



Evidens i forebyggelsen

2007

Evidens i forebyggelsen

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Thomas Skovgaard

Maj Britt Dahl Nielsen

Arja R. Aro

Alle fra Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Redaktion:

Marlene Willemann, Mette Lolk Hanak og Katrine Finke, Sundhedsstyrelsen,
Center for Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

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

Emneord: Evidens; Forebyggelse; Sundhedsfremme; Planlægning; Evidensbaseret forebyggelse

Kategori: Udredning

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Oplag: 500

Grafisk tilrettelæggelse og tryk:

Schultz Grafisk

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

oktober 2007

ISBN: 978-87-7676-637-5 (elektronisk)

ISBN: 978-87-7676-638-2 (trykt)

Forord

Evidens er blevet et centralt begreb i forebyggelsen. De senere år er der for alvor kommet fokus på arten og kvaliteten af den viden, som de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser er baseret på. Der er fra mange sider et ønske om, at forebyggelse og sundhedsfremme skal være evidensbaseret.

Med sundhedsloven har kommunerne overtaget ansvaret for den borgerrettede – og til dels også patientrettede – forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunerne skal sammen med regionerne medvirke til udviklings- og forskningsarbejde med henblik på at sikre, at sundhedsarbejdet udføres på et højt fagligt niveau. Evidensbaseret er en vigtig brik i dette arbejde.

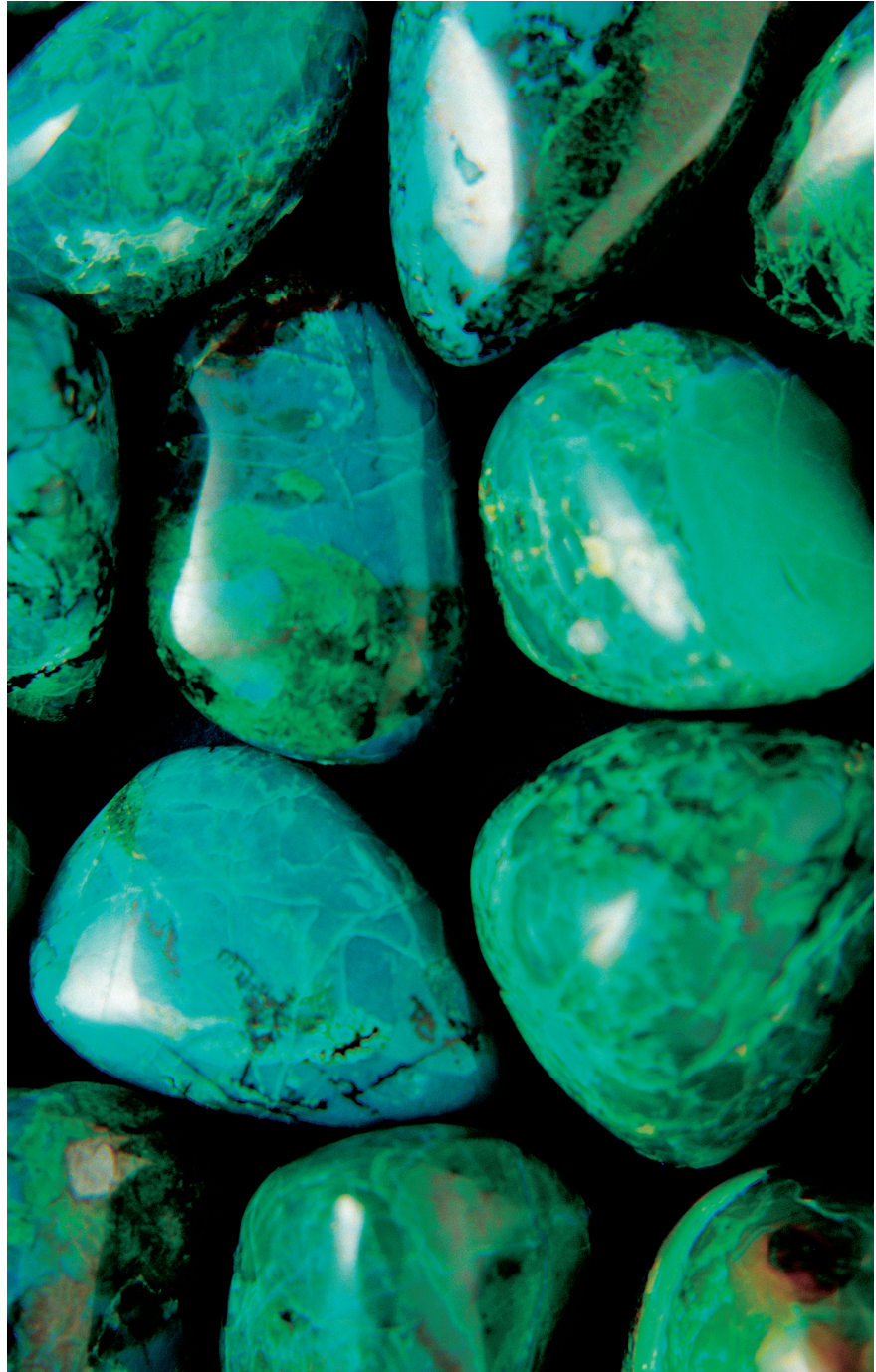
Aktørerne på forebyggelsesområdet ønsker mere klarhed over, hvad evidens er, når det gælder praktisk forebyggelse, og hvad det vil sige at arbejde evidensbaseret med forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen ønsker med denne rapport at redegøre for, hvordan evidens kan forstås på forebyggelsesområdet. Rapporten fremhæver desuden fordelene ved – og vigtigheden af – at anvende en evidensbaseret tilgang i planlægningen af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser i kommunerne og regionerne.

*Centerchef
Else Smith*

Indhold

1	Indledning og formål	7
1.1	Rapportens formål og målgruppe	7
1.2	Baggrund	7
1.3	Læsevejledning	8
2	Evidens om årsager til og udbredelse af sygdom	9
2.1	Opsummering	7
3	Evidens om effekter af forebyggelsesindsatser	12
3.1	Randomiserede kontrollerede forsøg (RCT)	7
3.2	Forskellige effektmål	7
3.3	Opsummering	8
4	Evidens om organisering og implementering	14
4.1	Viden om indsatsers proces og effekt	7
4.2	Opsummering	7
5	Fra evidens til praksis	14
6	Evidensbasering – og udvikling i praktisk forebyggelse	14
6.1	Praksisbaseret evidens	7
6.2	Afrunding	7
7	Referencer	14



1 Indledning og formål

På forebyggelsesområdet er der kommet fokus på arten og kvaliteten af den viden, der ligger til grund for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Ønsket er i højere grad at evidensbasere arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme¹, så det sikres, at forebyggelsesindsatser bygger på det aktuelt bedste vidensgrundlag.

Evidens betyder bevis, og kan ses som kendsgerninger, der kan bruges til at træffe beslutninger eller planlægge ud fra. Evidens er ikke noget i og for sig selv, snarere er fokus på at udvikle eller forbedre noget. Evidens er således ikke et columbusæg, der uden videre tilbyder en simpel og ligefrem løsning på komplicerede sager.

At arbejde evidensbaseret med forebyggelse vil sige, at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedste viden om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer.

Forebyggelses og sundhedsfremmeindsatser er mål(gruppe) rettede aktiviteter, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker med det formål at fremme folkesundheden.

1.1 Rapportens formål og målgruppe

Formålet med rapporten er at redegøre for evidensbegrebet og dets anvendelse, når det gælder forebyggelse. Desuden er formålet at skabe forståelse for de vigtigste elementer, kvaliteter og udfordringer i evidensbaseret forebyggelse.

Rapportens målgruppe er beslutningstagere, administrative medarbejdere og praktikere på forebyggelsesområdet.

1.2 Baggrund

Grundlæggende sigter forebyggelse på at forhindre opståen og udvikling af sygdomme og hermed fremme sundhed bl.a. ved at styrke de individuelle faktorer, sociale sammenhænge og fysiske rammer, der påvirker vores sundhedstilstand og – adfærd (1).

Forebyggelse tager typisk udgangspunkt i, at sundhed og sygdom er en funktion af et dynamisk samspil mellem personlig levevis, levevilkår og samfundets generelle virkemåder. Hertil kommer givne forhold som køn, bestemte genetiske faktorer og alder (2). For at kvalificere indsatsen over for bestemte risikofaktorer, kobler forebyggelsen derfor viden, erfaringer, teorier og metoder fra mange videnskabelige og faglige felter, alt efter hvad det

¹ I resten af rapporten dækker begrebet forebyggelse også over sundhedsfremme

er for et spørgsmål, der mere præcist ønskes besvaret (3-5). Det er nødvendigt at hente viden fra fx sociologi, økonomi, epidemiologi, psykologi og kommunikation.

Evidensbegrebet skal, når det gælder forebyggelse, kunne rumme viden fra vidt forskellige videnskabelige traditioner, fx epidemiologisk viden om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdom samt fx sociologisk viden om menneskelige relationer, sociale institutioner og kulturel betydning i specifikke kontekster.

I denne rapport skelnes mellem tre forskellige former for evidens (6). Evidens i forebyggelsen kan handle om:

- årsager til og udbredelse af sygdom
- effekter af forebyggelsesindsatser
- den bedst mulige organisering og implementering af indsatser

Disse tre former for viden udgør tilsammen evidens i forebyggelsen og er omdrejningspunktet for denne rapport.

1.3 Læsevejledning

Rapporten indeholder i alt seks kapitler, hvoraf de næste tre kapitler gennemgår de tre former for evidens i forebyggelsen. Kapitel 5 fokuserer på, hvordan man kan bruge den foreliggende evidens i det praktiske lokale forebyggelsesarbejde, mens kapitel 6 handler om, hvordan kommunerne kan bidrage til forebyggelsens vidensgrundlag gennem opbygning af praksisbaseret evidens.



2 Evidens om årsager til og udbredelse af sygdom

Der er brug for viden om årsager til og udbredelse af sygdom for at give retning til og begrunde igangsættelse af forebyggende indsatser. Her bygges overvejende på epidemiologisk viden. *Evidens om årsager og udbredelse* oplyser om en befolknings sundhedstilstand, om udvalgte risikofaktorer betydning for sundheden og hvor udbredte disse faktorer er i befolkningen. Epidemiologisk viden viser fx, at fysisk inaktivitet medfører tab af gode leveår. Fysisk inaktivitet kan forebygges. En sådan viden peger på, at der må og kan gøres noget for at forebygge fysisk inaktivitet. Evidens om årsager og udbredelse svarer på spørgsmålet: **Ved vi nok om årsagerne til en given helbredstilstand, dens udbredelse, og mulige konsekvenser for den enkelte og større grupper til at igangsætte forebyggende indsatser?**

For at besvare dette spørgsmål er der brug for viden om, hvem og hvor mange der rammes af bestemte sygdomme og hvorfor. Og for viden om hvilke faktorer, der har betydning for befolkningens sundhed og livskvalitet. Det handler om at få overblik over den aktuelle sundhedstilstand og derfra overveje, om der er behov for indsats, hvilke grupper der skal arbejdes med og om problemet overhovedet kan forebygges.

Denne viden indhentes typisk ved hjælp af kvantitative analyser af helbredsforhold i større eller mindre grupper. Eksempler er befolkningsundersøgelser af relationer mellem risikofaktorer og helbred, udvikling i sygelighed og dødelighed eller overvågning af en given befolknings selvvalgte helbred og trivsel.

Epidemiologi er studiet af sundhed og sygdom i relation til befolkninger – og bidrager med viden om forekomsten af sygdomme og sygdomsårsagers udbredelse i hele befolkninger eller befolkningsgrupper.

Et eksempel på evidens om årsager til og udbredelse af sygdom er den nationale befolkningsundersøgelse af Sundhed & Sygelighed i Danmark (SUSY), som gennemføres ca. hvert fjerde år. Her beskrives befolkningens sundhedstilstand, livskvalitet og sygelighed, ligesom faktorer med betydning for sundhed og sygelighed beskrives.

SUSY-2005 er den fjerde nationale undersøgelse af sundhed og sygelighed i den danske befolkning. Der tegnes et bredt billede af sundhedstilstand, livskvalitet og sygelighed og af faktorer af betydning herfor. Desuden beskrives udviklingen fra 1987 til 2005.

http://www.si-folkesundhed.dk/upload/hele_rapporten_2005.pdf

På regionalt og lokalt niveau er der tradition for lignende undersøgelser. Sundhedsprofiler er fx et af de redskaber, der bruges til at beskrive en persons, en befolkningsgruppes eller et geografisk områdes sundhedstilstand. Indholdet i en sundhedsprofil varierer, men kan omfatte information om livsstil, levevilkår og helbredsforhold. Typiske livsstilsfaktorer handler om tobak, alkohol, kost, medicinforbrug, kultur- og fritidsvaner, stress og motion. Når det drejer sig om levevilkår kan fokus være på fødested, familie/slægtskabsrelationer, socialt miljø, uddannelse, erhverv, stilling, indkomst, bolig og fysisk miljø. Oplysninger om helbredsforhold kan fx handle om sygelighed, dødelighed, funktions- evne og selv vurderet helbred. Mange sundhedsprofiler indeholder også informationer om sundhedsvæsenets ressourcer og anvendelse (1).

”Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark” (2006) sætter tal på, hvor meget og hvordan risikofaktorer har indflydelse på sundhedstilstanden. Rapporten leverer viden, der kan bruges til at prioritere og tilrettelægge forebyggelsesindsatser. Rapporten ser også på, hvordan risikofaktorerne påvirker fx brug af sundhedsvæsenet, sygefravær og førtidspensioner.

http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Risikofaktorer/Risikofaktorer_SIF.pdf



2.1 Opsummering

I en tidlig planlægningsfase af forebyggelsesindsatser fx i en kommune er det vigtigt at få overblik over:

- forskellige gruppers sundhedstilstand fx hvilke sygdomme, der er mest udbredte – og hvilke faktorer, der har betydning for deres sundhed og livskvalitet
- hvilke risikofaktorer, der er årsag til sygdommene
- hvad man kan opnå (fx i leveår og livskvalitet) via effektiv forebyggelse

Denne grundlæggende viden danner basis for at udvælge relevante indsatsområder – og fører planlægningsarbejdet videre til næste fase, hvor evidens om effekter er i fokus (se kapitel 3).

Evidensen om årsager til og udbredelse af sygdom øges kontinuerligt. Aktuelt ved vi en del om, hvad der gør folk syge og om hvor mange, der er syge eller i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme. Men der er stadig god grund til at opbygge yderligere viden om de sygdomme og lidelser, der rammer mindre eller større befolkningsgrupper.

3 Evidens om effekter af forebyggelsesindsatser

Der er brug for *evidens om effekter af forebyggelsesindsatser* for at vurdere, om nogle indsatser er bedre end andre i bestræbelserne på at forlænge livet og forbedre livskvaliteten i befolkningen. Evidens om effekter svarer på spørgsmålet: **Er der adgang til viden om allerede gennemførte forebyggelsesindsatser – og hvad ved vi om effekten af indsatserne?**

Her handler det om at finde ud af ”hvad der virker bedst på hvem”. Hvad er der af solid viden om forebyggelsesindsatser, der har særlig stor effekt på bestemte befolkningsgrupper – defineret ved fx alder, køn, etnisk herkomst, helbredsprofil, erhverv eller uddannelsesniveau?

Det handler om at vurdere en indsats’ effekter, både de negative og de positive. Det er vigtigt at vurdere, om de opnåede effekter rent faktisk skyldes indsatsen og ikke andre faktorer eller rene tilfældigheder. Det er også en god idé at vurdere, om nogle af de gennemførte indsatser virker særlig godt i forsøget på at forebygge risikofaktorer for sygdom (7). En måde at få et overblik over effekten af en forebyggelsesindsats er ved at orientere sig i systematiske oversigter eller metaanalyser.

Systematiske oversigter (systematic review) sammenfatter tilgængelig evidens om en bestemt problemstilling. Oversigtens anvendte metoder defineres på forhånd, og hvert enkelt trin er detaljeret beskrevet. På baggrund heraf inkluderes et givent antal undersøgelser, og deres resultater danner baggrund for en samlet konklusion om effekten af en bestemt type indsats. Det tilstræbes, at hvis andre gennemførte den samme systematiske oversigt, ville de komme til samme resultat og være disponeret til enslydende konklusioner.

En **metaanalyse** er en særlig form for systematisk oversigt, som gennem brug af statistiske metoder, kombinerer resultaterne fra flere undersøgelser med den samme problemstilling til et eller flere effektmål. Ved en sådan sammenfatning opnås en mere sikker vurdering af effekten, end hvis undersøgelserne betragtes hver for sig.



Er målsætningen fx at sætte ind overfor unge rygere, må det undersøges hvilke typer af indsatser, der virker bedst i forhold til denne målgruppe. Men ofte giver de forskellige undersøgelser ikke entydige svar på, hvilke forebyggelsesindsatser som er mest anbefalelsesværdige. En af grundene hertil kan være, at de indsatser, der opnår positive effekter, ikke bliver undersøgt på tilstrækkelig kvalificeret vis. Selv om evidensen for effekten af indsatser på et bestemt område (fx forebyggelse af overvægt) er svag eller modsatrettet, betyder det ikke, at man skal lade være med at igangsætte indsatser på dette område. Ligesom det heller ikke betyder, at det ikke kan lykkes at lave effektive indsatser på området.

Evidensstyrke er et udtryk for den mængde og kvalitet af evidens, som kan lægges til grund for anbefalinger i forhold til en bestemt problemstilling. Traditionelt fremkommer den samlede evidensstyrke ved systematisk vurdering af tilgængelige undersøgelsesdesign, gyldighed (validitet) og pålidelighed (reliabilitet). Forskellige undersøgelsesdesign kan fx rangordnes efter hvor høj risikoen for fejlkilder (bias) er.

3.1 Randomiserede kontrollerede forsøg (RCT)

Det randomiserede kontrollerede forsøg (Randomized Controlled Trial: RCT) er et særligt velegnet undersøgelsesdesign, når ønsket er at måle indsatsers effekter med stor nøjagtighed. I et RCT opdeler man deltagerne i to tilfældigt sammensatte grupper, hvor den ene er interventionsgruppe og den anden kontrolgruppe. Ved tilfældigt at opdele deltagerne (randomisere) antages det, at de to grupper er sammenlignelige på nær den indsats, som man udsætter interventionsgruppen for. Hermed skulle det være muligt at isolere og vurdere effekten af indsatsen (8).

Nogle forebyggelsesindsatser kan afprøves ved hjælp af randomiserede kontrollerede undersøgelsesdesigns. Det kræver, at indsatsen og dens effektmål på forhånd er veldefinerede, at indsatsen kan gennemføres ens i alle tilfælde og at den anvendes i rammer, der relativt nemt kan kontrolleres og holdes stabile. Det kan fx være at finde ud af mere om sammenhængen mellem visse kræftformer og kosten ved at ordinere varierede kosttilskud til forskellige interventionsgrupper. Det kan også dreje sig om at blive klogere på effekten af indsatser, der lader til at være effektive. Et eksempel kan være nikotinplastre som rygeafvænningsmiddel. Ved at tilbyde halvdelen af en tilfældig gruppe rygere produktet gratis og lade den anden halvdel betale selv, kan det vurderes om gratis nikotinplastre fører til, at flere holder op med at ryge inden for et år.

På forebyggelsesområdet bygger solid evidens om effekter på informationer, der:

- når det er muligt belyser indsatsers årsagsvirkningsforhold ved at anvende den kontrollerede undersøgelses principper.
- foretager en kritisk vurdering af om de effekter, der er opnået i et forskningsforsøg (fx en RCT), også kan opnås under de vilkår, som er til stede i praktisk forebyggelse.

I målinger af effekt kan det være relevant at skelne mellem **effektivitet** og **efficacy**.

Effektivitet angiver i hvilken grad en indsats har effekt under det, der betegnes som sædvanlige omstændigheder, som fx den daglig kommunale forebyggelsespraksis.

Efficacy angiver i hvilken grad en indsats har effekt under det, der betegnes som ideelle omstændigheder, fx i en kontrolleret undersøgelse. Dokumentation for efficacy i en undersøgelse er ikke ensbetydende med, at man umiddelbart kan opnå effektivitet i praksis, hvis forholdene i den praktiske virkelighed adskiller sig væsentligt fra forholdene til stede i undersøgelsessituationen.

(Adapteret fra ordbog udviklet af Nordisk Campbell Center:

<http://www.sfi.dk/sw29919.asp>)

RCT er ikke altid en mulig metode til effektmåling. Det skyldes at forebyggelsesindsatser ofte foregår i en kompleks social sammenhæng, hvor det er svært at kontrollere omstændighederne. Hvis det eksempelvis lykkes at få en gruppe skoleelever til at spise mere sundt, er det fx ikke lige til at påvise, at ændringerne er en direkte følge af den undervisning om sund kost, de har modtaget og ikke af helt andre forhold. Alligevel kan det være en god idé at bruge andre skoler eller kommuner som en form for kontrolgruppe for at søge viden om, hvad det er ved indsatsen, der virker.

Desuden består forebyggelsesindsatser ofte af mange forskellige elementer fx pjecer, undervisning, træning og individuel rådgivning, og det er derfor ofte både svært og knap så relevant at forsøge at isolere en enkelt faktor, som man kan måle effekten af. I stedet må vurderingen af effekten være baseret på en række forskellige metoder (fx kvantitative målinger, spørgeskemaer, interviews og feltstudier), der kan indfange og tage højde for kompleksiteten.

3.2 Forskellige effektmål

I forsøgene på at afgøre, hvilke forebyggelsesindsatser, der virker bedst på bestemte målgrupper, er det en god idé at fokusere på forskellige effektmål. Det giver god mening at skelne mellem mellemliggende effekter (indikatorer) og endelige effekter.

Endelige effekter er eksempelvis mål for sygelighed og dødelighed. På grund af tidsperspektivet er det ofte vanskeligt at måle virkningen af en indsats på de endelige effekter. Fx i hvilket omfang indførelsen af skolemad fører til færre hjerte-kar-sygdomme.

Mellemliggende effekter (indikatorer) omhandler ændringer i fx holdninger, viden, sundhedsadfærd og strukturelle forhold. Der måles ofte på udvikling i mellemliggende effekter, selv om det varierer, hvor sikkert det er, at de betinger de endelige effektmål. Ændringer i sundhedsadfærd kan fx være forandringer i alkoholforbrug, kostvaner og fysisk aktivitet, som med stor sikkerhed kan siges at have betydning for den senere udvik-

ling af endelige effekter. Ændringer i holdninger og viden kan fx være en større tro på, at personlige levemåder og livsvilkår står til at ændre ved egen kraft, eller en større viden om hvordan man beskytter sig mod solen. Strukturelle forhold kan fx være lovgivning, miljøforhold og transport.

På forebyggelsesområdet måles der sjældent på endelige effektmål relateret til sygdom og død. I stedet ses på udvikling i de mellemliggende effekter som har betydning for opnåelsen af de endelige effekter.

På *individniveau* kan de mellemliggende effektmål vurdere indsatsers effekt i forhold til at understøtte menneskers tro på, at vaner og rutiner står til at ændre, og at disse ændringer kan fastholdes over tid og hermed bidrage positivt til en bedre sundhed. Hertil kommer metoder til at styrke individuelle færdigheder, viden om, holdninger til og erfaringer med sundhed.

På *gruppeniveau* kan de mellemliggende effektmål fx måle effekten af at anvende forskellige typer af sociale relationer til at påvirke den enkeltes sundhedsadfærd i positiv retning. Et eksempel kan være vurderinger af effekten af at anvende teenageres netværk og mødesteder som udgangspunkt for rygestopaktiviteter. Ved at sammenholde effekterne af forskellige indsatser, der med udgangspunkt i unges sociale miljøer søger at skabe en positiv holdning til det at være ikke-ryger, kan det vurderes hvilke tiltag, det er værd at give sig i kast med.

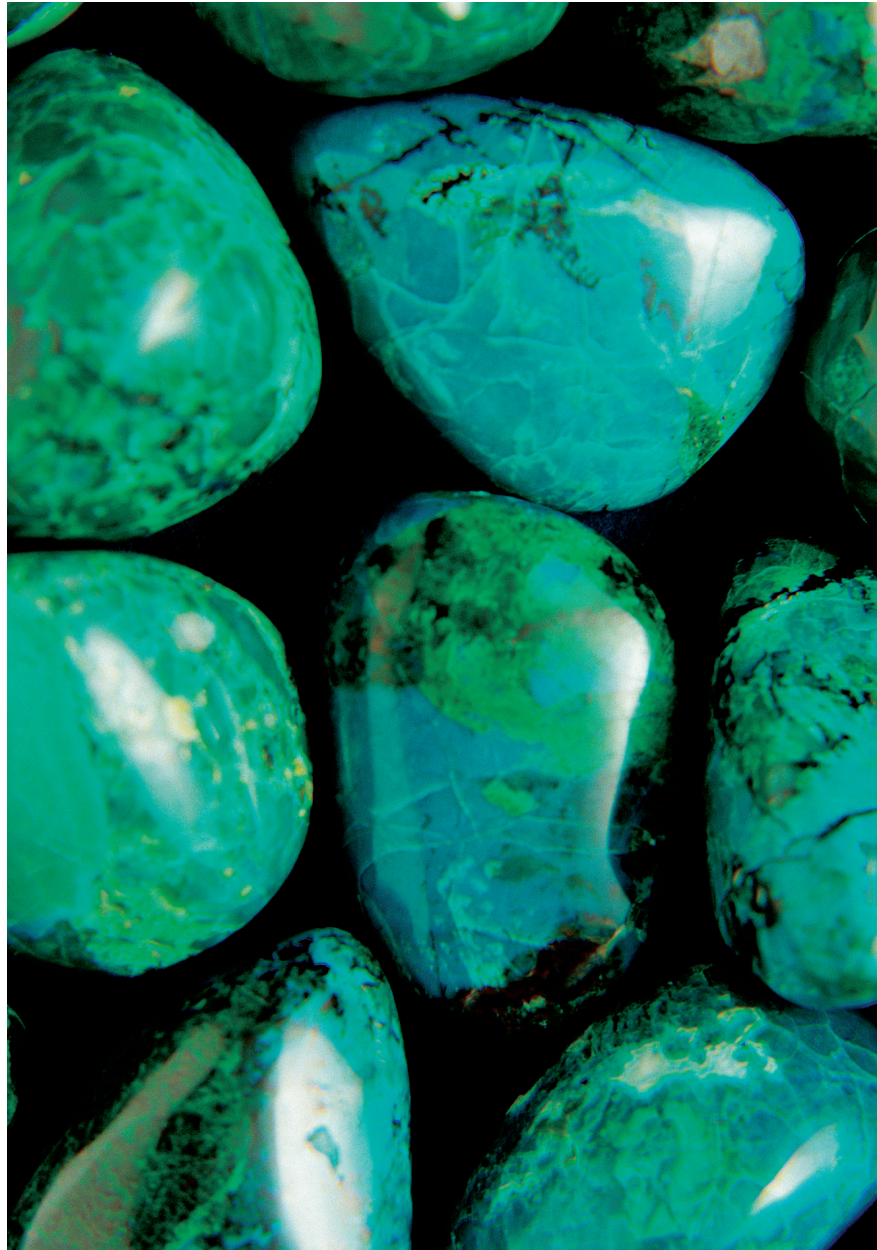
På *det strukturelle, overordnede niveau* kan de mellemliggende effektmål vurdere om en god overensstemmelse mellem politiske tiltag bidrager til en konsistent og effektiv indsats overfor risikofaktorer. På rygeområdet kan man fx se på, om national lovgivning har god effekt på antallet af unge rygere. Det kan imidlertid være svært at dokumentere, at politiske udmeldinger og lovgivning har direkte betydning for den enkelte unges rygevaner.

3.3 Opsummering

Når man skal planlægge en forebyggende indsats er det vigtigt at orientere sig om, hvilke effekter – både positive og negative – der er opnået i lignende indsatser. Ved at samle viden om effekter af indsatser kan man opnå en viden om, hvad der virker bedst på hvem. Systematiske oversigter og metaanalyser er gode til at give overblik over effekter af en bestemt indsats.

Randomiserede kontrollerede undersøgelser er gode til at måle effekten af indsatser med stor nøjagtighed. Denne metode er ikke altid mulig, fordi forebyggelsesindsatser ofte foregår i komplekse sociale sammenhænge, hvor det er svært at kontrollere omstændighederne. I stedet må vurderingen af effekter basere sig på metoder (både kvantitative og kvalitative), der kan indfange og tage højde for kompleksiteten.

Evidensen om effekter af forebyggende indsatser øges i disse år. Det er muligt på en række områder at basere arbejdet på et regulært vidensgrundlag og ikke kun på formodninger om positive effekter. Det gælder fx tobaksområdet, hvor vi har meget viden om, hvilke indsatser der er effektive. På andre områder, fx forebyggelse af overvægt, er det mere vanskeligt at svare entydigt på, hvordan man skal tilrettelægge en effektiv indsats. Det er fortsat stort behov for at udvikle og afprøve nye indsatser og modeller – og for at dokumentere og kvalitetssikre de indsatser, der gennemføres.



4 Evidens om organisering og implementering

Der er brug for *evidens om organisering og implementering* for at vurdere, hvordan forebyggelsesindsatser bedst organiseres og implementeres i en lokal praktisk kontekst for at give effekt. Denne form for evidens bør bl.a. omfatte målgruppens opfattelse og vurdering af indsatsen. Evidens om organisering og implementering svarer på spørgsmålet: **Under hvilke betingelser og rettet mod hvilke målgrupper har de mest lovende indsatser størst mulighed for at give effekt?**

Her udvides spørgsmålet fra kapitel 3 om ”hvad virker bedst på hvem” med spørgsmålet ”hvor, hvordan og hvornår?”. Det gælder om at afdække forudsætninger for og konsekvenser af forebyggelsesindsatser som en del af daglig praksis – til forskel fra de særlige og ofte også ideelle omstændigheder, der er til stede i forbindelse med kontrollerede forsøg. Det er yderst relevant at undersøge, hvad der er af viden om, hvilke ressourcer og rammebetingelser der skal til for at opnå effekter af forebyggende indsatser fx i daginstitutioner, skoler, plejehjem og arbejdspladser.

Implementering er den proces, der ligger mellem vedtagelsen af en beslutning, fx ny lovgivning eller sundhedspolitiske principprogrammer, og udmøntningen heraf (9). Et eksempel kan være beslutningen om, at noget skal gøres med hensyn til faldulykker blandt ældre. Implementeringsfasen begynder, hvor målsætningen (fx at nedsætte faldulykkerne blandt hjemmeboende 75-85-årige med 20 % i løbet af fem år) omsættes til konkrete forebyggelsesindsatser og slutter efter indsatserne er gennemført.

Evidens om implementering og organisering siger noget om, hvordan bestemte indsatser skal tilrettelægges og gennemføres for at have størst mulig effekt i forhold til målgruppen – og belyser fx forhold som:

- Hvilke organiseringsformer virker bedst?
- Hvilke professionelle aktører skal involveres – og hvilke kompetencer og ressourcer skal de som minimum have?
- Kan det anbefales at opbygge partnerskaber og andre platforme for samarbejde på tværs af private, offentlige og frivillige interessenter?
- Er den foreslåede indsats overhovedet den rette at tilbyde målgruppen?
- Hvordan sikres brugerinvolvering – og aktivitet bedst muligt?

Særligt i forbindelse med evidens om implementering og organisering kan det være vanskeligt at opstille klare grænser for, hvilken information der er relevant. Det kan derfor være en god idé at starte med at søge efter evidens om årsager til og udbredelse af sygdom; dernæst evidens om effekter af forebyggelsesindsatser.

Et eksempel kan illustrere dette: Epidemiologiske studier viser, at der over en årrække har været en markant stigning i antallet af overvægtige børn og unge. Det er bekymrende, fordi vi ved, at overvægt kan resultere i, at barnet eller den unge rammes af helbredsproblemer samt dårlig trivsel. Derudover ved vi, at overvægt i en tidlig alder hænger sammen med overvægt i voksenlivet (10). I Danmark er overvægt en af hovedårsagerne til tab af gode leveår (11). Med ønsket om at gøre noget på dette område indsamles evidens om effekt, som viser at bestemte indsatser er effektive til forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. Det har bl.a. vist sig, at indsatser med fokus på at styrke børns og unges selvværd og tro på, at de selv kan gøre noget for deres sundhed, har en vis effekt. Der er også vist gode resultater ved at arbejde med de sociale forhold, der betinger sundhedsadfærd. Det gælder ikke mindst indsatser i forhold til de mest socialt udsatte børn og unge (12). Med den viden in mente kan der med større præcision søges yderligere viden om implementering og organisering – dvs. om; *hvordan, hvem* under *hvilke* betingelser i praksis er det lykkes at forebygge vægtproblemer hos børn og unge.

4.1 Viden om indsatsers proces og effekt

Evidens om implementering og organisering kan omfatte viden om både proces og effekt af en bestemt indsats. Data, der både belyser proces- og effektperspektiver giver indsigt i, om en given forebyggelsesindsats blev afviklet som planlagt og om indsatsens effekter svarede til de forventede (13; 14). Der kan også være behov for viden, som kan være med til at forklare, hvorfor en indsats viser sig mere eller mindre effektiv. Hvis det fx viser sig, at supervision fra sygeplejersker frem for andre faggrupper er bedst til at fastholde deltagerne i et gruppebaseret motionsprogram, er det vigtigt at søge viden, der kan forklare denne forskel.

Det er svært at generalisere evidens om organisering og implementering, da den ofte vil være yderst kontekstafhængig. Det lader sig fx sjældent gøre at foretage en sikker vurdering af, hvordan eller om der er en direkte sammenhæng mellem organiseringen og de opnåede effekter. Selv når det drejer sig om ret simple forebyggelsesindsatser. Men organisationsanalysen kan give nyttig viden om de rammer, der kræves for overhovedet at nå den ønskede målgruppe (15; 16). Det skal understreges, at der både er brug for viden om indsatser, hvor implementeringen er gået godt og mindre godt.

Evidens om organisering og implementering kan bygge på viden fra kvalitative undersøgelser (fx feltstudier, individuelle interviews og fokusgruppeinterviews), men også på viden fra kvantitative metoder fx monitoreringsredskaber. I det øjeblik en forebyggelses-

indsats skal implementeres i praksis, er der fx brug for viden om, hvordan indsatsen bedst muligt kan tilpasses de faktiske forhold. Denne viden produceres oftest gennem kvalitative undersøgelser.

Evidens fra kvalitative undersøgelser kan sige noget om, hvorfor en indsats har effekt eller det modsatte. For eksempel ved at undersøge målgruppens syn på og vurdering af indsatsen. Det er fx relevant at belyse, hvilke barrierer målgruppen har haft i forhold til indsatsen, hvad der har virket fremmende på deres sundhedsadfærd, og om de synes indsatsen har været meningsfuld i forhold til deres hverdagsliv.

4.2 Opsummering

Når man skal anvende evidens om implementering og organisering i sin planlægning af forebyggelsesindsatser, er det vigtigt at søge viden om:

- Hvor, hvordan og hvornår en indsats virker bedst, fx hvordan tilrettelægges og gennemføres indsatsen for at have størst mulig effekt i forhold til målgruppen.
- Hvilke ressourcer og rammebetingelser der skal til for at opnå effekter, fx hvilke faggrupper skal involveres i indsatsen og hvilke kompetencer skal de have.
- Indsatsens proces og effekt, fx blev indsatsen afviklet som planlagt og svarede effekterne til det forventede.
- Hvordan en indsats bedst muligt kan tilpasses lokale forhold, fx ved at belyse målgruppens syn på indsatsen, deres barrierer for at ændre adfærd og hvad der virker fremmende for deres deltagelse.

Evidensen om organisering og implementering af forebyggelsesindsatser er meget spredt og sammensat. Der har generelt ikke været særlig meget fokus på at afrapportere og samle evidens om organisering og implementering af forebyggelsesindsatser, hvilket betyder, at denne viden ikke altid er så nem at finde. Det er vigtigt, at denne form for evidens bygges yderligere og mere systematisk op fx ved at styrke dokumentationen og evalueringen af kommunale og regionale forebyggelsesindsatser.



5 Fra evidens til praksis

I de senere år er der udarbejdet systematiske redskaber til at vurdere, om indsatser, der har opnået gode effekter i et forskningsforsøg, kan overføres til praktisk lokal virkelighed fx i en kommune (17). Ofte består vurderingen af svar på en række spørgsmål som de fem, der følger nedenfor .

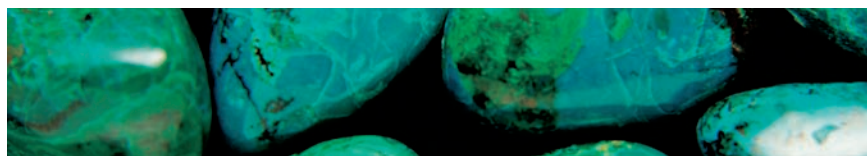
1. Kan de samme effekter opnås hos den samlede eller lignende målgruppe?

Eksemplet kan være en række studier, der viser, at bestemte kostomlægningsindsatser fører til sundere adfærd hos udvalgte grupper af etniske minoriteter. Spørgsmålet er, om indsatserne er effektive i forhold til alle gruppens medlemmer og ikke bare de dele, som nu er studeret. Interventionsgruppen kan fx afvige markant fra resten af målgruppen på fx alder, køn, uddannelses- og indtægtsniveau. Måske er de, som har deltaget i undersøgelserne særligt motiverede, har særlige bevæggrunde og råder over gode personlige ressourcer til at engagere sig.

Det drejer sig om at vurdere, om resultaterne er repræsentative for den samlede målgruppe eller lignende målgrupper i andre sammenhænge. Hvis det er tilfældet, kan resultaterne danne baggrund for konkret, ny praksis eller i det mindste være med til at fremme det synspunkt, at noget synes at kunne gøres med god effekt.

2. Hvilke negative og positive effekter kan der forventes?

Det er vigtigt at vurdere både positive og negative effekter af forebyggelsesindsatser. Om muligt er det også relevant at skelne mellem tilsigtede og utilsigtede effekter. Et eksempel kan være brede befolkningsrettede kampagner om skadelige effekter ved narko. En sådan oplysningsindsats kan have en utilsigtet negativ effekt, idet indsatsen kan inspirere nogle grupper til at begynde at eksperimentere med narko. Information om såvel positive som negative effekter af indsatser er værd at afrapportere og inddrage.



3. Kan og vil de, der skal levere arbejdet rent faktisk engageres og forpligtes?

Forskellige faggruppers evne og motivation til at inddrage forebyggelse i arbejdet anses ofte som centralt for forebyggelsesindsatsers gennemslagskraft. Det må derfor vurderes, hvilke muligheder og barrierer en bestemt faggruppe fx hjemmehjælpere, pædagoger og praktiserende læger evt. kan have i forhold til at gennemføre forebyggelsesindsatser som en del af deres arbejde.

4. I hvilket omfang gennemføres indsatsen som foreskrevet?

Det er vigtigt at vide om en forebyggelsesindsats faktisk afvikles som planlagt (jf. kapitel 4.1.). Hvis der er usikkerhed om det, betyder det for første, at det er svært at vurdere årsagerne til de påviste effekter. For det andet bliver det vanskeligt at udpege de dele af en indsats, det er særligt vigtigt at bibeholde. I forbindelse med fx sundhedspædagogiske indsatser er det ikke ualmindeligt, at hele indsatsen kun delvist afvikles som foreskrevet.

5. Kan en given forebyggelsesindsats opretholdes over tid?

Dette sidste spørgsmål er ofte afgørende i forbindelse med en samlet vurdering: For den enkelte handler det måske om at ændre vaner og rutiner i relation til sundhed samt at fastholde positive adfærdsændringer over tid. På organisationsniveau kan det fx dreje sig om muligheden for at gøre indsatsen til en del af den daglige drift.

Et samlet eksempel på, hvordan disse fem spørgsmål kan anvendes til at vurdere forebyggelsesindsatsers overførbarehed fra en sammenhæng til en anden, kan hentes fra en skolebaseret forebyggelsesindsats: Indsatsen, der skulle forbedre kostvanerne blandt børn og unge har tydelig effekt og er derfor værd at implementere. Men hvis indsatsen kun er blevet indført, iværksat og fastholdt på ganske få skoler, der har ressourcer udover det gennemsnitlige, må det overvejes om indsatsen vil have samme effekt på skoler med færre ressourcer. Det omvendte forhold gør sig også gældende. En forebyggelsesindsats, der vurderes positivt, fordi den er nem at udbrede og fastholde over tid i mange miljøer, er ikke meget værd, hvis ikke den har effekt på målgruppen, fx i form af fastholdelse af adfærdsændringer, nedsat risiko for specifik sygdom mv. (18).

6 Evidensbasering – og udvikling i praktisk forebyggelse

I forbindelse med en given forebyggelsesindsats, hvad enten der er tale om et projekt eller en driftsopgave, er det vigtigt at kende til og forholde sig kritisk til det vidensgrundlag, der arbejdes på. De borgere, der berøres af forebyggelsesindsatser og de, der leverer, styrer og finansierer disse indsatser, skal kunne stole på, at indsatserne hviler på den aktuelt bedste viden.

De større krav om evidensbasering på forebyggelsesområdet betyder, at forebyggelses mange ”videnshuller” gøres tydelige. Men ved at synliggøre hvor der mangler viden, kan der mere aktivt tages højde herfor. Selv om der gennem årene er arbejdet med en mængde indsatser på forebyggelsesområdet, er den dokumenterede og tilgængelige viden om effekterne på mange felter ikke særlig solid. At der ikke er solid evidens for effekter af en bestemt forebyggelsesindsats, gør ikke evidensbaseret forebyggelse umulig. Det, der kræves er den bedst foreliggende evidens, ikke den bedst mulige evidens. Det perfekte må ikke gøres til det godes fjende. Sagt på en anden måde: Meget og god viden er godt, men lidt eller mindre god viden er bedre end ingen viden. Ny evidens kan imidlertid skabes – og aktørerne i den praktiske forebyggelse kan medvirke til at skabe den.

6.1 Praksisbaseret evidens

De foregående kapitler har primært handlet om forskningsbaseret evidens, men der findes også evidens som belyser effekten af indsatser, der finder sted i en praktisk virkelighed.

Praksisbaseret evidens er viden hentet fra forebyggelsesindsatser, som er tilrettelagt og gennemført i en praktisk virkelighed. Det vil sige, at de opnåede effekter er opnået i en praktisk virkelighed med de særlige vilkår og barrierer der er på spil i en bestemt lokal kontekst. Der kan benyttes forskningsbaserede metoder til at evaluere disse indsatser, men forskningen er ikke hovedformålet med at gennemføre indsatsen.

Ved at sikre en systematisk dokumentation af forebyggelsesindsatser kan kommunerne være med til at kvalificere vidensgrundlaget for forebyggelse og dermed bidrage til at opbygge praksisbaseret evidens. Det kræver, at kommunerne systematisk beskriver deres forebyggende indsatser, fx hvordan de er tilrettelagt, hvilke faggrupper som er involveret, hvordan indsatsen er forløbet og hvordan indsatsen er blevet modtaget af målgruppen. Ligeledes kræver det, at kommunerne overvåger kvaliteten af de forebyggende indsatser gennem monitorering og evaluering.

For at kunne monitorere og evaluere forebyggelsesindsatser er det nødvendigt, at der er klare mål for arbejdet, og at der udarbejdes indikatorer eller målepunkter, som indsatsen kan måles på.

Evaluering er en systematisk retrospektiv vurdering af organisering, gennemførelse og effekt af en indsats. Der findes flere typer af evaluering, bl.a. proces- og effektevaluering. Via procesevaluering beskrives og vurderes indsatsers implementering. Formålet er at beskrive, hvordan en given proces er gennemført, og hvordan der kan skabes forbedringer. En effektevaluering afdækker den samlede effekt af indsatsen. Dette gælder både forudsete og uforudsete, positive og negative effekter på kort sigt og på lang sigt samt effekter inden for og uden for målområdet.

Se mere om evaluering i ”**Vejviser til evaluering**” (Sundhedsstyrelsen, 2006):
<http://www.sst.dk/publ/publ2006/CFF/Vejviser/vejviseval.pdf>

Monitorering er en løbende overvågning af en indsats eller et område med henblik på at sikre at krav, standarder mv. efterleves.

Det er vigtigt at overveje nøje, om man har ressourcerne og kompetencerne internt i kommunen til at foretage en solid evaluering af indsatsernes effekter. Har man ikke det, kan det anbefales, at man indgår samarbejde med forskningsinstitutioner eller andre virksomheder med evalueringsekspertise.

Kommunernes Landsforening har udgivet to publikationer om, hvordan kommunerne kan arbejde med evidens, dokumentation og evaluering bl.a. på forebyggelsesområdet.

Brug af evidens i det kommunale sundhedsarbejde:

http://www.kl.dk/_bin/450fad6b-b7d6-402a-ad52-6e7106c32f09.pdf

Metoder til dokumentation og evaluering af de kommunale sundhedsopgaver – en pragmatisk tilgang:

http://www.kl.dk/_bin/e58da6c3-2624-4ff1-9fee-336a3dbcf05e.pdf

6.2 Afrunding

Forebyggelsesområdet forandrer sig hele tiden. Der kommer ny viden til. Der udvikles ny praksis. De erfaringer og den viden, der allerede eksisterer om effektive eller knapt så effektive indsatser, bliver i dag formidlet bedre end for blot ganske få år siden. Det er en positiv udvikling – og den skal understøttes ved at fortsætte arbejdet med at opbygge evidens om, hvilke metoder og indsatser, der virker, på hvem, hvor, hvornår, hvordan og under anvendelse af hvilke ressourcer.

At arbejde evidensbaseret med forebyggelse betyder, at indsatserne bygger på en systematisk, eksplicit og kritisk anvendelse af den aktuelt bedste viden om:

- sundhedstilstanden og risikofaktorer
- effekten af forebyggelsesindsatser
- organisering og implementering af indsatser

Kommuner og regioner har en central position i forhold til at bidrage med praksisbaseret evidens på forebyggelsesområdet. Systematisk dokumentation, monitorering af kvalitet og evaluering af indsatserne er en forudsætning for udviklingen af praksisbaseret evidens.



7 Referencer

- (1) Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
- (2) Kamper-Jørgensen F. Analyse af sundhedsproblemer. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, editors. Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2001: 117-124.
- (3) Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. Evidence-based public health. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- (4) Harrison T. Evidence-based multidisciplinary public health. In: Orme J, Powell J, Taylor P, Harrison T, Grey M, editors. Public health for the 21st century. Berkshire: Open University Press, 2007: 251-268.
- (5) Milgrom L., Nørgaard O. En belysning og diskussion af Evidence-Based Public Health samt begrebets anvendelighed i danske ngo'er. København: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2005.
- (6) Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology in Community Health* 2004; 58:538-545.
- (7) Friedman LM, Schron EB. Methodology of intervention trials in individuals. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. *Oxford Textbook of Public Health*. 2004: 569-581.
- (8) Kamper-Jørgensen F, Almind G. Det forebyggende sundhedsarbejde. Forebyggelsesbegreber og forebyggelsesprogrammer. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G., editors. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2001: 17-51.
- (9) Winter S. Implementeringsforskningen og dens relation til evaluering. In: Dahler-Larsen P, Krogstrup HK, editors. *Tendenser i evaluering*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2001: 61-78.
- (10) Lissau I. Forebyggelse af overvægt med skolen som arena. 2006. København, Sundhedsstyrelsen.

- (11)** Sundhedsstyrelsen. Borgerettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
- (12)** Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Systematic Reviews CD001871. 2005. The Cochrane Library.
- (13)** Audrey S, Holliday J, Parry-Langdon N, Campbell R. Meeting the challenges of implementing process evaluation within randomized controlled trials: the example of ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial). Health Education Research 2006; 21:366-377.
- (14)** Roen K, Arai L, Roberts H, Popay J. Extending systematic reviews to include evidence on implementation: Methodological work on a review of community-based initiatives to prevent injuries. Social Science & Medicine 2006; 63:1060-1071.
- (15)** Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluation: the TREND statement. American Journal of Public Health 2004; 94:361-366.
- (16)** Kirkwood B. Making public health interventions more evidence based. British Medical Journal 2004; 328:966-967.
- (17)** Glasgow RE, Nelson CC, Strycker LA, King DK. Using RE-AIM Metrics to Evaluate Diabetes Self-Management Support Interventions. American Journal of Preventive Medicine 2006; 30:67-73.
- (18)** Jackson N. Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions. 2005. Victoria, Cochrane Health Promotion and Public Health Field.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 7222 7400
E-mail sst@sst.dk
www.sst.dk