opgavefordelingen var ved at finde sin form. Omfanget af de accelererede patientforløb og konsekvenserne heraf for plejen af især ældre medicinske patienter var stadig ikke fuldt udfoldet. Derfor var det også viden om

sundhedsfremme og forebyggelse og effektive forebyggelsesmetoder, som kommunerne efterspurgt forskningsbaseret viden om.

I KL's undersøgelse af forskning i kommunerne er mere end halvdelen af de kommuner, der har besvaret, involverede i forskningsprojekter i 2014.

KL's undersøgelse omfatter 69 igangværende forskningsprojekter og 27 afsluttede projekter (afsluttede inden for de sidste to år) fordelt på 43 kommuner. Tre kommuner (København, Aarhus og Odense) oplyser, at de deltager i flere projekter end 7 projekter hver.

Dette antyder kraftigt, at kommunens størrelse er afgørende for omfanget af involveringen i forskning. 40 kommunerne har svaret, at de ikke for nuværende

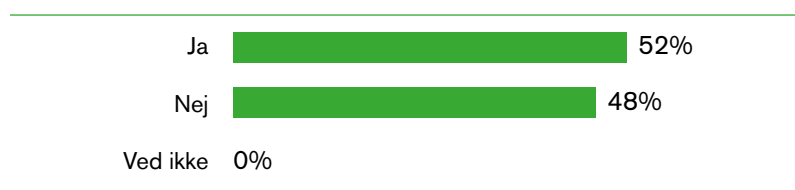
er involveret i forskning overhovedet. Samarbejde på tværs af kommunerne kan være en løsning i forhold til at slå ressourcer sammen og deles om byrden i forhold til at medvirke i forskningsprojekter.

Kommunerne kan med fordel samarbejde om forskningsprojekter.

En anden fordel ved at samarbejde på tværs af kommuner er endvidere, at projekterne kan komme til at omfatte et større antal borgere, hvorved datagrundlaget bliver mere robust.

Med tiden er kommunernes sundhedsopgaver vokset i omfang og derfor er emnekredsen for de forskningsprojekter, som kommunerne er involveret i, også blevet gradvist udvidet. KL's undersøgelse viser, at kommunerne er involveret i projekter som fx afprøvning af kommunikationsrobot i ældreplejen, effekt af træning på blodsukkerregulering for personer med høj risiko for at udvikle diabetes, udvikling af redskab til identifikation af sårbare familier i sundhedsplejen, effekter af forløb for kronisk syge, mv. Der er både tale om evalueringer, epidemio-

Diagram 3: Hvor mange kommuner er involveret i forskning i øjeblikket



Esbjerg Kommune & Marselisborg Centret

Esbjerg Kommune har udviklet en såkaldt 'Model for koordination med borgeren i centrum' på baggrund af den forskningsbaserede ICF-model – en international klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand. 'Model for koordination med borgeren i centrum' skal bruges til at planlægge helhedsorienterede rehabiliteringsindsatser over for borgere, og tager udgangspunkt i den enkelte borgers præmisser og ressourcer. For at kvalificere fundamentet i modellen, har Esbjerg Kommune siden 2012 indgået et forsknings-samarbejde med MarselisborgCentret. Det er hensigten, at modellen og dens arbejdsredskaber, skal kunne bruges på tværs i kommunen/af forvaltningsområder og af sektorovergange, med det formål at realisere visionerne i det borgernære sundhedsvæsen.

logiske studier, interventionsstudier, effektstudier, mv. Man kan derfor med rette sige, at der er grøde i forskningen i de kommunale sundhedsopgaver.

Kommuner indgår i projekter initieret af såvel universiteter, regionerne, sektorforskningsinstitutioner og/eller af forskellige fonde jf. KL's undersøgelse. Af undersøgelsen fremgår også, at 31 pro-

jekter ud af 96 igangværende og afsluttede projekter er igangsat af kommunerne selv, men i et samarbejde med et forskningsmiljø.

Kommunerne er også medfinansierende i de fleste tilfælde. Således fremgår det af KL's undersøgelse, at kommunerne medfinansierer 50 af de 69 i gangværende projekter. I forhold til afsluttede projekter er der tale

om 17 projekter ud af 27, hvor kommunerne har bidraget med finansiering.

Større kommuner, som fx København, har over en årrække oparbejdet faste samarbejdsstrukturer til forskningsmiljøer og finansierer længere projekter. Men det er ikke det generelle billede. Erfaringen indtil nu er, at systematisk forskning i det nære sundhedsvæsen endnu ikke er blevet genereret i større skala via kommuners henvendelser til forskere og forskningsinstitutioner. Omfanget er generelt begrænset og består i enkeltstående projekter. Så trods et større spænd i emner er omfanget i form af antal og størrelse på projekterne begrænset. Projekternes størrelse har betydning for robustheden af resultaterne, der i mange tilfælde er vanskelige at generalisere.



Københavns Kommune & Københavns Universitet

Københavns Kommune og Københavns Universitet indgik i 2012 en samarbejdsaftale om forskningsindsatser. Det fælles overordnede mål med samarbejdet er at finde nye løsninger og ny viden, der kan skabe et evidensbaseret og effektivt kommunalt sundhedsvæsen. Der er pt. særligt fokus på rehabilitering i form af et fælles 5-årigt forskningsprofessorat, som skal give en dybere forståelse af effekten af den aktuelle rehabiliteringsindsats samt en analyse af borgerens funktion, behov, motivation, oplevede effekt og forudsætninger for at anvende de rehabiliterende funktioner. Et andet fælles strategisk satsningsområde er udvikling og evaluering af nye løsninger indenfor for telesundhed. Partnerne gennemfører bl.a. fælles forskningsprojekt om ny telesundheds-løsning for borgere med diabetes, hvor samarbejdet dels sikrer test af nyeste teknologier og solid dokumentation af effekten af løsningen.

Udviklingen peger imidlertid entydigt i retningen af, at kommunernes opmærksomhed er vokset om end vi fortsat må betragte området som værende i den spæde opstart.

Den spæde begyndelse udtrykker sig også i mange forskelligartede emner, som kommunerne er involveret i forskning om. Det giver et indtryk af, at strategien siden kommunalreformen har været "lad de mange blomster blomstre", når det gælder kommunernes involvering i forskningen. Det er udmærket at prøve forskellige ting af, ikke mindst i en opstartsfase. Men på den lidt længere bane er der behov for en mere klar ramme for forskningen, og en mere overordnet prioritering af forskningen i det nære sundhedsvæsen.

4.2 Forskeres erfaringer med samarbejdet

Kommunerne træder sine første skridt på området og er i gang med at indhente erfaringer med

det at samarbejde med forskere. Samarbejdet er ikke altid lige let og der er behov for at få større forståelse for hinandens vilkår.

KL har i denne sammenhæng interviewet forskere, der udtrykker, at det generelt er svært at få kommunerne til at interessere sig for længerevarende projekter. Kommunerne opleves, som havende et stort fokus på driften og hurtige resultater, der ikke kan garanteres af forskere.

Forskere finder også, at der er behov for, at kommunerne prioriterer flere ressourcer i form af medarbejdere til projekterne, der kan være interne tovholdere og drive processen inden for organisationen. Det skal ses i lyset af, at forskere efterspørger hjælp til at overskue organisationen, hvis de i øvrigt ikke har haft deres gang i den kommunale verden.

Forskerne oplever, at kommunerne har svært ved at afse midler

til at få udarbejdet fx et forslag til et forskningsprojekt, der har substans til at tiltrække ekstern finansiering. KL's undersøgelse viser imidlertid, at størsteparten af igangværende projekter i 2014 har kommunal medfinansiering jf. afsnit 4.1.

KL vil tage initiativ til at bringe forskere og kommunerne sammen i forhold til at drøfte forskningsmuligheder samt for at sikre større gensidig forståelse af hinandens vilkår.

KL vil bl.a. overveje muligheder for at afholde konferencer eller regionale netværksmøder om forskning i primærsektoren, hvor relevante aktører inviteres til at drøfte behov for viden på det kommunale sundhedsområde samt hvordan forskningen kan styrkes.

4.3 Kommunernes produktion af data

Kommunerne er også mere indirekte involveret i forskning som producent af data.

Der kommer i disse år flere data opsamlet fra kommunernes journalsystemer, som giver viden om borgere og kommunale sundhedsindsatser og som kan anvendes til forskningsformål. Det gælder fx Den nationale Børnedatabase, der indeholder udvalgte data fra de kommunale børnejournaler, og i de kommende år vil registreringen af sygeplejefaglige data blive systematiseret i kommunerne,

hvilket også vil åbne mulighed for registerforskning på dette område på sigt.

Men samlet set er data om kommunernes borgere og sundhedsindsatser stadig meget sparsomme, og der ligger et stort arbejde forude i forhold til at få aggregeret data systematisk, så de kan anvendes i blandt andet registerforskning. Der er samtidigt behov for, at kommunerne i stigende grad arbejder for, at data registreres korrekt og kontinuerligt. Tilgængelighed af systematiske, målbare og kvantificerbare data vil betyde, at flere forskere fremadrettet vil interessere sig for det kommunale sundhedsområde, og at kommunerne kan monitorere egne sundhedsindsatser.

Kommunerne skal prioritere produktion af relevante data, der kan understøtte kvalitetsudvikling af ydelserne samt forskning.

4.4 Samarbejdet med regionerne om forskning

Som det fremgår af afsnit 2.3., så er regionerne en væsentlig samarbejdspartner for kommunerne, når det gælder forskning. Siden kommunalreformen har regionernes samarbejde med kommunerne om forskning udfoldet sig på forskellig vis. Det er forskelligt hvor omfattende samarbejdet er, hvordan det er organiseret og finansieret og hvilke emner forskningsprojekterne dækker. Men der ses en klar tendens til,

at samarbejdet formaliseres i disse år.

I KL's undersøgelser af kommunernes involvering i forskning har 10 kommuner svaret, at de har et igangværende samarbejde med en regional forskningsenhed. Fem kommunerne har haft et samarbejde, der er afsluttet inden for de sidste to år.

I Region Hovedstaden har man fra 2012 vedtaget en ny forskningspolitik, hvor samarbejdet med kommunerne er et prioriteret område. Forskning er desuden skrevet ind i sundhedsaftalen, herunder at der skal findes en model for organisering og finansiering af arbejdet. Region Hovedstaden har desuden oprettet en Tværsektoriel Forskningsenhed (TFE) i 2014, som skal sikre sammenhæng på tværs af sygehus, almen praksis og kommunerne. Tanken er, at regionernes forskningskompetencer her skal udnyttes til gavn for bl.a. kommu-

nerne. Forskningsenheden har til opgave at sætte nye forskningsprojekter i gang via en 4 mio. kr. stor pulje, og desuden være med til at kvalificere de initiativer, der allerede er i gang.

Region Hovedstaden har desuden Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, der er tilknyttet Københavns Universitet. Forskningscentret beskæftiger sig bl.a. med nærmiljøets betydning for sundhedsadfærd og kroniske sygdomme, interventions- og implementeringsforskning og monitorering af sundhed og sygdomme. Centret ønsker at skabe anvendelsesorienteret forskning og har en del samarbejde med kommuner i regionen.

I Region Syddanmark har man fra 2012 vedtaget en politik for sundhedsforskning med bl.a. fokus på sundhedstjenesteforskning som et middel til at udvikle samarbejdet med kommunerne. Desuden har man etableret en

Integrated Care i Odense

Odense Integrated Care

Integrated Care er et partnerskab mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og de alment praktiserende læger i Odense. Samarbejdet har til formål at forbedre indsatser inden for sundhedsområdet på tværs af kommune, sygehus og praktiserende læge, for på den måde at sikre bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb for patienten. Målgruppen for projektet er i første omgang ældre medicinske patienter og personer med stress, angst og/eller depression.

Projektet ønsker at udvikle en samarbejdsmodel, som skal kunne bruges til at understøtte arbejdet på tværs af kommune, sygehus og praktiserende læge, bl.a. ved at samle borgerens data inden for social og sundhed i én fælles database. Der er afsat 28 mio. kr. til projektet, som forløber indtil december 2015. KORA evaluerer projektet.

pulje på 15 mio.kr. til tværgående forskningsprojekter, som også kan søges af kommunerne.

I Region Midtjylland er der i ledelsessamarbejdet mellem universitet og region (LUR) et formaliseret samarbejde med kommunerne. Der er både på hospitalsområdet og folkesundhedsområdet forskningsstrategier, som har fokus på og inviterer til forskningssamarbejde med kommunerne. Der er flere forskningspuljer i Region Midtjylland, hvor det er muligt for kommunerne i samarbejde med regionale enheder og universitet at søge

midler til forskning. I regionen har man desuden etableret en pulje (se boks) til forskningsaktiviteter, som finansieres af kommuner og region.

Region Midt har endvidere Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, der er tilknyttet Aarhus Universitet, og som er ansvarlig for al forskning i centeret. Centeret arbejder med anvendelsesorienteret forskning og udvikling med det formål at fremme befolkningens sundhed og trivsel. De arbejder i feltet mellem forskning, praksis og beslutningstagning og der forskes på nuværende

tidspunkt i bl.a. befolkningsundersøgelser, MTV og sundheds-tjenesteforskning, multisygdom, rehabilitering samt sygefravær og arbejdsrettet rehabilitering.

I Region Nordjylland har man i 2014 vedtaget en ny forskningsstrategi, hvor der specifikt er fokus på samarbejdet med kommunerne om forskning.

Også i Region Sjælland har man i 2011 vedtaget en ny forskningsstrategi, hvor kommunerne også tillægges mere vægt.

Det faktum, at kommunerne i stigende omfang er blevet et fokusområde i regionernes forskningspolitik, er særdeles positivt. Det er et godt grundlag for at styrke forskningen i de kommunale sundhedsopgaver, og sundhedsaftalerne vil være væsentlige for at få sat handling bag ordene.

Folkesundhed i Midten

For at sikre tværasektoriel forskning har Region Midtjylland, regionens 19 kommuner og Aarhus Universitet dannet samarbejdsstrukturen "Folkesundhed i Midten", som bl.a. skal sikre forsknings- og udviklingsarbejde i det fælles kommunale-regionale opgavesæt. Såvel region som kommuner bidrager med 1 kr. pr. borger. Det samlede årlige bidrag på 2,5 mio. kr. uddeles en gang årligt på baggrund af en ansøgningsrunde.



5 Samarbejde med universitetet og andre forskningsmiljøer

5.1 Universiteterne

Universitetsloven slår fast, at "universitetet skal samarbejde med det omgivende samfund og bidrage til udvikling af det internationale samarbejde og universitetets forsknings- og uddannelsesresultater skal bidrage til at fremme vækst, velfærd og udvikling i samfundet"¹³.

Kommunerne kan derfor have en berettiget forventning om, at universiteterne også interesserer sig for kommunernes opgaveløsning. Mange kommuner har da også allerede i dag samarbejde med universiteterne.

KL's undersøgelse viser, at universiteterne er blandt kommunernes væsentligste samarbejdspartnere. 19 % af kommunerne oplyser, at de har eller har haft et samarbejde med Syddansk Universitet, der dermed er højdespringeren blandt universiteterne. 16 % af kommunerne har eller har haft et samarbejde med Århus Universitet, hvorimod 7 % oplyser om samarbejde med Københavns Universitet. I forhold til sidstnævnte er det Københavns Kommune, der står for broderparten af projekterne.

De forskningsmiljøer, der beskæftiger sig med de kommunale sundhedsopgaver skal, naturligt nok, findes omkring de sundhedsvidenskabelige fakulteter på henholdsvis Syddansk Universitet, Aarhus Universitet og Københavns Universitet. Syddansk Universitet har markeret sig som et universitet, der arbejder med forskning indenfor de områder, hvor kommunerne savner viden i forhold til de kommunale sundhedsopgaver. Institut for Folkesundhed/MarseisborgCentret, Aarhus Universitet markerer sig som videns- og forskningscenter for kommunal rehabilitering.

Der er imidlertid tale om relativt små forskningsmiljøer, og, som det fremgik af kapitel 2.2., så er forskning i de kommunale sundhedsopgaver ikke områder, som universiteterne anvender mange ressourcer på. Konsekvensen er, at de relativt få midler, er blevet spredt ud på mange mindre projekter.

At universiteterne ikke er mere involveret i forskning i de kommunale sundhedsopgaver handler dog formentlig ikke kun

om manglende ressourcer, men også at der er store afstande mellem kommuner og forskere sammenlignet med forskningen i sygdomsbehandling. Forskere inden for sygdomsbehandling "bor" så at sige på sygehuse og i almen praksis, og denne tæthed giver et godt kendskab og mulighed for at formulere meget relevante forskningsspørgsmål. Forskningsmiljøerne inden for de kommunale sundhedsområder er derimod relativt langt fra den kommunale praksis og har ikke et ben inden for og et ansvar for driftsmæssige funktioner – som lægen fx har på et sygehus. Der er dog enkelte eksempler på delestillinger mellem kommuner og universiteter.

Det er vigtigt, at der fremadrettet bliver etableret en dialog og et tættere samarbejde mellem universiteterne og kommunerne, så ressourcerne bliver anvendt på en måde, så kommunerne får formidlet deres behov til forskningsmiljøerne på systematisk vis, og kommunerne oplever, at deres interesseområder afspejlet i de projekter, der sættes i gang.

¹³) Universitetsloven, §2, stk 3.

5.2 Andre forskningsmiljøer

Forskningsenhederne for almen praksis

Forskning i almen praksis og tilhørende områder foregår dels ved universiteterne dels ved fire forskningsenheder for almen praksis i regionerne. De tre enheder i København, Odense og Aarhus hører under Forskningsfonden for almen praksis. Forskningsenheden i Aalborg etableres med den nye overenskomstaftale mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn på linje med de tre andre. Det vil sige at Forskningsfonden fremover driver fire forskningsenheder for almen praksis. Fonden er en af flere forskningsfonde, som Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) har etableret sammen med en række sundhedsfaglige organisationer. Fondens midler stammer fra en aftale i overenskomsten med PLO om, at regionerne indbetaler et beløb pr. gruppe 1-sikrede borgere. I 2010 bevilligede Forskningsfonden for almen praksis 4,5 mio. kr. til forskning. Fonden afholder årligt en temadag, hvor forskningen formidles bredt. Med den nye overenskomst ændres fondsstrukturen i almen praksis. Der etableres "Fonden for Almen Praksis", hvor områderne kvalitet, uddannelse og forskning samles.

Enhederne i København og i Aarhus beskæftiger sig med almen medicinsk forskning inden for kræft, hjertekar sygdomme, diabetes, astma, KOL, psykiatri

og demens. Desuden forskning inden for det organisatoriske område, såsom udvikling af praksis og samarbejde. I Den Nordjyske Forskningsenhed fokuserer man på muskelskeletlidelser.

I forhold til emnevalget er der således tale om områder som er særdeles relevante for kommunerne. Det er dog ikke klart, i hvilket omfang forskningen strækker sig ud over opgaver, der snævert tilhører almen praksis. Ganske få kommunerne har oplyst, at de har eller har haft et samarbejde med forskningsenhederne for Almen Praksis.

Professionshøjskolerne, som bl.a. uddanner sygeplejersker og fysio- og ergoterapeuter, er væsentlige samarbejdspartnere for kommunerne, da en stor del af de færdiguddannede vil blive ansat i kommunerne. Professionshøjskolerne er også interessante for kommunerne i forskningsmæssig sammenhæng, da de, som nævnt i kapitel 2.2. har fået en bevilling

til forskning i professionsfagene. Det er oplagt, at der etableres samarbejder mellem kommunerne og professionshøjskolerne, og der findes allerede eksempler på dette.

Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) udfører evalueringer, analyser og forskningsopgaver, som bl.a. har fokus på de kommunale sundhedsopgaver, og er derfor en relevant samarbejdspartner og kilde for viden.

Samlet set findes der mange forskellige miljøer, der direkte forsker i relevante sundhedsfaglige problematikker set fra kommunernes stol. Der er derfor ikke tale om, at miljøerne skal etableres fra bar bund. Kommunerne har derfor allerede i dag en bred vifte af forskningsmiljøer at samarbejde med. Udfordringen er at få samarbejdet sat mere i system samt at få skabt bedre relationer mellem de enkelte forskningsmiljøer og kommunerne.

Holstebro Kommune og VIA University College

I Holstebro Kommune har man indgået en partnerskabsaftale med VIA University College. Partnerskabsaftalen indebærer blandt andet opførelsen af 'Center for Læring og Træning', som efter planen skal stå færdig i foråret 2015. Det er hensigten med centret, at det skal koble læring med praksis, således at man skaber en styrket relation mellem kommune og uddannelsesinstitution. Centret skal i første omgang huse auditorier, som skal bruges af VIAs studerende, og træningssale, som kan bruges i kommunalt regi i forbindelse med genoptræning og rehabilitering af borgere. På længere sigt ønsker man at etablere samarbejdsaftaler med forskellige institutioner, heriblandt et kommunalt sundhedscenter, et telemedicinsk center samt en daginstitution, der skal bruges som praktiksted for VIAs pædagogstuderende. Det er således intentionen, at centret skal samle uddannelser, viden, forskning og praksis under ét og samme tag.

6 Perspektivering

Forskning i kommunernes sundhedsopgaver og placering i det samlede sundhedsvæsen er en vigtig samfundsmæssig opgave. Kommer der ikke et større fokus, vil sundhedsvæsenets udvikle sig skævt med et forsat stort fokus på diagnostik og behandling. Det vil ikke være klogt taget befolkningen ændrede sygdomsmønstre i betragtning. Endvidere er der god samfundsøkonomi i at blive bedre til at forebygge og holde befolkningen rask og produktiv. Det kræver imidlertid en mere systematisk forskningsindsats.

Samtidig er der behov for at se de erhvervsmæssige muligheder i en øget forskning i primærsektorens opgaver. De øvrige OECD-lande står overfor tilsvarende problemer med en stigende ældre befolkning og flere borgere med kroniske sygdomme. Rundt om hjørnet står mellem-indkomstlandene, der på tilsvarende vis oplever en stigning i antallet af borgere med kroniske sygdomme. Disse lande efterspørger også løsninger, der bidrager til at lempe presset på det behandlende sundhedsvæsen. Det åbner muligheder for at omsætte danske erfaringer til vækst og nye job i Danmark. Derfor er det vigtigt, at kommunerne bliver synlige i de initiativer der fx tages på baggrund af regeringens vækstplan for sundheds- og

velfærdsydelser. Af vækstplanen fremgår det, at "Det er regeringens vision, at Danmark er blandt de mest attraktive lande i verden for udvikling, test og produktion af sundheds- og velfærdsløsninger baseret på stærk forskning, hurtig ibrugtagning af ny innovativ teknologi, gode rammer for offentlig-privat samarbejde og et velfungerende, udviklingsorienteret hjemmemarked"¹⁴. I kølvandet på vækstplanen vil der blive iværksat en række initiativer og handlingsplaner, bl.a. i forhold til samarbejde mellem offentlige parter og virksomheder, og det er naturligvis oplagt, at kommunerne tænkes ind her som sundheds- og velfærdsproducent.

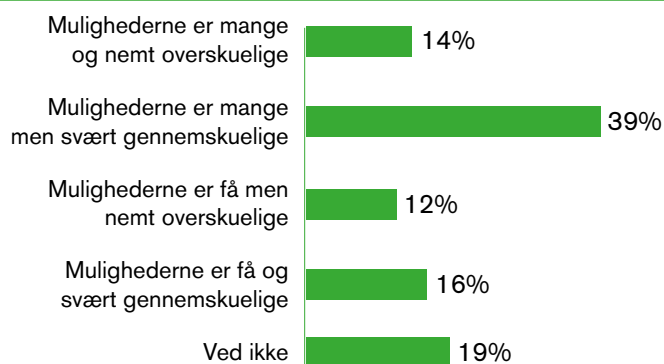
Dette udspil har taget fat i vidensproduktionen. Men vidensformidling og -anvendelse er lige så vigtige områder at forholde sig til. Hvad nytter det at producere

god viden, hvis adgangen er vanskelig eller at kommunerne ikke får anvendt viden til bedre løsninger. At området er et væsentligt emne fremgår også af KL's undersøgelse, hvor kommunerne peger på betydelige udfordringer i at få overblik og adgang til relevant viden.

Fremadrettet vil der derfor være behov for at drøfte, hvordan kommunerne og KL kan sikre, at god viden formidles og anvendes af de kommunale sundhedsmedarbejdere.

KL drager i øjeblikket erfaringer fra implementeringen af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker i alle kommunerne, hvilket vil kunne give vigtige input til den videre diskussion af effektiv vidensformidling og -anvendelse, på det kommunale sundhedsområde generelt.

Diagram 4: Hvordan oplever kommunerne muligheder for at tilegne sig viden?



KL/Momentum Undersøgelse 2014

14) Danmark i arbejde - regeringens vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger, Erhvervs- og vækstministeriet, 2013



KL
Weidekampsgade 10
2300 København S