



# Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen



En national strategi

**Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen**  
En national strategi

© Sundhedsstyrelsen, 2022.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN: 978-87-7014-367-7**

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
Marts 2022

# Indhold

<b>Resumé og anbefalinger</b>	<b>4</b>
<b>1. Baggrund og formål</b>	<b>10</b>
1.1 Baggrund for forskningsstrategien	10
1.2 Formål	10
1.3 Den lovgivningsmæssige ramme for forskning i det primære sundhedsvæsen	11
1.4 Afgrænsning og sammenhæng med øvrige publikationer på området	12
<b>2 Det primære sundhedsvæsen</b>	<b>13</b>
2.1 Aktører i det primære sundhedsvæsen	13
2.1.1 Kommunerne	13
2.1.2 Almen praksis	13
2.1.3 Øvrig praksissektor	13
2.1.4 Rammer for forskning hos aktørerne	14
2.2 Overordnede udviklingstendenser for det primære sundhedsvæsen	14
<b>3 Anbefalinger for forskningen</b>	<b>17</b>
3.1 Anbefalinger til forskningsområder	17
3.2 Sundhedsfaglige indsatser	18
3.2.1 Sundhedsfremme og forebyggelse	18
3.2.2 Udredning, diagnosticering og vurdering	19
3.2.3 Pleje og behandling	21
3.2.4 Patientrettet forebyggelse, genoptræning og rettidig opsporing	22
3.3 Social ulighed i sundhed	25
3.4 Borger- og pårørendeinddragelse	27
3.5 Teknologibaserede løsninger	29
3.6 Organisering og koordinering	31
3.7 Implementering og forankring	32
<b>4 Rammer for forskning</b>	<b>34</b>
4.1 Ansvar for forskning	34
4.1.1 Forskningsaftagere	34
4.1.2 Forskningsproducenter	35
4.1.3 Forskningssponsorer	37
4.2 Udfordringer i rammer for forskningen	38
4.2.1 Udfordring for forskning i kommunernes sundhedsopgaver	38
4.2.2 Udfordring for forskning i almen praksis	40
4.2.3 Udfordring for forskning i øvrige praksisområde	40
4.3 Anbefalinger til udvikling af rammer for forskningen	41
<b>Referencer</b>	<b>45</b>
<b>Bilag 1: Kommissorium</b>	<b>48</b>
<b>Bilag 2: Medlemmer af arbejdsgruppen</b>	<b>51</b>

# Resumé og anbefalinger

Med udgangspunkt i aktuelle udviklingstendenser i det primære sundhedsvæsen, bidrager denne nationale forskningsstrategi med anbefalinger til styrkelse af forskningen i det primære sundhedsvæsen. Strategien bygger på målsætningen om at belyse forskningsemner, hvor der er behov for yderligere viden, samt at understøtte rammerne for forskning i det primære sundhedsvæsen.

Udviklingen på sundhedsområdet de seneste år har ført til et øget omfang og kompleksitet af opgaverne i det primære sundhedsvæsen. Der er dog fortsat langt mindre forskning i det primære sundhedsvæsen end i sygehusvæsenet. Forskningsstrategien peger derfor på områder i det primære sundhedsvæsen, hvor der fremadrettet anbefales at forskningen styrkes. Der er eksempelvis behov for forskningsbaseret viden om sundhedsfaglige indsatser med fokus på hele borgernes forløb, fra sundhedsfremme og tidlig opsporing, til behandling, rehabilitering og palliation. Der er samtidig behov for viden om områder, der går på tværs af de sundhedsfaglige indsatser, eksempelvis teknologibaserede løsninger, social ulighed i sundhed og borger-/pårørendeinddragelse.

Strategien identificerer forskningsaftagere, forskningsproducenter og forsknings-sponsorer i det primære sundhedsvæsen, og beskriver samtidig udfordringerne med rammerne for forskningen for henholdsvis kommunerne, almen praksis og den øvrige praksissektor.

Rammerne for forskning i det primære sundhedsvæsen er udfordret af, at der mangler en overordnet koordinering og prioritering af forskningen på tværs af det primære sundhedsvæsen. De kapacitetsmæssige rammer for forskningen i det primære sundhedsvæsen er få sammenlignet med forskningen i hospitalsvæsenet. Ikke mindst på det kommunale område mangler der understøttelse af forskningen, både til selve forskningsprocessen, men også til at indgå i en kvalificeret forskningsdialog med øvrige aktører. Endelig udgør de datamæssige rammer en helt grundlæggende udfordring for mulighederne for at bedrive forskning.

Forskningsstrategien peger på et potentiale i at styrke rammerne for forskningen ved, at der i de etablerede samarbejdsstrukturer indarbejdes en "infrastruktur" for prioritering af forskning på tværs af det samlede primære sundhedsvæsen. Desuden beskrives det, at aktiviteterne på sundhedsområdet ofte registreres forskelligt på tværs af kommunerne, hvorfor der ses et stort potentiale i at generere og indsamle ensartede forskningsegnete data. Lignende udfordringer ses i almen praksis, hvor der findes store mængder data, som med fordel kunne blive mere tilgængelige.

**Det anbefales, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

## **Sundhedsfremme og forebyggelse**

- Sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på at øge folkesundheden og livskvaliteten hos borgere i alle aldre, herunder for specifikke målgrupper og særligt med fokus på effekten af sundhedsfremmende og forebyggende interventioner.

### Udredning, diagnostik og vurdering

- Udredning og vurdering af borgerne i det primære sundhedsvæsen, herunder den kliniske udredning i almen praksis og på praksisområdet samt vurderinger i kommunalt regi af borgernes behov, fx i den afklarende samtale
- Håndtering af forskelligartede kliniske situationer i almen praksis (hos både raske og syge borgere) med henblik på hensigtsmæssige og rettidige udredningsforløb, herunder hensigtsmæssig brug af diagnostisk og udredning i sammenhæng med mulig risiko for overdiagnostik
- Organisering, koordinering samt understøttelse af udredning og vurdering i det primære sundhedsvæsen, herunder fokus på kvalitetssikrede metoder og kompetencer dertil

### Pleje og behandling

- Effekt og kvalitetssikring af behandling i det primære sundhedsvæsen, herunder planlægning af behandling af hyppige tilstande/multisygdom hos borgere i alle aldre
- Generel og sygdomsspecifik pleje og omsorg i det primære sundhedsvæsen, med henblik på at kunne varetage borgernes behov, herunder komplekse behov
- Det primære sundhedsvæsens understøttelse af borgernes egenomsorg
- Palliative indsatser i det primære sundhedsvæsen, herunder behovsvurderinger og adgang for alle målgrupper til differentierede indsatser samt organisatoriske modeller, herunder tværfagligt samarbejde/koordinering af den palliative indsats, samt inklusion af basal palliation i forskningsprojekter
- Medicinering, medicin håndtering, herunder behov, ansvar, rammer og polyfarmaci

### Patientrettet forebyggelse, genoptræning og rettidig opsporing

- Indsatser på forskellige tidspunkter i forløbet, både genoptræning og indsatser med et forebyggende/rehabiliterende sigte, herunder indsatsernes effekt.

Det indebærer, at indsatserne, fx forebyggelsesforløb fra henvisning til modtagelse af indsats i kommunerne, følges med data og monitoreres

- Differentiering af indsatserne, således at de imødekommer borgernes præferencer, livsvilkår, ressourcer mv., samt hvordan der samarbejdes tværsektorielt om henvisninger til indsatser i det primære sundhedsvæsen
- Indvirkning af forebyggelsestilbud, herunder præhabiliterende indsatser, på den sygdomsspecifikke behandling
- Rettidig opsporing/patientrettet forebyggelse af sygdomsforværring hos borgere med kronisk, livstruende eller akut sygdom, herunder organisering og kompetencer til varetagelse af opgaven, samt hvordan samarbejdet mellem hjemmepleje, kommunal sygepleje og almen praksis om forebyggelse af indlæggelser kan fremmes

### **Social ulighed i sundhed**

- Hvordan konsekvenserne af den sociale ulighed i sundhed kan håndteres i det primære sundhedsvæsen, og hvordan konsekvenserne håndteres i mødet mellem borger og sundhedsprofessionel
- Stratificering af målgrupper, samt redskaber, der kan understøtte identificering af borgere med størst behov for en indsats og dermed medvirke til en differentiering af indsatsen
- Konkrete differentierede indsatser målrettet forskellige målgrupper, herunder borgere i særlig risiko, fx udgående indsatser til borgere med lavere socioøkonomisk baggrund
- Tværvideenskabeligt samarbejde om forskning i interventioner, der kan reducere den sociale ulighed i sundhed og konsekvenserne deraf

### **Borger- og pårørendeinddragelse**

- Anvendelse og effekt af redskaber til inddragelse i samspil med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle, herunder potentialer og begrænsninger, fx ved anvendelse af patientrapporterede oplysninger
- Inddragelse og støtte til pårørende, samt konsekvenserne af at være pårørende, herunder forebyggelse af negative konsekvenser
- Struktureret inddragelse, herunder tværsektorielt, af patienter med multisygdom, med fokus på behandlings- og sygdomsprioritering

- Anvendelse af sundhedspædagogiske metoder til at adressere borgernes forskellige sundhedskompetencer, samt hvorvidt social ulighed i sundhed er et resultat af borgernes forskellige sundhedskompetencer
- Viden om hvilke indsatser og metoder, der understøtter organisatorisk inddragelse af borgere og pårørende, herunder potentialer og begrænsninger, samt hvordan man fremover bedst kan evaluere på disse indsatser og metoder
- Forståelser og holdninger til begrebet borger-/pårørendeinddragelse på sundhedsområdet

### **Teknologibaserede løsninger**

- Anvendelse og effekt af teknologibaserede løsninger og udstyr i det primære sundhedsvæsen, herunder kvalitetssikring, samt potentialer og begrænsninger
- Anvendelse af data som borgerne selv opsamler via forskellige teknologibaserede løsninger
- Borgernes oplevelser og holdninger til teknologibaserede løsninger, herunder om de har betydning for inddragelse af borgere og pårørende
- Sammenhæng mellem teknologibaserede løsninger og ulighed i sundhed, herunder hvilke borgere, der har mest gavn af muligheden for teknologibaserede løsninger som led i indsatsen

### **Organisering og koordinering**

- Det organisatoriske niveau, herunder ansvarsfordeling, med fokus på sammenhængende indsatser i det samlede sundhedsvæsen
- Kompetencer og incitamenter i det primære sundhedsvæsen, der understøtter opgavevaretagelsen og et velkoordineret samarbejde, herunder hvorvidt nogle faggrupper evt. kan varetage nye opgaver, fx til aflastning af almen praksis
- Den kommunale organisering, bl.a. i forhold til varetagelsen af opgaver på tværs af forskellig lovgivning og forvaltningsområder, herunder samarbejdet mellem de forskellige faggrupper, samt snitflader til almen praksis og det sekundære sundhedsvæsen
- Koordinering af konkrete opgaver, fx ved indlæggelse og udskrivelse, tidlig opsporing af sygdom, patientsikkerhed, rehabiliteringsindsatser, demens og palliation

- Koordinering mhp. sammenhængende forløb for borgere med komplekse problemstillinger, der har indsatser i én eller flere sektorer, fx borgere med kronisk sygdom, multisygdom, eller borgere med akutte behov, der fordrer et tværsektorielt samarbejde

### **Implementering og forankring**

- Effekter af implementeringsstrategier
- Implementering og forankring af evidensbaserede sundhedsfaglige indsatser og nye forskningsresultater i det primære sundhedsvæsen, herunder udbredelse og tilpasning til andre kontekster
- Barrierer for implementeringen, herunder hvordan organisatoriske og systemiske faktorer påvirker implementering af viden i det primære sundhedsvæsen
- Udviklingen af komplekse evidensbaserede interventioner, samt implementering af disse i det primære sundhedsvæsen på tværs af aktører mv.

### **Anbefalinger til udvikling af rammer for forskningen**

**Det anbefales, at rammerne for forskningen udvikles på følgende områder:**

#### **Relevans**

- Understøtte at der forskes i emner, hvor der er behov for større viden, ved at etablere stærke partnerskaber mellem forskningsmiljøer og kommuner og praksissektoren, samt ved inddragelse af målgruppen
- Forskningsstrategien drøftes i regi af de 5 Sundhedskoordinationsudvalg, hvor regioner og kommuner tager stilling til, hvordan partnerskaber for forskning kan udvikles og understøttes
- Sikre involvering af relevante sundhedsfaglige fra primærsektoren i forskningsprocessen

#### **Kapacitet**

- Understøtte at flere kommuner indgår aftaler med forskningsinstitutioner om forskning, med afsæt i erfaringerne fra bl.a. København og Aalborg



- Udbygge rammer for samarbejde med både formelle og mere uformelle samarbejdsformer
- Fremme mulighed for at offentlige og private aktører i fællesskab kan skabe gode rammer for at udføre forskningsaktiviteter
- Etablere støttefunktioner målrettet kommuner og øvrig praksissektor, som understøtter forskningen til drøftelse af forskningsemner og -design, dataindsamling, forskningsadministration mv.
- Opbygge kapacitet i kommunerne til at indgå i en kvalificeret dialog om, hvordan forskningen gøres relevant og anvendelig for praksis, herunder forskningsdesign, betydning for praksis og borgerne, betingelser for dataindsamling mv.
- Justering af større nationale udviklingsprojekter med henblik på at kunne bidrage med forskningsdata
- Fremme samfinansiering og samarbejde om forskningsaktiviteter mellem etablerede forskningsmiljøer og spirende lokalt forankrede forskningsmiljøer og uopdyrkede områder i kommunerne og i den øvrige praksissektor
- Etablere ansættelsesstruktur som fremmer fastansættelse af forskere, og derved sikre kontinuitet i forskningen

## Data

- Styrket infrastruktur for generering og brug data i det primære sundhedsvæsen og på tværs af sektorer
- Styrket infrastruktur for data om borgerperspektiver på effekt af sundhedsfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen
- Muliggøre national dataopsamling fra det primære sundhedsvæsen, med udgangspunkt i eksempelvis kliniske kvalitetsdatabaser og om det kommunale forebyggelsesområde.
- Aktørerne i det primære sundhedsvæsen understøtter det igangværende dataprojekt om Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen (DDSN)<sup>1</sup>, ved at bidrage til arbejdet med at gøre eksisterende data ensartede, sammenlignelige og tidstro

---

<sup>1</sup> Det igangværende program Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen (DDNS) som udføres af Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner fokuserer på dels bedre brug af eksisterende data og dels opbygning af nyt datagrundlag for det primære sundhedsvæsen.

# 1. Baggrund og formål

## 1.1 Baggrund for forskningsstrategien

Denne nationale strategi for forskning i det primære sundhedsvæsen udspringer af udspillet `En læge tæt på dig<sup>(1)</sup>. I udspillet fremgår, at der skal udarbejdes en forskningsstrategi for det nære sundhedsvæsen<sup>2</sup>. Intentionen med forskningsstrategien er at styrke det primære sundhedsvæsen og bidrage med ny viden om de sundhedsfaglige indsatser på området, der i stigende grad rykker tættere på borgerens hjem.

Overordnet foregår forskning i det primære sundhedsvæsen i et væsentligt mindre omfang sammenlignet med sygehusbaseret forskning, og vi har til stadighed brug for at skabe ny viden, der kan give os en endnu bedre forståelse af det primære sundhedsvæsen, herunder viden om de opgaver, som det primære sundhedsvæsen varetager. Viden, som kan give os et afsæt til at udvikle de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i det primære sundhedsvæsen.

Forskningen i det primære sundhedsvæsen er organiseret på forskellig vis, hvilket giver forskellige forudsætninger for at generere forskning. I almen praksis er der eksempelvis veletablerede almen medicinske forskningsenheder i tæt tilknytning til universitetsmiljøer for forskning og uddannelse i almen medicin, der overordnet har til formål at udvide og opdatere vidensgrundlaget gennem forskning. En lignende model findes ikke for alle aktører i det primære sundhedsvæsen, og forskningen foregår således mere spredt. Endelig ses en væsentlig barriere for forskningen i det primære sundhedsvæsen, der handler om at generere, indsamle og anvende forskningsegnet data.

Denne forskningsstrategi har til formål at understøtte forskning i det primære sundhedsvæsen, og der er i den sammenhæng behov for både at se på aktørernes forskellige vilkår og rammer for at bidrage til forskning, og at identificere inden for hvilke områder, der vurderes at være et særligt behov for forskningsbaseret viden.

## 1.2 Formål

Overordnet skal forskningsstrategien styrke mere og bedre forskning i det primære sundhedsvæsen. Formålet med den nationale strategi er således at:

- Skabe opmærksomhed om aktuelle væsentlige forskningsområder, som kan bidrage til udvikling af det primære sundhedsvæsen.
- Belyse behov for styrkelse af forskningsmiljøerne, såvel de nye og mindre etablerede miljøer som de etablerede miljøer, herunder at understøtte en

---

<sup>2</sup> I denne forskningsstrategi anvendes begreberne det nære sundhedsvæsen og det primære sundhedsvæsen synonymt.

kritisk masse i forskningen og synergi mellem forskellige faglige perspektiver, samt at pege på konkrete muligheder for at styrke samarbejdet mellem aktørerne og etablere bedre og flere forskningsegnede data.

På længere sigt skal strategien bidrage til at understøtte forskningen, med henblik på at udvikle et nært og sammenhængende sundhedsvæsen. For at imødekomme dette formål, berører forskningsstrategien følgende:

- De væsentligste tendenser og udfordringer, som har betydning for det primære sundhedsvæsen (kap. 2)
- Fokusområder for de overordnede forskningstemaer og sundhedsfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen med behov for mere viden, herunder anbefalinger til specifikke forskningsemner (kap. 3)
- Rammernes betydning for forskningen, herunder anbefalinger til hvordan rammerne kan forbedres (kap. 4)

På grund af mange og forskellige sundhedsfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen, vil flere forskellige forskningsområder og metoder være relevante for de forskningsemner som strategien anbefaler.

Forskningsstrategien er udarbejdet med bidrag fra en bredt sammensat arbejdsgruppe, med medlemmer der repræsenterer forskellige perspektiver på forskningen i det primære sundhedsvæsen. Se evt. kommissoriet for arbejdsgruppen i bilag 1. Desuden blev der indledningsvist udarbejdet en kortlægning af forskningen i det primære sundhedsvæsen, som er inddraget i arbejdet. Kortlægningen består af en dokumentanalyse samt en række interviews med centrale aktører<sup>(2)</sup>.

### 1.3 Den lovgivningsmæssige ramme for forskning i det primære sundhedsvæsen

Jf. Sundhedsloven, Professionshøjskoleloven og Universitetsloven, har overordnet fire institutioner forpligtelser i relation til forskningen i det primære sundhedsvæsen; regionsrådene, kommunalbestyrelserne, universiteterne og professionshøjskolerne<sup>(3-5)</sup>.

Under sundhedsloven er forskningen i det primære sundhedsvæsen lovgivningsmæssigt forankret hos de fem regionsråd. Regionsrådene har ansvar for at sikre udvikling, forskning og innovation i det primære sundhedsvæsen. Ansvar for at igangsætte forskning på området ligger hos Regionsrådet, mens Kommunalbestyrelserne i Sundhedsloven er forpligtigede til at medvirke til forskning, der understøtter at sundhedsydelser kan varetages på et højt fagligt niveau.

Universitetsloven definerer universiteternes forskningsforpligtelse, idet de skal bidrage til at fremme vækst, velfærd og udvikling i samfundet samt sikre et ligeværdigt samspil mellem forskning og forskningsbaseret uddannelse og undervisning. Professionshøjskolerne skal varetage praksisnære og anvendelsesorienterede forsknings- og udviklingsaktiviteter, og dermed bidrage til, at ny viden anvendes i både den private og offentlige sektor.

#### 1.4 Afgrænsning og sammenhæng med øvrige publikationer på området

Forskningsstrategien har et bredt fokus på det primære sundhedsvæsen, og skal læses i sammenhæng med andre forskningsstrategier som eksempelvis 'Forskning til gavn for mennesker med demens og deres pårørende'<sup>(6)</sup>. For en række områder, herunder psykiatrien, gælder, at der er et betydeligt samspil mellem indsatsen i sygehusvæsenet og det primære sundhedsvæsen, idet mange af de forebyggende indsatser, samt indsatser efter psykiatrisk indlæggelse og behandling, udføres af aktører i det primære sundhedsvæsen. Det forskningsmæssige behov for at udvikle kvaliteten på dette område er beskrevet i forskningsstrategien 'Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser'<sup>(7)</sup>.

Forskningsstrategien afspejler, at det primære sundhedsvæsen er bredt og spænder over forskelligartede opgaver, aktører og strukturer, hvorfor forskningsstrategien skal læses som et sæt af overordnede anbefalinger, der skal drøftes og bruges som afsæt for prioritering af forskningsemner lokalt. I forlængelse heraf anbefales det, at forskningsstrategien indgår som afsæt for drøftelser om prioritering af forskning i regi af sundhedsaftalerne og i de kommende klyngesamarbejder.

Forskningsstrategien er afgrænset til at omhandle sundhedsindsatser i det primære sundhedsvæsen. Det skal dog bemærkes, at varetagelsen af sundhedsopgaver i det primære sundhedsvæsen ofte sker i en tæt snitflade til andre lovgivninger, som eksempelvis beskæftigelsesområdet og socialområdet. Det kan derfor være relevant at tilrettelægge forskning på tværs af lovgivning og faggrupper.

I forskningsstrategien bruges både ordet 'borger' og ordet 'patient'. Dels i relation til sondringen mellem en borgerrettet indsats, som er rettet mod raske mennesker, og en patientrettet indsats, som er rettet mod syge mennesker. Flere steder anvendes ordet 'borger' dog også i forbindelse med tilbud til mennesker med en kronisk sygdom, når indsatsen typisk foregår i en kommunal kontekst.

## 2 Det primære sundhedsvæsen

Dette kapitel vil indledningsvist beskrive aktørerne i det primære sundhedsvæsen, og efterfølgende pege på tendenser og udfordringer, hvor der er et særligt behov for forskning.

### 2.1 Aktører i det primære sundhedsvæsen

#### 2.1.1 Kommunerne

De kommunale sundhedsindsatser omfatter blandt andet forebyggelses-, rehabiliterings-, og genoptræningstilbud, samt forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Kommunerne har ligeledes en vigtig funktion i forhold til syge- og hjemmepleje, herunder behandling og pleje af patienter, der udskrives fra sygehuset. De kommunale sundhedsindsatser er dermed forankret hos forskellige sundhedsfaglige aktører og er organiseret på forskellig vis, for eksempel i form af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i et sundhedshus, hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, osv. Det kommunale sundhedsvæsen består således af mange forskellige professioner, og de kommunale opgaver varetages i tæt samarbejde med sygehuset og almen praksis, og er ofte en integreret del af et behandlingsforløb på tværs af sektorerne.

#### 2.1.2 Almen praksis

Almen praksis udgør en nøglerolle i sundhedsvæsenet. De er ofte patienternes første kontakt til sundhedsvæsenet, koordinerer patientens forløb på tværs af sektorer, og har desuden ofte ansvaret for kontrol og opfølgning efter endt hospitalforløb. Alment praktiserende læger er ligeledes 'gatekeepere', og har henvisningsretten til det mere specialiserede sundhedsvæsen. De har samtidig vigtige funktioner i samarbejdet med det kommunale sundhedsvæsen, og henviser eksempelvis til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. De yder populationsomsorg<sup>3</sup>, og er centrale aktører hvad angår sundhedsfremme og styrkelse af både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse..

#### 2.1.3 Øvrig praksissektor

Den øvrige praksissektor omfatter autoriserede praktiserende sundhedspersoner, som udfører indsatser, hvor det offentlige i flere tilfælde og i forskellig grad dækker ydelsen.

---

<sup>3</sup> Populationsomsorg: Ud over selve behandlingen af sygdommen håndteres alt det, der ellers foregår i borgerens liv, som betyder noget for, om vedkommende kan håndtere sin sygdom og leve med den. Der er fokus på at prioritere indsatser til dem, der har mest brug for det og skabe kontinuitet i relationen.

Denne gruppe omfatter praktiserende speciallæger, psykologer<sup>4</sup>, fysioterapeuter, kiropraktorer, tandlæger og fodterapeuter samt bandagister, jordemødre, tandplejere, tandteknikere og optometriste. Flere af disse reguleres via overenskomster mellem den enkelte faglige organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævns (RLTN), hvor andre ikke er omfattet af en aftale om tilskud.

Herudover indgår en række private aktører i det primære sundhedsvæsen, som ligger uden for kommunale og regionale tilbuds- og aftalesystem, eksempelvis private fysioterapiklinikker, privat jordemoder, psykiater mv.

Det primære sundhedsvæsen er således karakteriseret ved en høj grad af tværfaglighed og omfatter mange forskelligartede aktører og indsatser.

#### 2.1.4 Rammer for forskning hos aktørerne

Sundhedsopgaverne i kommunerne er organisatorisk spredte med mange fagligheder og på tværs af forvaltningsområder, der skal koordineres både internt i kommunen og i stigende grad også med almen praksis og med sygehuset. Der ses et behov for at udvikle indsatserne på basis af evidens og forskningsbaseret viden. Hertil er der brug for forskningsmiljøer, der kan understøtte og tilføre kontinuitet til forskningen.

Almen praksis spiller en væsentlig rolle ift. at sikre sammenhængende forløb for patienter med eksempelvis kroniske sygdomme, som i stigende grad håndteres i det primære sundhedsvæsen. Almen praksis har, sammenlignet med kommunerne, etablerede forskningsmiljøer der faciliterer forskning, og medvirker til at sikre og udvikle kvaliteten i opgaverne i almen praksis. Sammenlignet med andre lægefaglige specialer, er almen praksis' forskningsmiljøer dog små og i sjældnere grad samlet, som det eksempelvis er tilfældet med nogle lægefaglige forskningsmiljøer på sygehusene.

I den øvrige praksissektor er der, som i kommunerne, behov for en styrket forskningsindsats. Speciallægerne, både i almen praksis og i den øvrige praksissektor, spiller en stor rolle i forhold til diagnostik og behandling, og der er brug for forskningsmæssig indsigt i disse opgaver, med henblik på kvalitetsudvikling og understøttelse af sammenhængende patientforløb. Tilsvarende har andre aktører i praksissektoren betydning for koordinerede forløb med høj faglig kvalitet, som med fordel kan belyses bedre forskningsmæssigt.

I Kapitel 4 udfoldes rammernes betydning for forskningen yderligere.

## 2.2 Overordnede udviklingstendenser for det primære sundhedsvæsen

Med strukturreformen i 2007 fik det primære sundhedsvæsen, i form af kommuner, almen praksis og øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle et øget

---

<sup>4</sup> Psykologer afviger fra de øvrige autoriserede sundhedspersoner ved at psykologers autorisation ligger på socialområdet men i praksis, jf. Psykolognævnets vejledende retningslinjer for autoriserede psykologer (8), betragtes som sundhedspersoner i sundhedslovens forstand i det omfang, de pågældende udfører sundhedsfaglige opgaver.

ansvar på sundhedsområdet. Herudover ses en række andre væsentlige tendenser:

Øget centralisering i sygehusvæsenet med henblik på specialisering, herunder en medicinsk og teknologisk udvikling, der har til hensigt at effektivisere sygehusbehandling og indlæggelser. Dette fører til en udvikling hvor patienter, der ikke har behov for specialiseret behandling, i højere grad behandles og færdigbehandles i primærsektoren. Dette øger omfanget og kompleksiteten i de sundhedsfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen. Sideløbende er der de sidste fire årtier påvist en stigende ulighed i sundhed<sup>(9)</sup>. Denne udvikling stiller nye krav til det primære sundhedsvæsen.

Nye behandlingsformer betyder, at sundhedsvæsenet kan behandle flere patienter, som lever længere med behov for behandling af sygdomme, og at der vil være flere borgere med senfølger efter behandling. Udviklingen i behandlingsformer og tendensen mod kortere tid på sygehuset, medfører alt i alt en betydelig større aktivitet i det primære sundhedsvæsen.

En fortsat udvikling i muligheder for tidlig diagnostik, herunder screeningsprogrammer, tidlig opsporing af sygdomstegn, samt brug af teknologier til selvmonitorering, kan øge muligheden for forebyggelse og rettidig behandling. Samtidig kan det udgøre en fare for overdiagnostik og overbehandling, der kan medvirke til det paradoks, at sundhedsvæsenets begrænsede ressourcer i stigende grad anvendes til raske mennesker, i stedet for at identificere og behandle syge mennesker.<sup>5</sup>

I tråd med denne udvikling, har kommunerne og almen praksis blandt andet fået flere og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet. De kommunale opgaver varetages ofte i samarbejde med sygehuset eller almen praksis, som fortsat har det lægelige behandlingsansvar. For at håndtere de nye krav til indsatserne uden for sygehusene, har kommunerne haft fokus på at styrke patientrettet forebyggelse, pleje og behandling rettet mod borgere med kroniske sygdomme og borgere med komplekse behov. I praksissektoren varetages der også flere komplekse opgaver, blandt andet på grund af bedre muligheder for udredning, behandling mv., samt et øget fokus på håndtering af patienters samlede helbreds-, arbejds- og livssituation.

Som følge af den demografiske udvikling er der en forventning om, at der kommer flere borgere med én eller flere kroniske sygdomme, samtidig med at der er et stigende behov for pleje med alderen. Det primære sundhedsvæsen står således over for en betydelig opgave ift. pleje, forebyggelse og behandling af patienter med kroniske og/eller livstruende sygdomme. Tendensen er, at indsatsen til borgere med kroniske sygdomme og ældre borgere, fx ældre medicinske patienter, så vidt muligt skal foregå i borgerens nære omgivelser eller eget hjem, og det pri-

---

<sup>5</sup> Se fx de syv pejlemærker for faget almen medicin, Dansk Selskab for Almen Medicin

mære sundhedsvæsen spiller dermed en stadig større rolle ift. forebyggelse, behandling, kontrol og rehabilitering af patienter med kroniske sygdomme. Det skaber et behov for, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede i det primære sundhedsvæsen, til at kunne varetage indsatser i nærmiljøet, opspore sygdomsforværring, indlægge før sygdommen forværres for meget eller undgå unødvendige indlæggelser.

Som følge af, at flere lever med kroniske sygdomme, er der en tendens til et voksende forbrug af medicin, antibiotika og polyfarmaci, hvilket kan forårsage yderligere risiko for sygdom og bivirkninger. Der kan derfor være behov for prioritering af behandling i samarbejde med patienten, og i samarbejde på tværs af sektorer og de forskellige aktører i det primære sundhedsvæsen, eksempelvis mellem plejehjem og almen praksis.

En anden væsentlig udviklingstendens, er den stigende sociale ulighed i sundhed. Social ulighed i sundhed betegner den systematiske ulighed i forekomst og konsekvenser af sygdom mellem socioøkonomiske grupper, og opstår på baggrund af et komplekst sammenspil af årsagsrelationer<sup>(9)</sup>. Uligheden medfører at borgere med lavere socioøkonomisk baggrund og særligt sårbare borgere, er i højere risiko for at blive syge, opleve flere konsekvenser af deres sygdom, og at dø for tidligt. Et eksempel herpå er, at borgere med lav indkomst har mindre mulighed for at benytte de behandlingstilbud i praksissektoren, som kræver brugerbetaling. De har dermed mindre mulighed for at få forebygget og behandlet sygdom. Kronisk sygdom og multisygdom forekommer desuden langt hyppigere blandt socialt sårbare borgere, og det er i højere grad end tidligere den primære sundhedssektor, der har ansvaret for disse patientgrupper. Den stigende ulighed i sundhed er således også en stigende udfordring for det primære sundhedsvæsen, og det primære sundhedsvæsen spiller en vigtig rolle i at mindske konsekvenserne af social ulighed i sundhed.



## 3 anbefalinger for forskningen

Den fremtidige udvikling af det primære sundhedsvæsens varetagelse af komplekse sundhedsopgaver kræver forskningsbaseret viden om de sundhedsfaglige indsatser i borgernes forløb, samt viden om borgernes, pårørendes og de ansattes perspektiv på indsatser og forløb i det primære sundhedsvæsen, herunder deres præferencer og forventninger.

Ud over viden om potentialer og begrænsninger ved indsatser og metoder, blandt andet i relation til de forskellige målgrupper, er der behov for forskning, der afdækker hvilke betingelser, der bør være til stede for at indsatser og metoder kan udvikles og implementeres. Med den viden vil det være muligt at udvælge og udvikle målrettede, effektive og realistiske interventioner, samt at skabe de betingelser, der skal være til stede for, at det sker. Dette er et nødvendigt afsæt for beslutningstagere for at kunne prioritere eventuel udbredelse af nye tiltag.

Ligeledes vil det være relevant at benytte fremtidige udviklingsprojekter til at opsamle erfaring og indsigter, som bidrag til at kunne udvikle systematiske tilgange til udviklingsprocesser og til forskningsprojekter.

Forskningen skal således bidrage med kvalificeret, solid og valid viden, baseret på videnskabelige principper og metoder, som kan understøtte udvikling af sundhedsfaglige og tværfaglige indsatser af høj kvalitet, hensigtsmæssig brug af ressourcer, samt mulighed for at kvalificere de sundhedsfaglige og politiske beslutningsprocesser i det primære sundhedsvæsen. Forskningsbaseret viden kan eksempelvis danne grundlag for kvalificering af den fremadrettede udarbejdelse af faglige anbefalinger, kommunale kvalitetsstandarder, o.l. på relevante områder i det primære sundhedsvæsen.

Forskningen i det primære sundhedsvæsen bør omfatte et bredt felt, der både rummer sundhedsindsatserne i kommunerne, almen praksis og den øvrige praksissektor, samt koordinering af overgange mellem det sekundære og primære sundhedsvæsen. Det er vigtigt, at forskningen vedrører den gruppe af borgere, der har behov for indsatser i det primære sundhedsvæsen. Gruppen er kendetegnet ved at være heterogen og omfatter både de borgere, der har behov for indsatser på tværs af sektorer, og en stor gruppe, der alene tilses i den primære sundhedssektor.

### 3.1 Anbefalinger til forskningsområder

Denne forskningsstrategi peger på nedenstående overordnede forskningsområder. Med disse overordnede forskningsområder sætter forskningsstrategien således retning for, hvor det vurderes, at forskning kan gøre størst gavn for udvikling af det primære sundhedsvæsen.

- Sundhedsfaglige indsatser
- Social ulighed i sundhed
- Borger- og pårørendeinddragelse

- Teknologibaserede løsninger
- Organisering og koordinering
- Implementering og forankring

Inden for disse ovenstående områder er en række forskningsemner identificeret. De specifikke forskningsemner skal ses som eksempler til inspiration. Der kan derudover være yderligere relevante forskningsemner.

Forskningsområdet vedrørende sundhedsfaglige indsatser beskæftiger sig med hele forløbet fra sundhedsfremme og strukturel borgerrettet forebyggelse, tidlig opsporing og patientrettet forebyggelse, udredning og diagnosticering, pleje og behandling til rehabilitering og palliation.

De øvrige forskningsområder vedrørende social ulighed i sundhed, inddragelse af borgere og pårørende, anvendelse af teknologibaserede løsninger, organisering og koordinering samt implementering og forankring, omhandler alle dele af borgernes forløb.

## 3.2 Sundhedsfaglige indsatser

### 3.2.1 Sundhedsfremme og forebyggelse

Der er behov for bred viden om sundhedsfremme og forebyggelse, som kan bidrage til at fremme folkesundheden, og forebygge at borgere udsættes for risiko for at udvikle sygdom.

I forskningsstrategien anvendes begreberne 'sundhedsfremme og forebyggelse' i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens øvrige publikationer<sup>(10,11)</sup>. Sundhedsfremme og forebyggelse omfatter borgerrettede indsatser med fokus på raske borgere, og dækker både over strukturelle indsatser, der gennem rammer, regulering og styring, er med til at påvirke borgernes sundhed, samt individorienterede indsatser, der er målrettet specifikke grupper eller enkeltindividets sundhed.

Sundhedsfremme og forebyggelse for børn og unge finder sted i sundhedsplejen, dagtilbud, skoler, fritidsliv mv., hvor der skabes sunde rammer og indsatser målrettet risikofaktorer som rygning, indsatser for at fremme fællesskaber og mental sundhed, seksuel sundhed mv. Der er behov for yderligere viden om børns sundhed og trivsel samt hvilke indsatser, der kan styrke familier og børn.

I forhold til voksne borgere foregår indsatserne ofte på arbejdspladser, men det er også væsentligt at undersøge andre steder, hvor borgere uden for arbejdslivet kan nås, eksempelvis i byrummet, på biblioteker, i foreningslivet, gennem beskæftigelsesindsatser mv. Dette er der behov for yderligere viden om.

Der er også behov for viden om sundhedsfremme og forebyggelse målrettet ældre borgere, med det formål at hindre, at sygdom opstår. Hvad angår det stigende antal ældre borgere, kan samfundet eksempelvis sætte som mål, at befolkningens forventede længere levetid om muligt bliver til flere raske leveår, dvs. længere le-

vetid uden langvarig belastende sygdom og med bedre livskvalitet. Det vil forudsætte, at sygeligheden og dødeligheden forbedres i forhold til tidligere generationer, hvilket blandt andet vil indebære et øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i det primære sundhedsvæsen, der i kommunerne typisk udføres som led i den kommunale ældrepleje.

Der er borgere for hvem forebyggende indsatser ikke har samme virkning på grund af deres livsvilkår og helbredstilstand. Der er derfor behov for viden om, hvordan de forebyggende indsatser kan tilpasses alle borgeres livsvilkår, motivation mv. Der bør samtidig være fokus på, at det er naturligt, at nogle borgere udvikler genetisk bestemte kroniske sygdomme i alderdommen, og at forebyggende indsatser med henblik på flere raske leveår, derfor ikke vil gavne alle borgere.

Opsummerende er der behov for viden om effekten af sundhedsfremme og forebyggelse målrettet at øge livskvaliteten og forebygge udvikling af sygdom for alle aldersgrupper. Det kunne for eksempel være strukturelle forebyggende initiativer med fokus på, hvordan det ydre miljø kan bidrage til sundhed og øget livskvalitet. Der er desuden behov for viden om, hvordan de forskellige aktører i samfundet (dagtilbud, skoler mv.) kan bidrage og drage fordel af sundhedsfremme og forebyggelse.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på at øge folkesundheden og livskvaliteten hos borgere i alle aldre, herunder for specifikke målgrupper og særligt med fokus på effekten af sundhedsfremmende og forebyggende interventioner.

### 3.2.2 Udredning, diagnosticering og vurdering

Der er et øget behov for generel viden om udredning og diagnosticering i det primære sundhedsvæsen, herunder metoder og kompetencer til vurdering af borgernes helbred, funktionsevne og behov. I forhold til udredning dækker området meget bredt. Det kan være raske borgere, der henvender sig til egen læge med ønske om et helbredstjek efter opfordring til screening. Det kan også være borgere der henvender sig med såvel specifikke som uspecifikke symptomer, hvor lægen evt. vurderer, at der kan være risiko for en alvorlig sygdom. Eller det kan være den ældre patient, der selv mestrer sin sygdom i det daglige, men hvor der opstår spørgsmål ved forværring af sygdommen, følgesygdomme eller bivirkninger, der er relateret til behandlingen.

Der er behov for viden, der afdækker mulighederne for at håndtere de mangeartede kliniske situationer, der forekommer i almen praksis og i den øvrige praksis-

sektor (se afsnit 2.1.3), herunder anvendelse af udredningsmetoder i de forskellige situationer. Der er også behov for viden om den kliniske udredning, herunder hvordan forskellige kontekstuelle faktorer såsom alder, patientens generelle situation og ønsker, tilstedeværelse af anden sygdom, og prognose inddrages i udredningen, hvordan mulige positive eller negative konsekvenser af udredningen for den enkelte patient vurderes, og hvordan patienterne kan inddrages i prioriteringen af de forskellige faktorer ved hjælp af beslutningsstøtteværktøjer o.l.

Det er væsentligt med fokus på bæredygtighed i sundhedsvæsenet, med henblik på at undgå uhensigtsmæssig brug af de begrænsede ressourcer. Der er en stigende tendens til at udøve defensiv medicin i almen praksis, hvilket indebærer, at patienter, der ønsker udredning hos praktiserende læger<sup>6</sup> eller på hospitalet, får den henvisning, de ønsker<sup>(12)</sup>. Der er derfor blandt andet behov for viden om praktiserende lægers hensigtsmæssige brug af diagnostisk udredning, herunder mulig risiko for overdiagnostik, der kan medføre unødvendig behandling af raske mennesker, og føre til uhensigtsmæssige prioriteringer af sundhedsvæsenets ressourcer. Der er desuden behov for viden om, hvordan udredningen organiseres, koordineres og understøttes.

I kommunalt regi foretages der behovsvurderinger og funktionsevnevurderinger for at kunne tilrettelægge individuelle forløb, eksempelvis i forbindelse med den afklarende samtale<sup>(13)</sup>. Der foretages endvidere et stort antal vurderinger i kommunal ældrepleje, blandt andet af borgere med demenssygdomme, med henblik på forbedring af trivsel og nedbringelse af medicinforbrug. Der er behov for yderligere viden om de kommunale vurderinger, herunder organisering af samtalerne med borgerne derom samt hvilke kompetencer og redskaber, der er behov for i den forbindelse.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Udredning og vurdering af borgerne i det primære sundhedsvæsen, herunder den kliniske udredning i almen praksis og på praksisområdet samt vurderinger i kommunalt regi af borgernes behov, fx i den afklarende samtale
- Håndtering af forskelligartede kliniske situationer i almen praksis (hos både raske og syge borgere) med henblik på hensigtsmæssige og rettidige udredningsforløb, herunder hensigtsmæssig brug af diagnostisk og udredning i sammenhæng med mulig risiko for overdiagnostik
- Organisering, koordinering samt understøttelse af udredning og vurdering i det primære sundhedsvæsen, herunder fokus på kvalitetssikrede metoder og kompetencer dertil

---

<sup>6</sup> Betegnelsen 'praktiserende læger' omfatter både alment praktiserende læger samt praktiserende speciallæger inden for andre lægefaglige specialer

### 3.2.3 Pleje og behandling

Som følge af, at det danske sundhedsvæsen i dag behandler flere patienter, at de udskrives tidligere fra sygehuset, og at der er et stigende antal borgere med kroniske og livstruende sygdomme, herunder ældre medicinske patienter, er der behov for fokus på behandling, sygepleje, basal palliation, samt indsatser i forhold til borgers egenomsorg mv. i det primære sundhedsvæsen.

Der er for eksempel behov for viden om, hvornår borgerne oplever høj kvalitet i behandlingen, for eksempel i forhold til funktionsevne og livskvalitet, når denne varetages i samarbejde mellem flere aktører i det primære sundhedsvæsen, eksempelvis mellem hjemmeplejen, sygeplejen og øvrig tværfaglighed i kommunen, almen praksis og øvrig praksissektor samt special-afdelinger på sygehuse. Forskning kan bidrage med betydningsfuld viden om, hvordan organisering og samarbejde kan medvirke til at øge den patientoplevede kvalitet i forløbet.

Der er ligeledes behov for mere viden om komplekse sygeplejefaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen. Dette kan for eksempel være i forbindelse med sårbehandling af akutte og kroniske sår, forebyggelse af indlæggelser, intravenøs behandling i eget hjem, eller dialysebehandling. Evidensbaseret viden om indsatser og procedurer for varetagelse af indsatser i den patientrettede pleje kan danne grundlag for sikker og effektiv behandling, pleje og palliation<sup>7</sup>.

Kommunal sygepleje er karakteriseret ved at håndtere en variation af opgaver. Borgere behandles oftere i eget hjem, og er derudover i stigende grad multisyge med komplekse symptombilleder og behov som følge. I takt med at borgere med multisygdom og kronisk sygdom modtager behandling i eget hjem, er der behov for fokus på medicinering. En stor del af den kommunale sygepleje omhandler indsatser relateret til medicin, og der bør her skabes viden om, hvordan der sikres et optimalt samarbejde mellem behandlingsansvarlig læge, kommunal sygepleje, borger og pårørende. Der kan i den forbindelse være potentiale i at monitorere og indsamle data for telemedicinske tiltag på tværs af sektorer. Derudover kan der være behov for forskning, der bidrager til mere viden om plejehjemslægerne og effekterne af denne ordning.

Den stigende forekomst af multisygdom<sup>(14)</sup><sup>8</sup> er også en væsentlig behandlingsbyrde for almen praksis, og der ses her et stort behov for at belyse, hvordan behandlingen kan transformeres fra et fokus på den enkelte sygdom til behandling

---

<sup>7</sup> Diagnostik, patientrettet forebyggelse, rehabilitering beskrives under andre afsnit

<sup>8</sup> En del af årsagen er, at andelen af ældre stiger. Men det er ikke kun ældre borgere, der har multisygdom. For eksempel har 30 procent af de 45-54-årige to til tre kroniske sygdomme (15)

af flere samtidige sygdomme. Mere forskning i behandling af borgere med multisygdom i almen praksis kan tage afsæt i overenskomstaftalen mellem regionerne og almen praksis om multisygdom<sup>(16)</sup>, hvor der er fokus på at følge data.

Opsummerende er der behov for forskning i, hvordan behov hos borgere med kronisk sygdom og multisygdom kan imødekommes i det primære sundhedsvæsen, herunder hvordan behandling og forløb planlægges, hvordan der skabes overblik og prioriteres i forløbet, og hvordan der følges op på dette over tid. Borgere med psykiske sygdomme, muskel-skelet tilstande, neuro-degenerative sygdomme m.fl. har også særlige udfordringer, og der er ligeledes behov for viden om behandling og pleje af høj kvalitet til disse borgergrupper og deres pårørende.

Der er desuden nødvendigt med systematisk kvalitetssikring af teknologi/udstyr til monitorering af behandlingen. En manglende kvalitetssikring kan det få negative konsekvenser for behandling og indlæggelser, men der mangler generelt viden om kvaliteten i monitorering af behandling i det primære sundhedsvæsen.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Effekt og kvalitetssikring af behandling i det primære sundhedsvæsen, herunder planlægning af behandling af hyppige tilstande/multisygdom hos borgere i alle aldre
- Generel og sygdomsspecifik pleje og omsorg i det primære sundhedsvæsen, med henblik på at kunne varetage borgernes behov, herunder komplekse behov
- Det primære sundhedsvæsens understøttelse af borgernes egenomsorg
- Palliative indsatser i det primære sundhedsvæsen, herunder behovsvurderinger og adgang for alle målgrupper til differentierede indsatser samt organisatoriske modeller, herunder tværfagligt samarbejde/koordinering af den palliative indsats, samt inklusion af basal palliation i forskningsprojekter
- Medicinering, medicin håndtering, herunder behov, ansvar, rammer og polyfarmaci

### 3.2.4 Patientrettet forebyggelse, genoptræning og rettidig opsporing

Dette afsnit beskæftiger sig med den patientrettede forebyggelse eller den sundhedsfaglige rehabilitering, som er beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 'Patientrettet forebyggelse' anvendes om indsatser til borgerne med en (kronisk) sygdom, og som

har behov for indsatser der forebygger forværring af sygdommen og medvirker til efterfølgende rehabilitering. Indsatserne er som hovedregel individorienterede<sup>(10,11)</sup>.

Kommunale forebyggelsestilbud omfatter tilbud såsom sygdomsmestring, ernæringsindsats, fysisk træning og tobaksafvænning. Mange af borgerne har desuden behov for genoptræning samt behandling og/eller håndtering af eventuelle senfølger, for at kunne bevare tilknytningen til hverdagslivet under behandlingsforløbet eller vende tilbage til det efter endt behandling<sup>(17)</sup>.

Det grundlæggende indhold i indsatserne, herunder patientrettet forebyggelse/sundhedsfaglig rehabilitering mv., er desuden beskrevet i Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram for kronisk sygdom<sup>(18)</sup>. Med udgangspunkt i det generiske forløbsprogram, er der udarbejdet en række diagnosespecifikke forløbsprogrammer nationalt eller i regi af sundhedsaftalerne mellem sygehuse, almen praksis og kommuner. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværsektorielle og koordinerede indsats for borgere med de diagnosespecifikke sygdomme, og er således grundlag for samarbejdsaftaler på det organisatoriske niveau. Der er dog stadig behov for forskning om indsatser, der kan imødekomme målgruppens forskellige behov samt om det tværsektorielle samarbejde om indsatserne. Desuden er der behov for tæt koordinering mellem rehabilitering og palliation, hvilket der mangler yderligere viden om.

Det stigende antal ældre borgere vil eventuelt indebære et stigende behov for sundhedsfaglig rehabilitering samt behov for fokus på rettidig opsporing af sygdom, herunder pleje og omsorg af sygdomsforværring hos borgere med kroniske sygdomme, som allerede er diagnosticeret og i behandling.

I forhold til patienter med kroniske sygdomme har WHO peget på, at rettidig opsporing af sygdomsforværring samt effektiv behandling uden for sygehusene kan være med til at forebygge indlæggelser<sup>(19)</sup>. Dette peger på et behov for viden om, hvilke indsatser det primære sundhedsvæsen kan iværksætte med henblik på rettidig opsporing af sygdomsforværring hos borgere med kroniske sygdomme, herunder hvilken organisering og hvilke kompetencer, der er hensigtsmæssig.

I kommunerne er der også behov for fokus på rettidig opsporing af sygdomsforværring hos borgere med akut sygdom inden for rammerne af den kommunale sygepleje, herunder akutfunktion, og om det generelle samarbejde mellem hjemmepleje og sygepleje om patientrettet forebyggelse. Mange kommuner har etableret såkaldte intermediære pladser med navne som akutpladser eller rehabiliteringspladser, hvor borgerne kan få ophold som led i at forebygge sygehusindlæggelse, eller ved udskrivning fra sygehus, hvor borgeren endnu ikke er klar til udskrivning til eget hjem. Der mangler forskningsbaseret viden om, hvilken rolle disse pladser spiller i fremtidens samlede sundhedsvæsen, herunder om ovennævnte pladser virker efter hensigten, om kvaliteten i indsatsen, og om sammenhængen til behandlingsansvarlige læger på sygehus eller i almen praksis.

Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, multisygdom eller livstruende sygdom bør differentieres med udgangspunkt i individuelle behovsvurderinger, hvor der tages afsæt i den enkeltes ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation, jf. Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger<sup>(13)</sup>. Der er derfor brug for at styrke og udbygge forskningen i forhold til, hvordan indsatserne differentieres, så de passer til den enkelte borgeres motivation, livsvilkår, ressourcer mv.

Det er en udfordring, at ikke alle borgere med behov for en sådan kommunal indsats bliver henvist til en afklarende samtale, og at der ikke er en ensartet vifte af veldokumenterede tilbud på tværs af landet, så alle borgere kan få den individuelt tilrettelagte indsats, som de har behov for. Der er derfor også behov for forskning om det tværsektorielle samarbejde ift. borgere med kronisk sygdom og multisygdom med henblik på at sikre, at de rette borgere bliver henvist til kommunale indsatser. Der er også behov for forskning i samarbejde om de borgere med kronisk sygdom, som har mange kontakter i sundhedsvæsenet samt forskning i sammenhæng og gode overgange på tværs af sektorer med udgangspunkt i borgerens behov og problemstillinger.

Der er generelt behov for viden om både den fokuserede genoptræning samt den patientrettede forebyggelse i det primære sundhedsvæsen målrettet mennesker med kronisk sygdom, herunder de indsatser, der kan have en behandlende eller præhabiliterende karakter. Forskningen kan tage afsæt i kommunernes og praksissektorens øgede opgavevaretagelse med fokus på viden om de forskellige indsatser, herunder hvad der virker/ikke virker i forhold til livskvalitet og funktionsevne, samt hvordan indsatserne og den sygdomsspecifikke behandling indvirker på hinanden, fx ved multisygdom. Forskningen kan også tage afsæt i indsatsernes indvirkning på det samlede forløb, fx ved en tidligere opstart.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Indsatser på forskellige tidspunkter i forløbet, både genoptræning og indsatser med et forebyggende/rehabiliterende sigte, herunder indsatsernes effekt. Det indebærer at indsatserne, fx forebyggelsesforløb fra henvisning til modtagelse af indsats i kommunerne, følges med data og monitoreres
- Differentiering af indsatserne, således at de imødekommer borgernes præferencer, livsvilkår, ressourcer mv., samt hvordan der samarbejdes tværsektorielt om henvisninger til indsatser i det primære sundhedsvæsen
- Indvirkning af forebyggelsestilbud, herunder præhabiliterende indsatser, på den sygdomsspecifikke behandling



- Rettidig opsporing/patientrettet forebyggelse af sygdomsforværring hos borgere med kronisk, livstruende eller akut sygdom, herunder organisering og kompetencer til varetagelse af opgaven, samt hvordan samarbejdet mellem hjemmepleje, kommunal sygepleje og almen praksis om forebyggelse af indlæggelser kan fremmes

### 3.3 Social ulighed i sundhed

Det er veldokumenteret, at der er social ulighed i sundhed mellem forskellige uddannelses- og indkomstgrupper, men også ulighed imellem etniske grupper og køn, hvilke dog ikke er lige så veldokumenteret i Danmark. Det betyder eksempelvis, at jo kortere uddannelse og lavere indkomst borgere har, des mere sygdom og kortere levetid, men det kan også betyde forskel i sundhedsadfærd, sygdom og levetid mellem køn eller mellem forskellige etniske grupper. Ulighed i adgang til og brug af sundhedsvæsenet er en konsekvens af social ulighed, hvis genstandsfelt ligger til grund for den samfundsvidenskabelig forskning. Samfundsvidenskabelige studier har kortlagt hvordan og hvorfor sygdomsårsager fordeles socialt skævt og hvorfor sundhedsudviklingen i forskellige samfundsgrupper ser ud, som den gør<sup>(20)</sup>. Årsagerne til social ulighed skal derfor findes uden for sundhedsområdet og indsatser for at mindske den sociale ulighed i sundhed skal primært placeres uden for sundhedssektoren. Det er således primært sundhedsvæsenets håndtering af konsekvenserne af social ulighed i sundhed, der er centrum for denne forskningsstrategi.

Borgere med lavere socioøkonomisk baggrund går eksempelvis mindre til egen læge og ses i mindre grad i den øvrige praksissektor end andre patienter. Samtidig kan det for nogle være sværere at navigere i sundhedsvæsenet og på tværs af vel-færdsområder. Blandt mænd ses der en positiv korrelation mellem højest fuldførte uddannelsesniveauer og andelen, der har kontakt til deres praktiserende læge. Dette bør ses i relation til, at nogle raske borgere med højere socioøkonomisk baggrund evt. går mere til lægen mens andre borgere med lavere socioøkonomisk baggrund har praktiske og økonomiske barrierer for at benytte sig af sundhedsvæsenet. Ovenstående eksempler beskriver korrelationer, men forklarer ikke, hvorfor der er ulige adgang til sundhedsvæsenet.

Der mangler viden om, hvad sundhedsvæsenet kan gøre ift. at håndtere ulighed i adgang til og mødet med sundhedsvæsenet, herunder hvilke indsatser for at mindske borgernes sygdomme og øge deres livskvalitet, der har effekt og hvordan de kan implementeres.

Der er behov for, at både sygehusvæsenet og det primære sundhedsvæsen differentierer og tilpasser indsatserne ud fra individuelle behov, præferencer og værdier, samt at der foretages en risikostatificering af målgrupperne. Differentiering af indsatser i det primære sundhedsvæsen indebærer også, at der er fokus på at undgå, at der ydes unødvendige indsatser til raske borgere. Her har almen praksis en vigtig rolle som gatekeeper/filterfunktion, i forhold til at skelne mellem syge og

raske borgere, at identificere borgere med behov for en indsats samt at tilrettelægge arbejdet på en måde, der tilstræber en reducere af ulighed i sundhedsvæsenet<sup>(21)</sup>.

For at understøtte, at det primære sundhedsvæsen kan bidrage til at mindske konsekvenserne af den sociale ulighed i sundhed, er der derfor behov for viden om, hvordan indsatserne differentieres, herunder viden om konkrete indsatser til borgere i risiko samt indsatser målrettet socialt udsatte grupper og borgere med behov for særlig støtte. Der ses eksempelvis stor social ulighed i sundhedsadfærd relateret til for eksempel tobaksrygning, usund kost, fysisk inaktivitet og brug af alkohol, og her kan målrettede individuelle og strukturelle forebyggende indsatser bidrage til at mindske social ulighed i sundhed.

Desuden kan forebyggelse på strukturelt niveau medvirke til at reducere social ulighed i sundhed. Der er behov for viden om indsatser på det strukturelle niveau, herunder indsatser målrettet borgere med færre ressourcer bosat i udsatte boligområder mv. Der er også behov for viden om strukturelle indsatser målrettet forskellige etniske målgrupper. Borgere med etnisk minoritetsbaggrund oplever oftere kulturelle, sociale og sproglige barrierer hvad angår adgang til og brug af sundhedsvæsenet<sup>(22)</sup>. Det betyder blandt andet, at nogle etniske minoritetsgrupper sjældnere benytter sig af forebyggelses- og palliative tilbud, og at de har et højere forbrug af akut behandling.

At reducere den sociale ulighed i sundhed kræver desuden viden om, hvordan sundhedsprofessionelle kan klædes på til at forstå kulturelle forskelle og lære at formidle sundhedsinformation forskelligt<sup>(22)</sup>. Der mangler fortsat forskning i, hvilke mekanismer der er på spil i forhold til social ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet, samt forskning i, hvilke interventioner der kan udligne denne sociale ulighed.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Hvordan konsekvenserne af den sociale ulighed i sundhed kan håndteres i det primære sundhedsvæsen, og hvordan konsekvenserne håndteres i mødet mellem borger og sundhedsprofessionel
- Stratificering af målgrupper, samt redskaber, der kan understøtte identificering af borgere med størst behov for en indsats og dermed medvirke til en differentiering af indsatsen
- Konkrete differentierede indsatser målrettet forskellige målgrupper, herunder borgere i særlig risiko, fx udgående indsatser til borgere med lavere socioøkonomisk baggrund
- Tværvideenskabeligt samarbejde om forskning i interventioner, der kan reducere den sociale ulighed i sundhed og konsekvenserne deraf

### 3.4 Borger- og pårørendeinddragelse

Inddragelse er et vigtigt element i kvalitetsudviklingen af borgernes forløb i det primære sundhedsvæsen<sup>(23)</sup>. Begrebet dækker bredt, herunder inddragelse på både det individuelle og organisatoriske niveau. Førstnævnte indebærer, at den enkelte borgers behov og præferencer inddrages i forhold til at tilrettelægge det individuelle forløb, blandt andet gennem brugerstyret behandling eller fælles beslutningsværktøjer<sup>(24)</sup>. Organisatorisk inddragelse vedrører borgernes indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet. Borgerne kan eksempelvis inddrages i forskning eller indgå i brugerråd og brugerpaneler, så brugerperspektivet anvendes i beslutnings- og udviklingsprocesser.

Tendensen er, at fremtidens borger i stigende grad vil have forventninger til sundhedsvæsenet, dels i forhold til deres behandling og dels i forhold til at blive informeret og inddraget i forløbet<sup>(25)</sup>. Borgerne har desuden større adgang til information, hvilket betyder, at nogle vil kunne tage del i beslutninger vedrørende egen behandling, mens andre vil finde det udfordrende at skabe overblik over og sortere i den tilgængelige viden. Der er fokus på, hvordan borgerne bedst muligt bliver inddraget i indsatsen, og hvordan den indsats, de modtager, bliver mere individualiseret og tilpasset deres hverdag. Større anvendelse af selvmonitorering og hjemmetests er konkrete eksempler på inddragelse af borgerne, men der er både etiske komplikationer og implikationer i forhold til mængden af mulige nye henvendelser til sundhedsvæsenet, som disse redskaber kan medføre.

Pårørende er ofte den vigtigste støtte til den enkelte, der gennemgår et sygdomsforløb. Det er derfor afgørende, at sundhedsvæsenet inddrager pårørende som en ressource under sygdomsforløbet, hvis borgeren ønsker det, og i det omfang den pårørende har overskuddet. Pårørende kan også selv være belastede af den nærtstående situation, hvorfor det er vigtigt, at være opmærksom på pårørendes og efterladtes særskilte behov, så de også kan få den nødvendige støtte<sup>(26)</sup>.

Mange inddragelsesinitiativer retter sig mod specifikke sygdomme og medtænker ikke problematikker i forhold til multisygdom, ligesom der mangler evaluerede redskaber til inddragelse af patienter og pårørende, som retter sig mod en samlet prioritering af livskvalitet, der også tager højde for behandlings- og sygdomsbyrde. For at sikre størst mulig relevans af redskaber og interventioner til inddragelse af pårørende og patienter, bør disse udvikles i samspil med relevante aktører, særligt de sundhedsprofessionelle med direkte patientkontakt.

Der er således brug for, at der produceres nuanceret viden om, hvornår og hvordan borgere og pårørende kan inddrages og støttes gennem sygdomsforløbet. Forskning kan eksempelvis omhandle tværsektorielle konsultationer, sundhedspædagogiske kompetencer, understøttelse af ønsket compliance eller patient- og pårørendeinvolvering i udviklingen af sundhedsvæsenet. Forskning kan også omhandle negative konsekvenser af at inddrage pårørende i pleje- og behandlings-

indsatser, og hvordan disse kan forebygges. Der kan også fokuseres på brug af patientrapporterede oplysninger (PRO-data) eller kvalitativ viden om borgerne, der kan anvendes i dagligdagen af det sundhedsfaglige personale til at sikre inddragelse. Der er desuden behov for viden om, hvordan borgerne og pårørende inddrages i ofte komplekse forløb og understøttes til egenomsorg, herunder hvordan de bedst muligt inddrages i behandlingen eller rehabiliteringsforløbet, hvor de er med til at sætte egne mål for tilpasning af behandlingen eller rehabiliteringen til deres hverdagsliv og situation.

Forskningen kan endvidere omhandle, hvorvidt, hvordan og i hvilket omfang inddragelse af borgere og pårørende skaber mere eller mindre ulighed i sundhed. I denne sammenhæng er det væsentligt med viden om, i hvilket omfang forskellige borgere og pårørende har behov og ressourcer til at blive inddraget i et behandlingsforløb. Borgere har forskellige sundhedskompetencer (kognitive og sociale), der er bestemmende for den enkeltes motivation og mulighed for at få adgang til, forstå og bruge oplysninger på en måde, der kan fremme og opretholde et godt helbred<sup>(27)</sup>. Der er således dels behov for viden om, hvorvidt social ulighed i sundhed kan ses som et resultat af manglende evner og sundhedskompetencer hos nogle borgere til at omsætte sundhedsinformation, og dels viden om hvilke kommunikative færdigheder de sundhedsprofessionelle bør have for at kunne adressere borgernes forskellige niveauer af sundhedskompetencer.

Organisatorisk inddragelse af borgere og pårørende omfatter som nævnt inddragelse af borgere som videnspartnere i forskningsprojekter. Borgerne kan her bidrage med brugbar viden og erfaringer om et specifikt indsatsområde eller deltage i udvikling og test af metoder til udviklingen af indsatsen. Der er behov for yderligere viden om, hvordan borgere involveres i forskningen, herunder viden om borgernes egne oplevelser og holdninger til at blive inddraget.

I de senere år er der implementeret flere indsatser med henblik på at give brugerne mere indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet, men de er sjældent blevet evalueret, da der mangler viden om, hvordan der kan evalueres på organisatorisk inddragelse<sup>(28)</sup>. Der er således behov for viden dels om de inddragende indsatser, og dels om hvordan man bedst muligt evaluerer dem for at kunne drage læring i forhold til fremtidige indsatser.

Der er således behov for viden om inddragelse af borgere og pårørende på både det individuelle og det organisatoriske niveau, herunder hvilke potentialer, barrierer og begrænsninger der er i forhold til inddragelse, samt borgernes, pårørendes og sundhedsprofessionelles oplevelser og holdninger til inddragelse. Der er desuden brug for yderligere viden om, hvad begrebet inddragelse konkret indebærer. Forskning kan afdække de forskellige forståelser og holdninger til inddragelse samt hvilke vilkår og rammer for inddragelse, der er til stede i det primære sundhedsvæsen.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Anvendelse og effekt af redskaber til inddragelse i samspil med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle, herunder potentialer og begrænsninger, fx ved anvendelse af patientrapporterede oplysninger
- Inddragelse og støtte til pårørende, samt konsekvenserne af at være pårørende, herunder forebyggelse af negative konsekvenser
- Struktureret inddragelse, herunder tværsektorielt, af patienter med multisygdom, med fokus på behandlings- og sygdomsprioritering
- Anvendelse af sundhedspædagogiske metoder til at adressere borgernes forskellige sundhedskompetencer, samt hvorvidt social ulighed i sundhed er et resultat af borgernes forskellige sundhedskompetencer
- Viden om hvilke indsatser og metoder, der understøtter organisatorisk inddragelse af borgere og pårørende, herunder potentialer og begrænsninger, samt hvordan man fremover bedst kan evaluere på disse indsatser og metoder
- Forståelser og holdninger til begrebet borger-/pårørendeinddragelse på sundhedsområdet

### 3.5 Teknologibaserede løsninger

Der sker i disse år en hurtig udvikling og øget anvendelse af teknologi i sundhedsvæsenet. Dette afsnit omhandler den teknologi, som er en integreret del af behandlingen, teknologier til træning samt telemedicinske løsninger, som anvendes til konsultationer mellem borgere og sundhedsprofessionelle mv.

Nye teknologibaserede løsninger, som kan varetages af borgerne i eget hjem, for eksempel bæres på kroppen med trådløs online opkobling, har åbnet op for øget grad af egenomsorg og -monitorering. Det er derfor væsentligt med mere viden om teknologi som en integreret del af behandling og monitorering, herunder effekten deraf, samt hvordan teknologi dels påvirker borgernes og pårørendes livskvalitet, egenomsorg, deltagelse mv., og dels bidrager til de sundhedsprofessionelles arbejdsgange. Det er desuden væsentligt, at sundhedspersonalet og andre der deltager i planlægning af indsatserne, tager højde for borgernes digitale sundhedskompetencer, herunder har viden om borgernes holdning til teknologien og dennes betydning for samarbejdet mellem borgerne, sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet. Der er således behov for viden om, hvorvidt borgerne ønsker at varetage dele af deres behandling selv understøttet af forskellige teknologibaserede løsninger.

For nogle borgere er vejen til egenomsorg dog ikke nødvendigvis bedst understøttet med teknologibaserede løsninger, og udviklingen kan for nogle være forbundet med utryghed. Der bør derfor forskes i, hvorvidt forskellige borgergrupper drager nytte af de teknologiske løsninger, herunder for hvem de ikke har nogen

effekt og muligvis er skadelige for. Udviklingen mod større brug af teknologibaserede løsninger kan ydermere medføre ulighed i sundhed, da ikke alle kan anvende løsningerne. Der er således behov for viden om, hvorvidt den øgede teknologisering vil skabe mere eller mindre ulighed i sundhed. På den ene side kan teknologien gøre sundhedsvæsenet lettere tilgængelig for de borgere, som sundhedsvæsenet i dag har svært ved at nå. På den anden side vil nogle borgere evt. ikke kunne anvende de teknologibaserede løsninger og dermed ikke kunne blive inkluderet i sundhedsvæsenet. I tråd hermed, er der behov for viden om andre måder at inddrage patienter og pårørende på, herunder fokus på forskellige behov for inddragelse.

Teknologi har desuden gjort selv-diagnosticering mulig, eksempelvis ved brug af sundheds-apps o.l., hvilket kan medføre flere kontakter til og øget belastning af sundhedsvæsenet. Forskningen bør belyse, hvilke positive og negative konsekvenser de teknologibaserede løsninger har for både borgeren og det primære sundhedsvæsen, hvilke målgrupper der kunne have gavn af teknologibaserede løsninger, og om brugen af teknologi har betydning for ulighed i sundhed blandt borgerne.

Der er ydermere behov for viden om, hvordan personalet anvender teknologibaserede løsninger i det primære sundhedsvæsen, herunder evt. potentiale i forhold til at kunne udvikle kvaliteten i indsatsen, samt hvilke begrænsninger teknologien har i det henseende. Den stigende udbredelse af teknologibaserede løsninger skaber også behov for forskning i borgernes holdninger til de teknologiske løsninger, herunder hvordan anvendelsen modtages blandt forskellige borgergrupper samt effekten af telemedicinske og virtuelle løsninger for borgerne. I forlængelse heraf, er der desuden behov for viden om, hvorvidt de teknologibaserede løsninger har positiv eller negativ effekt på inddragelse af patienternes pårørende og netværk.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Anvendelse og effekt af teknologibaserede løsninger og udstyr i det primære sundhedsvæsen, herunder kvalitetssikring, samt potentialer og begrænsninger
- Anvendelse af data som borgerne selv opsamler via forskellige teknologibaserede løsninger
- Borgernes oplevelser og holdninger til teknologibaserede løsninger, herunder om de har betydning for inddragelse af borgere og pårørende
- Sammenhæng mellem teknologibaserede løsninger og ulighed i sundhed, herunder hvilke borgere, der har mest gavn af muligheden for teknologibaserede løsninger som led i indsatsen

### 3.6 Organisering og koordinering

Organiseringen af det primære sundhedsvæsen er kompleks, hvilket gør det sværere for sundhedspersonalet at understøtte det gode behandlingsforløb. Dette gør sig især gældende i forhold til borgere med multisygdom og ved sektorovergangsproblematikker, når borgerne i forløbet bevæger sig mellem aktører og forvaltningsområder i det primære sundhedsvæsen og mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Dette afsnit omhandler organisering af det primære sundhedsvæsen på forskellige niveauer. Det omhandler også behov for viden om den overordnede organisering og opgavefordeling i det primære sundhedsvæsen, organisering på kommunalt niveau, samarbejde og koordinering på tværs af faggrupper og sektorer om konkrete borgerforløb samt sundhedsfaglige kompetencer i det primære sundhedsvæsen.

Den overordnede organisering af det primære sundhedsvæsen kan bidrage til at skabe gode rammer for et velkoordineret samarbejde mellem de forskellige aktører, mellem forvaltningerne i kommunen samt mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene. Det forudsætter tydelighed om en hensigtsmæssig ansvarsfordeling og opgavevaretagelse i det primære sundhedsvæsen, herunder hvilken organisering der bedst skaber et velkoordineret samarbejde med henblik på at sikre gode sammenhængende forløb for borgerne. Det er derfor væsentligt med yderligere forskning i organisering af det primære sundhedsvæsen, der kan kvalificere beslutninger om ansvars- og opgavefordelingen af pleje-, behandlings- og udredningsopgaver, hvilke kompetencer fagpersonerne bør have ift. at kunne varetage konkrete indsatser i det primære sundhedsvæsen, og hvordan nogle faggrupper evt. kan varetage nye opgaver. I forhold til forskning i organiseringen af det primære sundhedsvæsen, herunder organisatoriske barrierer og potentialer, er det væsentligt med sundhedstjenesteforskning og inddragelse af det samfundsvidenskabelige perspektiv.

Det er væsentligt, at sundhedsprofessionelle i det primære sundhedsvæsen kan kommunikere og samarbejde om konkrete borgerforløb og opgaver, og at samarbejdet fungerer godt. Der er derfor behov for styrket fokus på, hvordan samarbejdet bedst struktureres mellem de forskellige faggrupper, således at flere opgaver kan løses i fællesskab, herunder hvordan god kommunikation kan sikres. Der er også behov for viden om de organisatoriske snitflader, herunder til det sekundære sundhedsvæsen, gode måder at organisere sig tværsektorielt på, tværfagligt samarbejde om den enkelte borger, hvordan tværfaglighed i teams kan lykkes, samt hvordan den tværfaglige/-sektorielle kommunikation kan understøttes af teknologibaserede løsninger. Dette for at sikre gode overgange mellem aktørerne i det primære sundhedsvæsen og mellem sektorer.

Der mangler også viden om kommunernes organisering og om de opgaver, hvor der er en snitflade mellem Serviceloven og Sundhedsloven, herunder viden om samarbejdet mellem faggrupperne om disse opgaver, fx forebyggelse, (hverdags)-rehabilitering, sundhedsfremme mv.

Derudover er der behov for mere viden om koordinering og samarbejde i forhold til at understøtte sammenhængende forløb og gode sektorovergange, for borgere som ofte modtager flere forskellige indsatser på tværs af sundhedsvæsenet. Det gælder eksempelvis borgere med kroniske sygdomme, som har mange kontakter på tværs af sektorerne. Forskning kan for eksempel omhandle samarbejdet mellem kommunalsygepleje, sygehus og almen praksis/plejehjemsleger om borgere med akutte behov eller om komplekse opgaver ift. borgere udskrevet fra sygehus.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Det organisatoriske niveau, herunder ansvarsfordeling, med fokus på sammenhængende indsatser i det samlede sundhedsvæsen
- Kompetencer og incitamenter i det primære sundhedsvæsen, der understøtter opgavevaretagelsen og et velkoordineret samarbejde, herunder hvorvidt nogle faggrupper evt. kan varetage nye opgaver, fx til aflastning af almen praksis
- Den kommunale organisering, bl.a. i forhold til varetagelsen af opgaver på tværs af forskellig lovgivning og forvaltningsområder, herunder samarbejdet mellem de forskellige faggrupper, samt snitflader til almen praksis og det sekundære sundhedsvæsen
- Koordinering af konkrete opgaver, fx ved indlæggelse og udskrivelse, tidlig opsporing af sygdom, patientsikkerhed, rehabiliteringsindsatser, demens og palliation
- Koordinering mhp. sammenhængende forløb for borgere med komplekse problemstillinger, der har indsatser i én eller flere sektorer, fx borgere med kronisk sygdom, multisygdom, eller borgere med akutte behov, der fordrer et tværsektorielt samarbejde

### 3.7 Implementering og forankring

Det er afgørende, at viden om interventioner anvendes, så borgerne kan tilbydes effektive behandlinger/indsatser. Formidling af ny viden er vigtig og nødvendig, men er langt fra tilstrækkelig for kunne implementere nye indsatser, viser al forskning i dag. Derfor er der i stigende grad fokus på at udvikle effektive måder, hvorpå man konkret kan indføre nye indsatser til at håndtere mange af de store sygdomme, sådan som de optræder i det primære sundhedsvæsen. Vi ved, at komplekse interventioner, der tager højde for lokale forhold og ressourcer, er mest effektive, og i de seneste årtier har interventions- og implementeringsforsk-



ningen demonstreret, hvorledes komplekse interventioner kan udvikles evidensbaseret i samarbejde med brugerne og med fokus på implementering i praksis<sup>(29,30)</sup>.

Der ses blandt andet et øget fokus på at støtte den type af forskning, hvor nye modeller for håndtering udvikles, designet til at kunne tilpasses en heterogen målgruppe af aftagere med forskellige betingelser for implementering. De sundhedsprofessionelle i det primære sundhedsvæsen befinder sig desuden typisk i meget forskellige situationer med forskellige patienter/borgere, hvilket der er behov for i højere grad at indtænke i vidensformidlingen og i omsætningen af viden til handling.

Der er derfor behov for viden om implementering af interventioner på tværs af sektorer og inden for det primære sundhedsvæsen. Der er stor variation i det primære sundhedsvæsens kontekst, blandt andet fordi antallet af lokale enheder (fx almen praksis) er stort, og at opgaverne på tværs af det primære sundhedsvæsen varierer væsentligt. Der er også store variationer mellem kommunernes kontekster. Det er derfor vigtigt at forstå kontekstens betydning for implementering i primære sundhedsvæsen, herunder organisatoriske, økonomiske, kulturelle og politiske forudsætninger for implementering, og at samfundsvidenskabelig viden og kompetencer inddrages i forskningen<sup>(31)</sup>.

Ud over viden om implementering af interventioner, er der også behov for viden i form af evaluering af implementerede interventioner.

**Det anbefales på den baggrund, at forskningen styrkes og udbygges inden for følgende forskningsemner:**

- Effekter af implementeringsstrategier
- Implementering og forankring af evidensbaserede sundhedsfaglige indsatser og nye forskningsresultater i det primære sundhedsvæsen, herunder udbredelse og tilpasning til andre kontekster
- Barrierer for implementeringen, herunder hvordan organisatoriske og systemiske faktorer påvirker implementering af viden i det primære sundhedsvæsen
- Udviklingen af komplekse evidensbaserede interventioner, samt implementering af disse i det primære sundhedsvæsen, på tværs af aktører mv.

## 4 Rammer for forskning

Dette kapitel fokuserer på rammerne for forskningen i det primære sundhedsvæsen og kommer med anbefalinger til, hvordan rammerne kan understøtte øget forskning. Udvikling af rammerne for forskningen kan bidrage til en langtidssikring af forskning i det primære sundhedsvæsen, således at der løbende kan produceres forskning, der bidrager til løsning og kvalitetssikring også på fremtidige udfordringer.

Rammerne for forskningen er afgørende for, at der kan etableres dels samarbejde mellem forskning og praksis, som er nødvendig for at sikre relevans og anvendelighed af ny viden, dels forskningsmiljøer med kapacitet til at bedrive og understøtte forskning og dermed sikre, at de rette personalemæssige og økonomiske ressourcer er til stede. Endelig og ikke mindst, er det afgørende, at der genereres og opsamles forskningsrelevant data fra de samlede forløb på tværs af sygehuse, kommuner, almen praksis samt den øvrige praksissektor.

### 4.1 Ansvar for forskning

Inden for den lovgivningsmæssige ramme, og på tværs af de 4 forskningsforpligtede institutioner (se afsnit 1.2), kan identificeres 3 grupper af aktører involveret i selve forskningen i det primære sundhedsvæsen:

- Forskningsaftagere
- Forskningsproducenter
- Forskningssponsorer

Kategoriseringen af forskningsinteressenterne er ikke altid tydelig, da enkelte aktører i visse tilfælde vil kunne være både forskningsaftagere, forskningsproducenter, og forskningssponsorer.

#### 4.1.1 Forskningsaftagere

Forskningsaftagere er den gruppe af aktører, som anvender forskningsresultater i deres arbejde i det primære sundhedsvæsen, eller som af anden grund er afhængige af ny viden på området. På baggrund af aktørernes organisering, kan gruppen af forskningsaftagere inddeles i følgende kategorier:

- Almen praksis
- Øvrige praksisområde
- Undervisning på uddannelsesinstitutioner
- Regionerne
- Kommunerne
- Sundhedsfaglige og fagpolitiske selskaber
- Patientforeninger

Alment praktiserende læger samt det øvrige praksisområde aftager løbende forskningsbaseret viden via efteruddannelse, årsmøder, kongresser, vejledningsmateriale og sundhedsfaglige tidsskrifter. Klinikerne aftager løbende ny forskningsbaseret viden i deres praksis, og de er dermed også vigtige aftagere af forskningen.

Regionerne er ansvarlige for tilrettelæggelse af praksissektoren og har, sammen med kommunerne, ansvaret for at udvikle det primære sundhedsvæsen. Regionerne spiller desuden en vigtig rolle i tilvejebringelse af data, eksempelvis via Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)<sup>(32)</sup>.

Kommunerne er aftagere af den nyeste forskningsviden inden for de kommunale sundhedsopgaver. Forskningsprojekter på kommunernes områder er ofte drevet af universiteter og professionshøjskoler, hvortil kommunerne bidrager med ressourcer, data og viden.

Sundhedsfaglige og fagpolitiske selskaber er vigtige forskningsaftagere, og de har fx til formål at understøtte kvalitetsudviklingen af de sundhedsfaglige områder. Det foregår blandt andet gennem samarbejde med forskningsmiljøerne om at fremme interessen for forskning, og ved at tilvejebringe den nyeste forskning til sundhedsprofessionelle faggrupper, for at sikre, at de kan levere høj kvalitet i deres arbejde. Enkelte faglige selskaber har også en forskningsfond, der støtter forskning inden for deres fag.

En række patientforeninger arbejder for at styrke patienternes vilkår, og har i den forbindelse fokus på forskning om behandling og diagnosticering i det primære sundhedsvæsen. Patientforeningerne er dermed aftagere af forskning om det primære sundhedsvæsen, samtidig med at enkelte store patientforeninger, for eksempel Kræftens bekæmpelse og Hjerteforeningen, selv bedriver og finansierer forskning.

#### 4.1.2 Forskningsproducenter

Betegnelsen dækker over de aktører, som bedriver forskning i det primære sundhedsvæsen. De kan inddeles i 5 grupper:

- De almenmedicinske forskningsenheder på universiteterne
- Øvrige enheder på universiteterne inden for sundhedsfremme og sundhedsvæsenets opgaver, ressourcer, aktiviteter og resultater
- Regionernes og professionernes forskningsenheder
- Forsknings- og analysecentre
- Professionshøjskolerne

De fire almenmedicinske forskningsenheder er fysisk placeret på de fire universiteter i Aalborg, Aarhus, Odense og København. Hver enhed består af henholdsvis en universitær og en fondsejet enhed. Fokus i forskningsenhederne er almen praksis, herunder patienten, klinikken, organisationen og det samarbejdende sundhedsvæsen. Forskningsprojekterne er tværfagligt bemandet af alment praktiserende læger, sygeplejersker, jordemødre, sociologer og statistikere m.fl. Forskningsenhederne er selvstændige og drives af Fonden for Almen Praksis. Deres

forskningsaktiviteter finansieres af Forskningsfonden for Almen Praksis og eksterne fonde. Hertil kommer den universitære enhed for almen praksis som drives af en basisbevilling til universitetet. Typiske forskningsområder er: akutte tilstande, multisygdom, kræft, mental sundhed og læge-patient-mødet. Der bedrives også organisations- og implementeringsforskning samt sundhedstjenesteforskning.

Ud over forskning i almen medicin og i forlængelse af regionernes forpligtelse til at forske i det danske sundhedsvæsen, har regionerne en række forskningsenheder, der bedriver forskning i organisering, kvalitetsudvikling og innovation<sup>(33)</sup>.

De øvrige forskningsenheder på universiteterne med fokus på sundhedsvæsenets opgaver, aktiviteter og resultater, har det samlede personale inden for det danske sundhedsvæsen som målgruppe. De finansieres af statslige universitetsbevillinger samt diverse offentlige og private fonde. Typiske forskningsområder er: sundhedstjenesteforskning, organisationsforskning, kvalitetssikring, sundhedsøkonomi og brugerperspektiver på sundhed.

Af andre forskningsaktiviteter på universiteterne, kan eksempelvis nævnes forskningsenheder inden for fysio- og ergoterapi, sygepleje og sundhed samt klinisk biomekanik (kiropraktik). Desuden bidrager eksempelvis Statens Institut for Folkesundhed samt øvrige folkesundhedsvidenskabelige universitetsinstitutter med forskning, blandt andet i forhold til borgerrettet forebyggelse, forebyggelsestilbud og rehabilitering til borgere med kronisk sygdom.

Desuden finansierer Regionernes Lønnings- og Takstnævn, i samarbejde med Dansk Kiropraktorforening, enheden Kiropraktorernes Videnscenter, der bedriver praksisnær forskning relateret til kiropraktorområdet. Kommunernes Landsforening har etableret en national 'Enhed for modernisering og kvalitet', der har til opgave at udvikle ydelsesmodernisering og tiltag til kvalitetsudvikling i praksissektoren for fysioterapeuter. Alle forskningsenhederne for almen praksis samarbejder med universiteterne, og enkelte forskningsenheder beskæftiger sig med forskningsområder, der har relation til det primære sundhedsvæsen i tillæg til de almen medicinske enheder. Et eksempel på dette er tværsektorielle forskningsprojekter, der har til formål at sikre sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen. De regionale forskningsenheders typiske forskningsområder er: diagnosticering, genoptræning, borgere med kronisk sygdom og multisygdom m.m. Danske Regioner har desuden etableret Det Sektorfrie Forebyggelseslaboratorium, der blandt andet skal støtte og indgå i forebyggelsesindsatser gennem partnerskaber på tværs af sektorer og følge indsatserne med data og forskning.

Forsknings- og analysecentre forsker i velfærdssamfundet som helhed, demens, rehabilitering mv. Flere af dem har et fokus på sundhedsvæsenet, og deres målgruppe omfatter både sundhedsprofessionelle, uddannelsesinstitutioner og politiske beslutningstagere. Analysecentre er typisk uafhængige institutioner under staten, regionerne eller universiteterne, som både modtager støtte herfra samt fra fonde eller indtægtsdrevet virksomhed. Deres største forskningsområder er:

ulighed i sundhed, forebyggelse og sundhedsfremme, sund aldring, palliation m.m.

Alle regioner udarbejder hvert fjerde år regionale sundhedsprofiler, som præsenterer forskningsbaseret viden om selvrapporteret sundhedsadfærd og sundhedstilstand. Sundhedsprofilerne er et vigtigt planlægningsværktøj ift. forebyggelsesindsatsen i kommuner og på tværs af samfundet.

Professionshøjskolerne er selvstændige institutioner under Uddannelses- og Forskningsministeriet og har et ansvar for at bedrive praksisnær og anvendelsesorienteret forskning. Deres forskning er knyttet til professionsuddannelserne, som er store faggrupper i både sygehusvæsenet og i det primære sundhedsvæsen, herunder sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Forskningen omhandler eksempelvis sygeplejefaglige indsatser, demens, muskelskelet, sund aldring, ulighed i sundhed, m.m.

#### 4.1.3 Forskningssponsorer

Forskningssponsorerne finansierer projekter der varetages og gennemføres af forskningsproducenterne, som herigennem leverer ny viden til forskningsaftagerne.

Forskning i det primære sundhedsvæsen er ofte støttet af fonde, både offentlige og private, som eksempelvis Novo Nordisk Fonden og Trygfonden. Nogle fonde bidrager primært til traditionel biomedicinsk forskning, mens andre har et bredere forskningsfokus også, for eksempel i mental sundhedsfremme.

Regionerne har både fælles puljer og regionale puljer, for først og fremmest at sikre en ensartet forskningsretning på en række specifikke temaer. De regionale selvstændige forskningspuljer bruges til udmøntning af den enkelte regions politik for sundhedsforskning. Herudover har Regionernes Lønnings- og Takstnævn etableret fem fonde på praksisområdet, for at styrke forskning og uddannelsesaktiviteter på praksisområdet. En af dem er Fonden for Almen Praksis, der er drevet af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Fonden driver blandt andet de fire almenmedicinske forskningsenheder. De andre fire fonde etableret af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, er tilknyttet det øvrige praksisområde: Fonden for faglig udvikling i speciallægepraksis, Fysioterapi-praksisfonden, Kiropraktorfonden og Kvalitets- og efteruddannelsesfonden for fodterapi<sup>9</sup>. Fælles for dem er, at de har fokus på at fremme den faglige udvikling og støtte forskningen inden for rammerne af det enkelte fag.

Afdækningen af fondene viser, med undtagelse af fondene under regionernes Lønnings og Takstnævn, at forskningsbevillinger i højere grad tildeles projekter der som genstandsfelt har det sekundære sundhedsvæsen, mens forskning rettet mod det primære sundhedsvæsen kun i mindre grad tildeles midler. Det ses dog

---

<sup>9</sup> Det skal bemærkes at fodterapifonden ikke eksplicit støtter forskning, men har fokus på at formidle efteruddannelser.

også at der mange regionale initiativer, der direkte og indirekte understøtter tværsektoriel forskning.

Tilsvarende udlodder Danmarks Frie Forskningsfond kun en mindre del af den årlige udlodning på 225 -250 mio. kr. til det primære sundhedsvæsen, mens størstedelen af bevillingerne går til sygehusvæsenet<sup>(2)</sup>.

## 4.2 Udfordringer i rammer for forskningen

Som beskrevet ovenfor er der, på tværs af kommuner, almen praksis og den øvrige praksissektor, en generel udfordring i forhold til, at der er få økonomiske midler til forskning sammenlignet med forskning i relation til sygehusvæsenet. En væsentlig årsag til, at fonde og bevillingsgivere bevilger færre midler hertil, kan være, at projekterne er svære at rammesætte inden for den stringens, der gælder for monofaglige diagnosebestemte selskaber, idet det primære sundhedsvæsens kontekst er anderledes og mere kompleks.

### 4.2.1 Udfordring for forskning i kommunernes sundhedsopgaver

På det kommunale område kan mange forskellige aktører være involveret i forskning, både som udfører og aftagere. Det kan eksempelvis være aktører inden for borgerrettet forebyggelse, forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, hjemmepleje, hjemmesygepleje, rehabilitering og genoptræning. Disse områder går på tværs af lovgivninger og kommunale forvaltninger, hvilket kan gøre det vanskeligt for kommunen at sikre koordination og sammenhæng på tværs. Samtidig løses opgaverne i det primære sundhedsvæsen ofte med udgangspunkt i den enkelte borgerens funktionsevne, snarere end diagnoser, og med inddragelse af flere indsatser og fagligheder med hver deres forskningstradition. Endelig er der med 98 kommuner en naturlig heterogenitet på tværs af kommunerne, der gør, at kommunerne kan have mange forskellige bevæggrunde og forudsætninger for at medvirke i forskningsprojekter. Samlet set er kommunerne involveret i mange forskelligartede forskningsemner. Kommunernes Landsforening angiver i deres forskningsstrategi fra 2014, at det er godt i den opstartsfasen, der har kendetegnet tiden efter kommunalreformen, men at "på den lidt længere bane er der behov for en mere klar ramme for forskning, og en mere overordnet prioritering af forskningen i det nære sundhedsvæsen"<sup>(34)</sup>.

Både universiteterne, professionshøjskolerne, regionsrådene og kommunalbestyrelserne har et ansvar for at understøtte forskningsbaseret praksis. Mens der ses klare strukturer for samarbejdet mellem universiteter og regioner om forskningsaktiviteter på sygehusene og i almen praksis, findes der ikke tilsvarende faste strukturer for universiteternes, professionshøjskolernes og regionernes ansvar for forskningsbaseret understøttelse af kommunernes opgaver på sundhedsområdet. Flere kommuner har dog samarbejdsaftaler med universiteterne og professionshøjskoler, men forekomsten heraf er ofte personafhængig og indgår ikke som en generel ordning.

Kommunerne oplever, at den universitets- og regionsbaserede forskning ofte ikke inddrager kommunale medarbejdere og borgere i tilstrækkelig grad til, at forskningen kan bidrage med konkret læring i kommunernes praksis. Der er således et perspektiv i at forbedre samspillet mellem forskningsaktører fra universiteter, professionshøjskoler og regioner med kommunernes praksiserfaring, således at forskningen i højere grad gøres relevant for aftagerne.

Regionernes forskningsstøttefunktioner (fx dataanmeldelser og databehandlertaler samt juridisk rådgivning) er vigtige for at understøtte forskningen på sygehuse, og medfører, at forskning der knytter sig til sygehusbehandling understøttes mere systematisk end forskning i kommunale opgaver. Sundhedsaftalerne er et vigtigt redskab for koordination og samarbejde mellem regioner og kommuner, men omfatter ikke et systematisk fokus på forskning. Hertil kommer, at kommunernes sundhedsopgaver er bredere end de tværsektorielle opgaver, der er fælles med regionerne, idet kommunerne (jf. Sundhedslovens §119) også løfter sundhedsopgaver med snitflader til en bred vifte af andre velfærdsområder i kommunen, som ligger uden for sundhedsaftalearbejdet, for eksempel arbejdsmarkedsområdet, sundhedsfremme i kommunale institutioner og byplanlægning.

Kommunernes styring adskiller sig fra regionerne ved, at det politiske niveau i kommunerne er tættere på driften sammenlignet med regionerne. Dette kan have betydning for igangsættelse af forskningsprojekter, hvilket skyldes et modsætningsforhold mellem på den ene side et politisk ønske om et ensartet service-niveau i kommunen samt behov for hurtig realisering af forventede effekter af bestemte forskningsprojekter, og på den anden side grundlæggende forskningsmæssige vilkår, såsom langsigtede forskningsresultater og etablering af kontrolgrupper, der indebærer en forskelsbehandling af borgerne internt i kommunen.

Langt de fleste kommuner har ikke opbygget kapacitet til at kunne indgå systematisk i forskning. Få større kommuner har imidlertid ansat medarbejdere, som er dedikeret til at skabe overblik og udvikle overordnede strategier for kommunens deltagelse i forskning. Kapacitet til forskning ses både som afsatte økonomiske midler og dedikerede medarbejderressourcer, men også som traditioner og kultur, der knytter sig til bestemte professioner. Således har medarbejderne på sundhedsområdet i kommunerne oftest en baggrund som professionsbachelor, hvor traditionen for forskning er mindre stærk sammenlignet med den lægefaglige profession, som sjældent er ansat i kommunerne.

Kommunerne gennemfører en række udviklingsprojekter med henblik på at understøtte kvalitet i indsatsen. I udviklingsprojekter og andre initiativer i den primære sektor, sikres der dog oftest ikke dokumentation, der kan anvendes i en forskningssammenhæng og dermed bidrage til, at der skabes ny og væsentlig forskningsbaseret viden. Kommunerne har således stor erfaring i borgernære og praksisnære udviklingsprocesser, men de anvendes sjældent til at skabe evidensbaseret viden.

Endelig efterspørges viden om generelle aktiviteter og indhold i kommunale sundhedsindsatser til brug i forskningsøjemed. Generelt mangler der registrering af data på kommunernes sundhedsområde, som kan understøtte styring, opfølgning

og forskningsdrevet kvalitetsudvikling, hvilket er afgørende for at den fortsatte udflytning af sundhedsopgaver til kommunerne kan kvalitetssikres. Udfordringen består blandt andet i, at registreringsystemer ikke er lavet med indsamling af forskningsdata for øje. Disse udfordringer håndteres delvist gennem kommunernes igangværende arbejde med Fællessprog III, hvor der er etableret klassifikationer for hjemmepleje, hjemmesygepleje, genoptræning og forebyggelse. Klassifikationerne skal sikre en fælleskommunal metode og standard for dokumentation af kommunernes opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet. Inden for rammerne af Fællessprog III er der mulighed for, at den enkelte kommune kan supplere de fælles klassifikationer med individuelle registreringer, der afspejler et lokalt styringsperspektiv. Der ses en tendens til, at de lokale registreringer udgør en relativ stor andel af registreringerne, hvilket kan være en udfordring for etablering af gode forskningsrelevante tværgående data.

#### 4.2.2 Udfordring for forskning i almen praksis

Sammenlignet med kommunerne er forskningen i almen praksis betydelig mere etableret. Der forskes inden for områder afgrænset af det almen medicinske speciale, og især i de senere år er der sket en øget koordinering mellem de fire forskningsenheder i almen medicin, med henblik på at opnå synergieffekter på tværs af forskningsenhederne. Den strukturerede organisering af forskningen i almen praksis medfører en høj grad af relevans af forskning inden for en bred palette af emner inden for almen medicins område.

Forskningen i almen praksis finansieres primært af Fonden for almen praksis, der driver de fire regionale almen medicinske forskningsenheder og udlodder to mio. kr. årligt til forskning inden for praksisrelevante områder. Hertil kommer midler fra øvrige fonde. Ud af de samlede midler der anvendes på forskning, anvendes hovedparten til forskning på sygehusaktiviteter sammenlignet med aktiviteter i almen praksis.

I forhold til den generelle dataudfordring registrerer almen praksis data for patienterne, og der er etableret kvalitetsdatabaser for nogle patientgrupper, som almen praksis indberetter data til, fx til diabetes- og KOL-databaser. Der kan indhentes viden via ydelseskoder, men disse data er svært tilgængelige i et tværsektorielt forskningsøjemed. I modsætning til kommunerne sker således allerede en række relevante registreringer i almen praksis, men der mangler en overordnet national indberetning af data for aktivitet og kvalitet i almen praksis, som kan give forskningsrelevant indsigt om indsatser i almen praksis.

#### 4.2.3 Udfordring for forskning i øvrige praksisområde

I den øvrige praksissektor har flere patientgrupper forløb hos en række aktører, og dele af arbejdet foregår i tæt samarbejde med kommunens tilbud. Dette forudsætter øget kendskab til samarbejdet, for at opretholde og udvikle den evidensbaserede behandling i sektoren. Forskningsaktiviteten i praksissektoren er, bortset fra almen praksis, beskeden.



Ansvar for forskningen i den øvrige praksissektor ligger hos Regionerne. I modsætning til almen praksis er der færre etablerede forskningsmiljøer i praksissektoren, men der findes forskningsmiljøer på universiteterne og professionshøjskolerne, hvor der forskes i fx sygeplejepraksis, fysioterapipraksis, kiropraktorpraksis og psykologpraksis. Meget af arbejdet i den øvrige praksissektor har kobling til almen praksis, men der mangler systematisk sammenhæng til forskningsmiljøet for almen praksis, der kunne fremme mere tværfaglig forskning mellem almen praksis og øvrig praksissektor. Et eksempel herpå, er samarbejde mellem almen praksis' forskningsenheder og andre praksisområder i form af delestillinger mellem forskningsenhederne, og tilknytning af Praksissektorens Forskningsråd i Region H til Forskningsenheden for Almen Praksis. Lignende eksempler findes på kombinationsstillinger mellem universiteter og professionshøjskoler.

Region Hovedstaden har igennem en årrække haft Praksissektorens forskningsråd<sup>(35)</sup>, som arbejder for at fremme og bedrive forskning i den øvrige praksissektor. Forskningsrådet fokuserer på at bygge bro mellem de forskellige fagligheder, og at forankre forskningen praksisnært. Forskningsrådets arbejde har hidtil været finansieret af Region H., men denne bevilling er dog bortfaldet, hvilket har ført til en neddrogning af aktiviteterne. Der ses ikke et tilsvarende organ i de øvrige regioner.

Overordnet er finansieringsmulighederne for forskning i den øvrige praksissektor sparsomme. De fleste forskningsprojekter er finansieret af de 4 fonde fra Regionernes lønning- og takstnævn: Fonden for faglig udvikling i speciallægepraksis, Fysioterapipraksisfonden, Kiropraktorfonden og Kvalitets- og efteruddannelsesfonden for fodterapi. Andre finansieringsmuligheder er fonde tilknyttet interesseorganisationer eller private fonde.

For mange aktører i praksissektoren er der ikke økonomisk incitament til at deltage i forskning, da forskningsaktiviteter ikke er omfattet af honoraret. Der er en stærk tradition og veletableret struktur for forskning blandt speciallæger ansat på sygehusene. Det samme er ikke gældende for speciallæger i praksissektoren. Manglen på forskning i praksissektoren skyldes således både en fundamental forskel på rammer og forskningstraditioner i henholdsvis praksis og på sygehuse, og dels det økonomiske aspekt ved prioritering af forskning.

I lighed med udfordringer for kommuner og almen praksis, efterspørges der forskningsegne data fra det øvrige praksisområde, ikke mindst fra de praktiserende speciallæger. De praktiserende speciallæger udgør ofte en substitution af sygehusaktiviteter inden for deres specialer, hvilket gør, at data fra området bidrager til det samlede billede af sundhedsvæsenets lægefaglige aktivitet. Sundhedsdatastyrelsen har i en behovsafdækning<sup>(36)</sup> opgjort følgende relevante temaer: aktivitet, diagnose, henvisning, ventetid, medicin, laboratorieprøver og samtidige forløb. Der ses i dag både udfordringer med struktur og indhold i data, som ikke indsamles centralt, ligesom kvalitet og ensartethed af data er ukendt.

### 4.3 anbefalinger til udvikling af rammer for forskningen

De rammer som forskningsaftagerne, forskningsproducenterne og forsknings-sponsorerne agerer under, har stor betydning for at forskningen kan understøtte

det primære sundsvæsen. Der ses således en række udfordringer i rammerne for forskningen som, på trods af det klare lovgivningsmæssige ansvar for igangsættelse af forskningen, udgør udfordringer for igangsættelse af forskning i henholdsvis kommunerne, hos almen praksis og i den øvrige praksissektor. Disse udfordringer kan grupperes inden for 3 tværgående temaer:

- Relevans
- Kapacitet
- Data.

#### *Relevans*

Udfordringen med relevans relaterer sig til, at mange forskellige retninger og aktører skaber behov for en overordnet ramme, der kan sikre, at der forskes i de emner, hvor der er behov for yderligere viden (jf. kapitel 3). Endvidere ses, at forskningen ofte udvikles og gennemføres for langt fra praksis og fagprofessionerne i det primære sundhedsvæsen, hvilket udfordrer forskningens relevans og anvendelighed for udvikling af det primære sundhedsvæsen.

Stærke partnerskaber og reelt samarbejde om forskningen mellem forskningsinstitutioner, kommuner og praksissektoren, samt inddragelse af målgruppen, ses som en forudsætning for at sikre forskningens relevans og muliggøre potentiel anvendelighed af forskningens resultater til udvikling af det primære sundhedsvæsen.

**Det anbefales på denne baggrund, at rammerne for forskningen udvikles på følgende områder, for at understøtte relevans af forskningen:**

- Understøtte at der forskes i emner, hvor der er behov for større viden, ved at etablere stærke partnerskaber mellem forskningsmiljøer og kommuner og praksissektoren, samt ved inddragelse af målgruppen
- Forskningsstrategien drøftes i regi af de 5 Sundhedskoordinationsudvalg, hvor regioner og kommuner tager stilling til, hvordan partnerskaber for forskning kan udvikles og understøttes
- Sikre involvering af relevante sundhedsfaglige fra primærsektoren i forskningsprocessen

#### *Kapacitet*

Udfordringen med kapacitet relaterer sig til, at forskningen i det primære sundhedsvæsen generelt prioriteres lavere med tildeling af færre midler end forskningen i sygehusvæsenets opgaver, hvilket udfordrer, at den primære sektor kan være omdrejningspunkt for løsning af en række af sundhedsvæsenets langsigtede udfordringer. Desuden er der generel mangel på kompetencer blandt medarbejdere og ledelse i både kommunerne og i den øvrige praksissektor til at løfte opgaver omkring forskningsmedvirken, samt ressourcer til at prioritere forskning og udvikling ved siden af den daglige drift. Endelig ses ikke tilstrækkelige forskningsstøttefunktioner, der kan sikre hurtig godkendelse af og hjælp til protokoller, databehandling (GDPR), kontrakter (jura), finansiering (ansøgninger om støtte), mv.

**Det anbefales på denne baggrund, at rammerne for forskningen udvikles på følgende områder, for at understøtte kapaciteten:**

- Understøtte at flere kommuner indgår aftaler med forskningsinstitutioner om forskning, med afsæt i erfaringerne fra bl.a. København og Aalborg
- Udbygge rammer for samarbejde med både formelle og mere uformelle samarbejdsformer
- Fremme mulighed for at offentlige og private aktører i fællesskab kan skabe gode rammer for at udføre forskningsaktiviteter
- Etablere støttefunktioner målrettet kommuner og øvrig praksissektor, som understøtter forskningen til drøftelse af forskningsemner og -design, dataindsamling, forskningsadministration mv.
- Opbygge kapacitet i kommunerne til at indgå i en kvalificeret dialog om, hvordan forskningen gøres relevant og anvendelig for praksis, herunder forskningsdesign, betydning for praksis og borgerne, betingelser for dataindsamling mv.
- Justering af større nationale udviklingsprojekter med henblik på at kunne bidrage med forskningsdata
- Fremme samfinansiering og samarbejde om forskningsaktiviteter mellem etablerede forskningsmiljøer og spirende lokalt forankrede forskningsmiljøer og uopdyrkede områder i kommunerne og i den øvrige praksissektor
- Etablere ansættelsesstruktur som fremmer fastansættelse af forskere og derved sikre kontinuitet i forskningen

#### *Data*

Udfordringen med data relaterer sig til et grundlæggende forskningsbehov for bedre og lettere adgang til data om aktiviteter i det primære sundhedsvæsen, og et behov for at kunne belyse effekterne af indsatserne. Et eksempel kan være, at data indsamlet til administrative formål og kvalitetssikring kan anvendes, efter alle godkendelser og på en sikker måde, til forskning. Samtidig er der behov for adgang til data, der giver indsigt i fælles patientpopulationer på tværs af sygehuse, kommuner og praksisområdet.

**Det anbefales på denne baggrund, at rammerne for forskningen udvikles på følgende områder, for at understøtte data til forskning:**

- Styrket infrastruktur for generering og brug data i det primære sundhedsvæsen og på tværs af sektorer

- Styrket infrastruktur for data om borgerperspektiver på effekt af sundhedsfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen
- Muliggøre national dataopsamling fra det primære sundhedsvæsen, med udgangspunkt i eksempelvis kliniske kvalitetsdatabaser og om det kommunale forebyggelsesområde.
- Aktørerne i det primære sundhedsvæsen understøtter det igangværende dataprojekt om Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen (DDSN)<sup>10</sup>, ved at bidrage til arbejdet med at gøre eksisterende data ensartede, sammenlignelige og tidstro

---

<sup>10</sup> Det igangværende program Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen (DDNS) som udføres af Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner fokuserer på dels bedre brug af eksisterende data og dels opbygning af nyt datagrundlag for det primære sundhedsvæsen.

# Referencer

- (1) Sundheds- og Ældreministeriet. En læge tæt på dig - En plan for fremtidens almen praksis. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.
- (2) Rambøll Management Consulting. Kortlægning af behov og rammer for forskning om det primære sundhedsvæsen. Rambøll Management Consulting, 2021.
- (3) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om universiteter (Universitetsloven): LBK nr. 778 af 07/08/2019. Sundheds- og Ældreministeriet, 2019.
- (4) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om professionshøjskoler for videregående uddannelser: LBK nr. 1091 af 18/11/2008. Sundheds- og Ældreministeriet, 2008.
- (5) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven: LBK nr. 903 af 26/8/2019. Sundheds- og Ældreministeriet, 2019.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Forskning til gavn for mennesker med demens og deres pårørende. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- (7) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold, Uddannelses- og Forskningsministeriet. Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser - en national strategi. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2015.
- (8) Social- og Indenrigsministeriet. Psykolognævnets vejledende retningslinjer for autoriserede psykologer: VEJ nr. 10482 af 11/12/2017. Social- og Indenrigsministeriet, 2017.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2020.
- (10) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2016.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- (12) Implement Consulting Group. Produktivitet i almen praksis - Bruttokatalog over mulige tiltag samt metoder og værktøjer til at øge produktiviteten i almen praksis. Implement Consulting Group, 2014.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. Sundhedsstyrelsen, 2019.

- (14) Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med multisygdom. Sundhedsdatastyrelsen, 2017.
- (15) Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glümer C, Lasgaard M. A Latent Class Analysis of Multimorbidity and the Relationship to Socio-Demographic Factors and Health-Related Quality of Life. A National Population-Based Study of 162,283 Danish Adults. PLoS One 2017;12(1):e0169426.
- (16) Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Aftale om almen praksis. Danske Regioner, 2021.
- (17) Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner: VEJ nr. 9538 af 02/07/2018. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.
- (18) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model. Sundhedsstyrelsen, 2012.
- (19) World Health Organization. Assessing health services delivery performances with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. World Health Organization, 2016.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod social ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2020.
- (21) Dansk Selskab for Almen Medicin. Pejlemærker for faget almen medicin. Opdateret: 2016. Senest hentet: 15/12.2021. Link: <https://www.dsam.dk/pejlemarker/>.
- (22) Hempler NF, Jervelund SS, Ryom K, Villadsen SF, Vinther-Jensen K. Veje til etnisk lighed i sundhed. Dansk Selskab for Folkesundhed, 2020.
- (23) Danske Patienter. Oversigt over brugerinddragelse i sundhedsvæsenet. Opdateret: 2019. Senest hentet: 15/12.2021. Link: <https://danskepatienter.dk/publikationer/oversigt-over-brugerinddragelse-i-sundhedsvaesenet>.
- (24) Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Guide til måling af individuel inddragelse. Danske Patienter, 2021.
- (25) KORA, Højgård B, Kjellberg J. Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen. KORA - Det Nationale Institut for Kommunernes og Regionernes Analyse og Forskning, 2017.
- (26) Sundhedsstyrelsen. Nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. Sundhedsstyrelsen, 2012.

(27) World Health Organization. Health Literacy - the solid facts. World Health Organization, 2013.

(28) Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Evaluering af organisatorisk brugerinddragelse. Danske Patienter, 2021.

(29) Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ 2021;374:n2061.

(30) Kilbourne AM, Glasgow RE, Chambers DA. What Can Implementation Science Do for You? Key Success Stories from the Field. J Gen Intern Med 2020;35(Suppl 2):783-787.

(31) Sundhedsstyrelsen. Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet. Sundhedsstyrelsen, 2009.

(32) Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram. Om RKKP. Senest hentet: 20/12.2021. Link: <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/>.

(33) VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Tværsektoriel sundhedsforskning i Danmark. Aktører, fokusområder, og forskningsbehov med udgangspunkt i Region Syddanmark. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2022. s. 53-58.

(34) Kommunernes Landsforening. Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver. Kommunernes Landsforening, 2014.

(35) Københavns Universitet - Forskningsenheden for Almen Praksis. Praksissektorens Forskningsråd. Senest hentet: 21/12.2021. Link: <https://almenpraksis.ku.dk/praksissektorens-forskningsraad/>.

(36) Deloitte. Foranalyse vedrørende indberetning fra almen praksis og praktiserende læger. Deloitte, 2019.

# Bilag 1: Kommissorium

*Bemærk at den angivne tidsplan i kommissoriet blev ændret, idet arbejdet med forskningsstrategien blev pauseret i en længere periode pga. prioritering af arbejdet med Covid-19.*

## **Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af national forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen**

### **Baggrund**

Sundhedsstyrelsen har fået til opgave at udarbejde en national forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen omfattende almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Forskningsstrategien skal med et øget fokus på forskning i det primære sundhedsvæsen ”være med til at styrke omstillingen til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og bidrage med seneste viden om de sundhedsfaglige indsatser på området – samt perspektiverne for borgerne ved, at en række behandlinger og behandlingstilbud rykker tættere på hjemmet”. Opdraget er udspillet *En læge tæt på dig* fra juni 2018 <sup>11</sup>.

### **Formål**

Strategiens formål er overordnet at fremme forskning i det primære sundhedsvæsen. Strategien skal sætte en national retning for og skabe øget opmærksomhed på forskning i kommunale sundhedsopgaver samt i almen praksis og den øvrige praksissektor ved at komme med 1) anbefalinger til rammer og forudsætninger for forskning i det primære sundhedsvæsen og 2) anbefalinger til forskningsindsatser, der understøtter indsatsen i det primære sundhedsvæsen til gavn for borgere og patienter.

Strategien skal understøtte kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen, hvor målet er sammenhængende indsatser, der så vidt muligt gives i eget hjem og i nærmiljøet. For at sikre at rammerne for varetagelsen af opgaverne er robuste og indsatserne af høj kvalitet, er der behov for strategisk fokus i forskning på området.

### **Arbejdsgruppens opgaver og sammensætning**

Med henblik på at yde rådgivning og give input til arbejdet med udarbejdelse af forskningsstrategien nedsættes en arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen.

---

<sup>11</sup> En læge tæt på dig, Sundheds – og Ældreministeriet Regeringen, 2018



Arbejdsgruppen får til opgave at komme med input til og fagligt rådgive Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelse af forskningsstrategien.

Arbejdsgruppens opgaver består af at:

- Kommentere på og bidrage til den nationale forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen både hvad angår forskningsrammer og forudsætninger samt forskningsindsatser.
- Bidrage med relevant faglig viden og materialer i udarbejdelsen af den nationale forskningsstrategi.

Arbejdsgruppens sammensætning skal afdække følgende perspektiver:

- Forskerperspektiv – viden om forskningsmiljøer i Danmark, herunder aktuelle forskningsrammer og -indsatser i det primære sundhedsvæsen.
- Aftagerperspektiv – viden om behov for forskningsbaseret viden, formidlingen og anvendelsen af denne og rammerne for dette i det primære sundhedsvæsen.
- Brugerperspektiv – viden om borgere og patienters behov for forskningsbaserede indsatser.

Følgende organisationer anmodes om, at udpege repræsentanter til arbejdsgruppen:

- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Selskab for Kiropraktik (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Ergoterapifagligt Selskab for Forskning (1)
- Danske Patienter (2)
- Danske Professionshøjskoler (3)
- Danske Regioner/Regioner (1/2)
- Statens Institut for Folkesundhed, SDU (1)
- Forskningsenheder for almen praksis (1)
- Institut for Folkesundhedsvidenskab AU (1-2)
- Institut for Folkesundhedsvidenskab KU (1-2)
- KL/kommuner (1/3)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (1)
- Sundhedsstyrelsens sagkyndige i almen medicin (1)

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariat.

KL og Danske Regioner anmodes om at udpege hhv. kommunale og regionale repræsentanter.

De udpegede repræsentanter skal have viden om forskning inden for den sundhedsfaglige opgavevaretagelse i almen praksis, kommuner og den øvrige praksissektor herunder organiseringen.

Sundhedsstyrelsen kan supplere arbejdsgruppen efter behov. Sundhedsstyrelsen ønsker at opnå bred repræsentation, både geografisk og inden for forskningsfelter og forbeholder sig derfor ret til at ændre sammensætningen for at sikre dette.

### **Tidsplan**

Det forventes, at arbejdsgruppen afholder to møder i Sundhedsstyrelsen i løbet af 2020. Arbejdsgruppemøderne er planlagt til følgende datoer:

**- 1. møde den 27. januar 2020**

**- 2. møde den 27. marts 2020**

Dagsorden til møderne udsendes en uge før mødernes afholdelse. Der udarbejdes referat fra møderne.

Arbejdet forventes færdiggjort medio 2020.

## Bilag 2: Medlemmer af arbejdsgruppen

Repræsentant	Organisation
Alice Kongsted	Dansk Selskab for Kiropraktik
Allan Linneberg	Region Hovedstaden Udpeget af Danske Regioner
Anette Søbye Philipsen	Aarhus Kommune Udpeget af Kommunernes Landsforening
Ann Sofi Petersen	Sundhedsministeriet
Anne Møller	Dansk Selskab for Almen Medicin
Annemette Ljungdahl Nielsen	Københavns Kommune Udpeget af Kommunernes Landsforening
Bo Christensen	Sundhedsstyrelsens sagkyndige i almen medicin
Charlotte F. Gjørup	Horsens Kommune Udpeget af Kommunernes Landsforening
Dorthe Sørensen	VIA UC Udpeget af Danske Professionshøjskoler
Grete Brorholt	Københavns Professionshøjskole Udpeget af Danske Professionshøjskoler
Helle Terkildsen Maindal	Institut for Folkesundhedsvidenskab AU
Jens Søndergaard	Forskningsenhederne for Almen Praksis, SDU
John Brodersen	Region Sjælland Udpeget af Danske Regioner
John Sahl Andersen	Institut for Folkesundhedsvidenskab KU
Julie Maria Duval Jensen	Dansk Sygepleje Selskab
Mette Thomsen	Danske Regioner
Pernille Envold Bidstrup	Kræftens Bekæmpelse
Per Kallestrup	AU

Per Kjær	UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole Udpeget af Danske Professionshøjskoler
Thomas Maribo	Dansk Selskab for Fysioterapi
Tine Curtis	Kommunernes Landsforening
Marie Broholm-Jørgensen	Statens Institut for Folkesundhed, SDU

<b>Sekretariat</b>	<b>Organisation</b>
Line Riddersholm (Formand)	Sundhedsstyrelsen
Morten Bundgaard	Sundhedsstyrelsen
Cecilie Iuul	Sundhedsstyrelsen
Mie Lind	Sundhedsstyrelsen
Tina Birch	Sundhedsstyrelsen

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●