

Forskning i praksis – erfaringer fra forskning med brugerinddragelse og forskning i samarbejde med kommuner og almen praksis



Titel: Forskning i praksis – erfaringer fra forskning med brugerinddragelse og forskning i samarbejde med kommuner og almen praksis

Copyright: © 2020 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN trykt udgave: 978-87-93775-10-5
ISBN elektronisk udgave: 978-87-93775-11-4

Forfattere: Udarbejdet i samarbejde med Velux Fonden af:

 Anne Marie Lyngsø
 Julie Grew
 Michaela Schiøtz

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
 Sektion for Tværsektoriel Forskning
 Frederiksberg Hospital
 Hovedvejen 5
 Nordre fasanvej 57
 2000 Frederiksberg

Layout: RegionH Design

Publikationen citeres således:

Lyngsø AM, Grew J, Schiøtz M. Forskning i praksis – erfaringer fra forskning med brugerinddragelse og forskning i samarbejde med kommuner og almen praksis. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden 2020.

Forord

Denne erfaringsopsamling tager afsæt i sundhedsfaglige projekter, hvor forskere samarbejder med borgere, kommunale institutioner og almen praksis i fælles projekter. Det er et arbejde, som VELUX FONDEN aktivt har støttet gennem flere år, og som er helt centralt for fondens bevillinger til gerontologi og geriatri. Vi tror nemlig på, at et tæt samarbejde mellem forskeren og de personer, forskningen vedrører, medvirker til bedre forskningsprojekter. Projekter, der kan implementeres i en ofte travl klinisk hverdag til gavn for både de ældre og de sundhedsprofessionelle.

Gennem vores løbende dialog med ansøgere og bevillingsmodtagere er vi stødt på mange gode erfaringer med den praksisnære sundhedsforskning og også på en stor nysgerrighed efter at lære af hinanden, blandt andet på fondens årlige netværksmøder, der samler bevillingsmodtagere indenfor hhv. rehabiliteringsforskning og forskning i ældres brug af medicin. I 2019 var temaet for begge møder forskernes erfaringer med at bedrive forskning sammen med praktikerne. Det var til disse møder, at ideen til erfaringsopsamlingen opstod.

Vi har gennem årene også erfaret nødvendigheden af et ligeværdigt samarbejde mellem forskere og praktikere. Ligeværd i samarbejde kommer dog ikke af sig selv. Det kan være en tidskrævende og kompliceret proces at bygge bro mellem forsker og praktikers forskellige erfaringer og baggrunde.

Derfor er det vores håb, at erfaringsopsamlingen kan fungere som en hjælpende hånd til forskere, der skal gøre sig de første erfaringer med at bedrive forskning sammen med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Både i forhold til, hvordan man får lavet en god aftale med de kommunale institutioner og almen praksis, og hvordan man kan holde både gejsten og fokus, når den nøje planlagte forskning møder en foranderlig og travl hverdag ude i institutionerne. Og så håber vi, at erfaringsopsamlingen kan give forskeren et indblik i rollen som tovholder for et projekt, der pludselig skal udfolde sig midt i en helt ny og anderledes hverdag.

En stor tak skal også lyde til alle, der har bidraget til erfaringsopsamlingen, heriblandt flere af vores bevillingsmodtagere – det er deres ord og erfaringer, der nu gives videre til gavn for andre.

Vi ønsker god læselyst og glæder os til at se de indsamlede erfaringer hjælpe flere nye og spændende projekter på vej.

Ane Henriksen

Direktør








Lise Bonnevie

Programchef

VELUX FONDEN



Indholdsfortegnelse

	Indledning	4
	Komplekse interventioner	6
	Vigtige opmærksomhedspunkter ved forskning med brugerinddragelse	8
	Brugerinddragelse i forskning	8
	Hvornår i processen bør brugere inddrages?	8
	Metoder til brugerinddragelse	9
	Rekruttering af brugere	10
	Forventningsafstemning og feedback	11
	Honorering	12
	Organisering	12
	Hvordan sikrer vi brugernes synlighed?	12
	Brugerinddragelse tager tid	12
	Evalueringer af brugerinddragelse	13
	Vigtige opmærksomhedspunkter ved forskning i samarbejde med kommuner	14
	Kontakten til kommuner	14
	Kommunal deltagelse i udviklingsfasen	15
	Organisering af projektet	16
	Forventningsafstemning og samarbejdsaftaler	17
	Finansiering af samarbejdsprojekter	19
	Metoder til at sikre opbakning til projektet	20
	Dataindsamling og registrering	21
	Juridiske problemstillinger ved datadeling	23
	Formidling	23
	Vigtige opmærksomhedspunkter ved forskning i samarbejde med almen praksis	24
	Involvering er central	24
	Motivation for at deltage	25
	Rekruttering	25
	Honorering og honoreringsaftaler	28
	Multipraksisudvalget	31
	Uddannelse	32
	Arbejds-/opgavebeskrivelser	33
	Indhentning af patientsamtykke	33
	Fastholdelse af fokus på og motivation for projektet	33
	Dataindsamling	34
	Formidling af resultater	35
	Sammenfatning	36
	Generelle perspektiver i forhold til praksisnær forskning	37
	Bilag 1-3	39

Indledning

Praksisnær og anvendelsesorienteret forskning vinder større og større udbredelse indenfor sundhedsforskning. Formålet med den praksisnære forskning er at tilvejebringe ny viden og konkrete løsninger på udfordringer, der opleves blandt praktikere og brugere i og på tværs af sundhedsvæsenet. Rationalet bag tilgangen er, at forskere og praktikere på tværs af sektorer bidrager med forskellige kompetencer og sammen skaber en bedre og mere helhedsorienteret problemforståelse samt evidensbaserede løsninger, der har umiddelbar relevans for udvikling af praksis, og som er bæredygtige og mulige at implementere på sigt.

Praksisnære projekter skal leve op til samme høje akademiske standarder som andre typer forskningsprojekter og stiller samtidig andre krav til den enkelte forsker. Projekterne kræver en særlig organisatorisk forståelse for og indsigt i felten, og der er mange elementer at være opmærksom på både i udviklingen, planlægningen og gennemførelsen af projekterne. Formålet med nærværende rapport er at skitsere og gennemgå de forhold, man som forsker bør være opmærksom på, når man ønsker at bedrive forskning indenfor sundhedsvæsenet i samarbejde med borgere/brugere, kommunale institutioner og/eller almen praksis.

Rapporten henvender sig primært til forskere, der ønsker at udføre praksisnær forskning, men kan også være et nyttigt værktøj til praktikere i kommunerne og til personale i almen praksis, der modtager forespørgsler om medvirken i forskningsprojekter eller selv efterlyser dette hos forskningsinstitutionerne. Rapporten er derfor også et skridt på vejen i forhold til at få skabt bedre muligheder for samarbejde mellem praksis og forskningsinstitutionerne ved at sætte fokus på, hvilke forhold man som impliceret part bør være opmærksom på i de forskellige faser af et projekt, og hvad det vil sige at være en god og solid forskningspartner.

Rapporten er baseret på interviews med 39 informanter med erfaring med forskningsprojekter udført i eller i samarbejde med praksis. Flere af de interviewede personer har erfaringer med at lave forskning i samarbejde med både almen praksis, kommuner og brugere, mens andre alene har erfaring med ét af områderne. Projektets informanter indbefatter både forskere, ledere og administratorer i sundhedsvæsenet og brugere. Informanterne er listet i bilag 1. I bilag 2 er de benyttede metoder beskrevet.

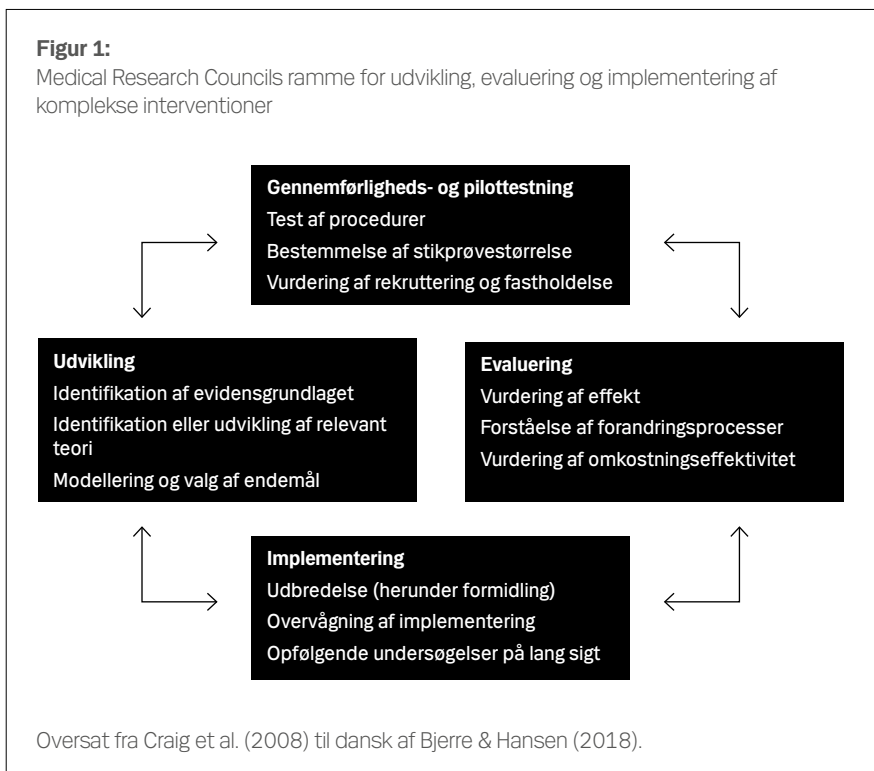
I det følgende gennemgås sammenfatningen af interviewene med informanterne. Først præsenteres erfaringer med brugerinddragelse i forskning, dernæst vigtige opmærksomhedspunkter for forskere, der skal samarbejde med kommuner, og endelig beskrives det, hvad man som forsker skal være opmærksom på, når man skal bedrive forskning i samarbejde med almen praksis. Der er tale om et øjebliksbillede af, hvad de interviewede informanter erfarer som vigtige opmærksomhedspunkter, når man bedriver praksisnær forskning. Rapporten fremstiller afslutningsvist perspektiver på, hvordan samarbejdet mellem forskning og praksis fremover med fordel kan udvikles og styrkes.

Selvom rapporten er inddelt i afsnit, der særskilt beskæftiger sig med henholdsvis borgere/brugere, kommuner og almen praksis, vil praksisnær forskning ofte inddrage flere af parterne samtidig, hvilket øger kompleksiteten. Praksisnær forskning indebærer ikke pr. definition brug af bestemte metoder, men for at favne kompleksiteten ved de tværfaglige og tværsektorielle elementer kan det være nyttigt at anvende den teoretiske ramme for udvikling og evaluering af komplekse interventioner. Nedenfor indledes derfor med et afsnit, der kort introducerer begrebet komplekse interventioner og henviser til nyttige referencer på området.

Komplekse interventioner

Komplekse interventioner defineres ofte som interventioner, der involverer flere interagerende komponenter. Andre dimensioner kan dog også bidrage til kompleksitet, herunder antallet og sværhedsgraden af nødvendige adfærd ændringer hos målgruppen, antallet af grupper eller organisatoriske niveauer, som interventionen retter sig mod, antallet og forskelligheden af endemål, og graden af fleksibilitet eller mulig tilpasning af interventionen til lokale forhold. Kompleksitet kan således være en egenskab ved selve interventionen og ved konteksten/systemet, som interventionen foregår i. En intervention kan sjældent siges at være simpel, men er som regel mere eller mindre kompleks. Omfattende interventioner kan endda indeholde en række interventioner, som hver især er komplekse.

Det britiske Medical Research Council har udarbejdet retningslinjer for udvikling og evaluering af komplekse interventioner. Her kan man som forsker få hjælp til udførelse af forskningsprocessen fra udvikling over feasibility- og pilottestning, evaluering og afrapportering til implementering, herunder valg af design og metoder. Retningslinjerne beskriver, hvilke aktiviteter der bør udføres, og hvilke spørgsmål forskeren med fordel kan stille sig selv i de forskellige dele af forskningsprocessen, for at forskningen genererer pålidelige og anvendelige resultater, som er værd at implementere. I figur 1 ses de forskellige faser i en forskningsproces og de vigtigste aktiviteter i hver fase. Figuren illustrerer også, at en forskningsproces sjældent er lineær og heller ikke altid cirkulær, når det drejer sig om en kompleks intervention, men derimod kan bevæge sig frem og tilbage mellem de fire faser.



Derudover findes en række publikationer, som fokuserer på metoder til brug i de forskellige faser af udvikling og evaluering af komplekse interventioner. Nedenfor er listet et udpluk af den relevante litteratur på området, som kan være til inspiration.

Relevante publikationer

- Bjerre ED, Hansen ABG. Komplekse interventioner i medicinsk forskning. Ugeskrift for Læger 2018;180:V06170479. https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-02/V06170479_0.pdf
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ Clinical Research 2000;321(7262):694-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10987780/>
- Coly A, Parry G. Evaluating Complex Health Interventions: Guide to Rigorous Research Designs. AcademyHealth, June 2017. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Evaluating-Complex-Health-Interventions-Rigorous-Research-Designs.aspx>
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 2008;337:a1655. <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a1655>
- Hawe P. Lessons from Complex Interventions to Improve Health. Annu Rev Public Health 2015;36:307-323. <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-031912-114421>
- Moore GF, Audrey S, Barker M et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ 2015;350:h1258. <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258>
- O'Cathain A, Croot L, Duncan E et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. BMJ Open 2019; 9(8): e029954. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e029954>
- Richards DA, Hallberg IR 2015. Complex Interventions in Health. London: Routledge. <https://www.routledge.com/Complex-Interventions-in-Health-An-overview-of-research-methods/Richards-Hallberg/p/book/9780415703161>
- www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance

Vigtige opmærksomhedspunkter ved forskning med brugerinddragelse

Brugerinddragelse i forskning

Modsat andre videnskabelige discipliner, der i mange år har formået at anvende brugerinddragelse, er der først i de senere år opstået en mere strategisk tilgang til brugerinddragelse i sundhedsforskningen i Danmark. Ledelser og fonde har fået fokus på emnet og begynder at have forventninger til, at forskere inkluderer brugerperspektivet i deres planlægning af forskningsprocessen. Generelt er udviklingen i Danmark sket nedefra og op. Det betyder, at der er mange forskellige tilgange, og at der er stor efterspørgsel på retningslinjer og guidelines i forhold til, hvordan brugere inddrages.

I de kommende afsnit vil det blive beskrevet, hvordan brugere kan inddrages i praksisnære forskningsprojekter, og hvilke forhold, man som forsker skal være opmærksom på, når brugere inddrages. Det er i den forbindelse vigtigt at nævne, at brugerperspektivet kan inddrages på andre måder end ved direkte brugerinddragelse. Indenfor flere områder findes der studier med et stort antal deltagere, der beskriver brugernes oplevelser og udfordringer med specifikke sygdomme eller behandlinger. I nogle tilfælde vil det kunne skabe mere værdi at anvende den eksisterende viden om brugerperspektivet på området aktivt i forskningsprojektet end at bruge både brugernes og forskernes energi og ressourcer på at inkludere enkelte brugere i forskningsprojektet.

Hvornår i processen bør brugere inddrages?

Afhængigt af projektets karakter er der forskellige tidspunkter i projektforløbet, hvor det giver mening at inddrage brugerne. Udbyttet vil være forskelligt afhængigt af, hvornår man som forsker inviterer brugerne ind.

Grundlæggende kan man tale om inddragelse i tre faser:

- Idé-/udviklingsfasen
- Gennemførelsesfasen
- Formidlingsfasen

Idé-/udviklingsfasen

Først og fremmest er der idé- eller udviklingsfasen, hvor man som forsker er åben for at diskutere forskellige problemstillinger. Brugere, der inddrages i denne fase, vil derfor kunne yde bidrag, som inspirerer forskergruppen til at tænke i bredere baner og tilføje nye perspektiver.

Mange brugere oplever, at de gennem deres personlige erfaringer som patient og pårørende i sundhedsvæsenet kan bidrage med betydningsfulde perspektiver og konkrete forslag til ændringer i denne fase.

En ulempe ved den tidlige inddragelse er, at forskergruppen ofte selv er usikker på projektet. En anden ulempe er, at man på dette tidspunkt sjældent vil have modtaget projektbevilling og derfor kan have vanskeligt ved at finansiere inddragelsen af brugere.

Gennemførelsesfasen

Udover idéfasen er der en værdi i at inddrage brugere i gennemførelsesfasen af forskningsprojektet. I denne fase kan brugerne eksempelvis være behjælpelige med at rekruttere patienter og pårørende til deltagelse i projektet, at deltage i afholdelse af interviews eller at medvirke i analyse af kvalitative data. Der er gode erfaringer med at etablere teams, der udover forskeren selv består af sundhedsprofessionelle og brugere med levede erfaringer.

Formidlingsfasen

Endelig kan der være en stor værdi i at engagere brugere til at formidle forskningsresultaterne, da de ofte vil have et sprog, der er mere direkte, og som appellerer til en bredere kreds.

Metoder til brugerinddragelse

Der er forskellige metoder tilgængelige i forhold til, hvordan man som forsker kan inddrage brugernes perspektiver i sin forskning. Hvilke metoder, der er mest hensigtsmæssige at anvende, afhænger af målgruppen og af, hvad formålet med at inddrage brugerne er. Ofte vil det være hensigtsmæssigt med en kombination af flere metoder. Nedenfor beskrives kort en række af de tilgængelige metoder.

Interviews (individuel eller fokusgruppe)

Det individuelle interview er velegnet til at få dybdegående og nuanceret viden om brugernes oplevelser, erfaringer, tanker, holdninger og ønsker. Metoden er ikke forbeholdt svage brugere, men det anbefales, at man som forsker benytter sig af denne interviewform, hvis man beskæftiger sig med sårbare grupper. Arbejder man derimod med ressourcestærke brugere, kan man ofte med fordel anvende fokusgrupper, hvor man interviewer en gruppe brugere og spørger til deres oplevelser og perspektiver på et specifikt område, og hvor gruppemedlemmerne kan inspirere hinanden undervejs i interviewet.

Feedbackmøder

Feedbackmøder kan anvendes til at frembringe perspektiver på, hvordan man eksempelvis kan tænke i nye behandlings- eller samarbejdsmodeller for en bestemt patientgruppe. På møderne vil man som forsker interviewe en gruppe brugere om, hvordan de har oplevet besøget på en bestemt afdeling, mens personalet lytter.

Efterfølgende beder man personalet fremhæve det, de har hæftet sig ved i brugernes fortælling. Personalet har derefter mulighed for at stille opklarende spørgsmåle til brugerne. Som forsker vil man indtage en rolle som facilitator. Feedbackmøder kan anvendes til at få indblik i brugernes oplevelse af deres patientforløb og af deres møde med afdelingen. Brugere kan pege på de ting, der fungerer godt, og de ting, der fungerer mindre godt, og samtidig får forskeren indsigt i personalets perspektiver.

Workshops

I en workshop med brugere og evt. personale samarbejder deltagerne om idéudvikling, afprøvning og forbedring af konkrete tiltag. Fordelen ved en workshop er, at deltagerne kan inspirere hinanden, diskutere og løse en defineret opgave i fællesskab på baggrund af deres individuelle erfaringer, holdninger og ideer.

Som overordnet tilgang til forskning med brugerinddragelse kan følgende tilgange anbefales:

- Handlingsorienteret forskningssamarbejde (Huang HB 2010)
- Multi-level-intervention design (Cleary PD et al. 2012)
- ABC-modellen (Aunsborg C et al. 2012 og Nielsen et al. 2018)

Rekruttering af brugere

Når man som forsker skal rekruttere brugere til sit projekt, er det for det første væsentligt at skelne mellem professionelle brugere og menige brugere. Begge grupper kan være meningsfulde at inddrage, og ofte vil det være hensigtsmæssigt, at begge parter er repræsenteret i et projekt. En potentiel udfordring ved at involvere professionelle brugere er, at de kan være for langt væk fra den målgruppe, man arbejder med, og derfor ikke kender nok til de specifikke forløb. Hvor de menige brugere har værdifuld viden om konkrete patientforløb, har de professionelle brugere til gengæld typisk større indsigt i, hvad der rører sig på et mere generelt plan. Det er derfor vigtigt indledningsvist at gøre sig overvejelser om, hvem brugerne skal repræsentere, og om det er nødvendigt, at brugerne har personlige erfaringer med projektets konkrete fokusområde.

Alle regioner skal have Patientinddragelsesudvalg (<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2014/257>). Det er som forsker muligt at rette en forespørgsel til udvalgene, hvis man ønsker at involvere professionelle brugere i sit projekt. Ønsker man at inddrage menige brugere i sit projekt, er der forskellige rekrutteringsmuligheder. De forskellige muligheder er listet i nedenstående boks og er hver især uddybet nedenfor.

Rekruttering af menige brugere til forskningsprojekter kan fx ske via

- Patientforeninger
- Klinikere og øvrigt personale i kommunen, almen praksis eller på hospitalet
- Stillingsopslag på forskellige platforme

Rekruttering via patientforeninger

Patientforeningerne kan være en indgang til rekruttering af brugerrepræsentanter. I den forbindelse henvender man sig som forsker direkte til den relevante patientforening og

beder dem om at være behjælpelig med rekrutteringen. Typisk vil det være de mere aktive brugere, som foreningerne vil udpege. Dette opleves generelt positivt, da man vil få brugere, der er vant til at indgå i denne form for relationer. Omvendt kan man risikere, at disse brugere repræsenterer nogle holdninger, som ikke nødvendigvis afspejler de generelle holdninger i patientgruppen.

Rekruttering via klinikere og øvrigt personale i kommunen, almen praksis eller på hospitalet

Afhængig af projektets målgruppe kan det i mange sammenhænge være hensigtsmæssigt at få hjælp fra personalet i almen praksis, på en bestemt hospitalsafdeling, eller i en kommunal institution til rekrutteringen. Særligt når man arbejder med sårbare grupper, er det vigtigt, at brugerne har tillid til og måske i forvejen har kendskab til de personer, der rekrutterer. Hvis det ikke er muligt at rekruttere en bestemt gruppe patienter, kan man i stedet invitere de pårørende til at medvirke. Dette kan eksempelvis være aktuelt i projekter, der retter sig mod ældre, sårbare patienter. En anden mulighed er at lade personalet indirekte repræsentere de patienter, der ikke kan medvirke, idet personalet kender hele spektret af patienter indenfor en specifik målgruppe. Det overses ofte, hvor væsentlig en kilde personalet er til at italesætte patienternes oplevelser og behov.

Rekruttering via stillingsopslag

En tredje løsning er at udvikle regulære stillingsopslag for brugerrepræsentanter, som interesserede brugere skal sende ansøgninger til. Opslaget kan postes på forskellige fora som infotavler og infoskærme på hospitaler samt på Facebook, LinkedIn og øvrige sociale medier. Her vil man typisk bede ansøgerne om at skrive, hvordan de oplever at kunne bidrage til projektet, og hvorfor de gerne vil deltage.

Endelig skal det fremhæves, at der ikke findes noget rigtigt eller forkert i forhold til, hvem man skal rekruttere, men at det er vigtigt at være opmærksom på, hvem man ikke rammer med den valgte rekrutteringsstrategi. Det er almenkendt i forskningsverdenen, at det typisk er veluddannede, overvejende kvinder fra middelklassen og den højere middelklasse, der melder sig til at deltage i forskningsprojekter. Derimod kan det være svært at få personer med svagere sociale netværk, anden etnisk baggrund end dansk samt sårbare ældre til at deltage. Det kan betyde, at man ikke får disse gruppers perspektiver inddraget, hvilket på sigt kan medvirke til ulighed i forhold til, hvem indsatserne er tilpasset, og hvem der får gavn af indsatserne.

Forventningsafstemning og feedback

Det anbefales, at man som forsker fra start gør det klart overfor brugerne, hvad deres rolle i projektet er, og hvordan man har tænkt sig at gribe samarbejdet og de forskellige faser an. Det er i den forbindelse vigtigt at få tydeliggjort, hvilke kompetencer man hver især har og kan bidrage med. Overordnet set er det også væsentligt, at man som forsker sørger for at give brugerne direkte feedback i forhold til, hvad deres bidrag betyder for forskningsprojektet, hvordan forskningsprojektet skrider frem og om forskningsprojektets resultater. Dette er med til at sikre, at brugerne oplever deres medvirken som noget positivt. Som hovedregel bør man altid informere brugerne om, hvor de kan finde information om det projekt, de har bidraget til, og sikre dem adgang til projektets resultater. Når man som forsker bruger

patienter og pårørendes tid, er det afgørende, at man formidler den indsamlede viden på en letforståelig måde og derfor også tænker formidling kreativt.

Honorering

Det er forskelligt, hvorvidt brugerrepræsentanter honoreres for deres arbejde. Det anbefales, at dette aftales tidligt i forbindelse med forventningsafstemningen. I et projekt har man brugt erfaringer fra England og på baggrund af denne erfaring honoreret brugernes deltagelse med et fast beløb samt refunderet deres rejseomkostninger.

Organisering

Der er gode erfaringer med at lade brugere indgå i både projekt-, følge- og styregrupper på lige fod med andre deltagere. Brugernes deltagelse bidrager til, at projekterne bliver mere praksisnære og anvendelsesorienterede, og det anbefales, at man som forsker i højere grad begynder at se brugerne som ligeværdige partnere i forskningsprojekter fremfor som en ressource til data.

Et opmærksomhedspunkt i forhold til projektorganiseringen er, at det kan være en fordel at have flere brugere tilknyttet de respektive grupper, således at brugerne ikke sidder alene. Det kan være problematisk, hvis man som bruger sidder som eneste brugerrepræsentant i en følgegruppe, hvor de resterende medlemmer repræsenterer forvaltninger, hospitalsafdelinger og andre professionelle organisationer. Dette gælder særligt, hvis der er tale om menige brugere, mens de professionelle brugere typisk godt kan varetage rollen alene.

Hvordan sikrer vi brugernes synlighed?

I formidlingsøjemed er det generelt vigtigt, at man som forsker formidler brugernes perspektiver tydeligt og redegør for, hvorledes de har medvirket. Dette efterspørges nu også af flere tidsskrifter. Der er i udlandet erfaringer med at inddrage brugerrepræsentanter i forfatterrækken på videnskabelige publikationer, men det er kun i begrænset omfang anvendt i Danmark, hvor vi generelt har tradition for, at brugerne skal være anonymiserede. Der ses dog blandt brugere et stigende ønske om at afgive anonymitet og aktivt tage del i formidlingen af forskningens resultater. Det anbefales, at man afklarer den enkelte brugers ønsker gennem en indledende forventningsafstemning.

Brugerinddragelse tager tid

Vælger man som forsker at inddrage brugere, skal man indstille sig på, at det er en tidskrævende proces. Det kræver som udgangspunkt lang tid at lære hinanden at kende og skabe tiltro og tillid til hinanden. Herudover tager det tid at finde ud af, hvordan det er mest meningsfuldt at bedrive forskning sammen, og det kræver tid at stille sig til rådighed i forhold til at lytte til brugernes input. Det anbefales derfor, at man som forsker sætter ekstra tid af til de faser, hvor der involveres brugere. Hvis ikke man sikrer sig den nødvendige tid og økonomi til inddragelse af brugere, kan brugerinddragelsen ende med kun at blive af symbolsk karakter, hvorved man ikke får sikret reel inddragelse af brugernes perspektiver.

Evalueringer af brugerinddragelse

For at sikre, at brugerinddragelse ikke kun bliver et symbolsk element, som inkluderes, fordi fonde eller tidsskrifter efterspørger det, er det vigtigt, at man som forsker har tænkt over, hvad brugerne skal bidrage med, og hvordan inddragelse kan give en merværdi til projektet. Gør man sig ikke disse overvejelser, giver brugerinddragelsen ikke mening. Generelt mangler der erfaringer med deciderede evalueringer af den aktive brugerinddragelse med henblik på at dokumentere merværdien. Det anbefales, at man evaluerer brugerinddragelsen ved afslutningen af et projekt for at få viden om, hvordan inddragelsen har bidraget til projektet, hvilket udbytte brugerne har fået af deres deltagelse, og hvordan man eventuelt kunne have fået mere ud af det.

Relevante publikationer

- Huang HB. What is good action research? Why the resurgent interest? *Action Research* 2010;8(1):93–109. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1476750310362435>
- Cleary PD, Gross CP, Zaslavsky AM & Taplin SH. Multilevel Interventions: Study Design and Analysis Issues. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2012(44),49–55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482964/>
- Aunsborg C, Christensen FK, Schrøder L & Hvingel LT 2012. ABC-modellen. Institut for Planlægning, Aalborg Universitet. ISP-Skriftserie, Nr. 2012-01. <https://docplayer.dk/14169535-Abc-modellen-aunsborg-christian-christensen-finn-kjaer-schroeder-anne-lise-hvingel-line-traeholt.html>
- Nielsen MK, Sandvei M & Hørder M. Forskerens perspektiver på patientinddragelse i forskning. *Ugeskr Læger* 2018;180:V06180416. https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-10/v06180416_1.pdf
- Sandvei M, Hørder M 2018. Patienten som partner i dansk sundhedsforskning – Vidensdeling og kortlægning af patientinddragelse i forskning i Danmark. Syddansk Universitet. <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/publications/patienten-som-partner-i-dansk-sundhedsforskning-vidensdeling-og-k>
- Tænketank for brugerinddragelse og Videnscenter for Brugerinddragelse 2018. Manifest for brugerinddragelse. <https://danskepatienter.dk/om-danske-patienter/publikationer/manifest-for-brugerinddragelse>

Eksempel på et forskningsprojekt med brugerinddragelse:

Projektet Psykosocial rehabilitering af ældre efterladte efter selvmord har til hensigt at sikre, at efterladte, der mister en nærtstående til selvmord i en alder af ≥ 60 år, får støtte og hjælp, der er tilpasset deres behov. I første del af projektet identificeres behov for psykosocial støtte blandt efterladte efter selvmord. I anden del af projektet udvikles, afprøves og evalueres udvalgte indsatser, der imødekommer behovene. Projektet er et aktionsforskningsprojekt, der foregår i partnerskab mellem efterladte efter selvmord og deres pårørende; professionelle, der møder de efterladte, fx politibetjente, præster, rådgivere i interesseforeninger, sundhedspersonale i primær og sekundær sektor og psykologer; samt forskere fra NEFOS, Psykiatrisk Center København og Psykiatrien Region Sjælland.

For yderligere info: www.regionsjaelland.dk/efterladte

Vigtige opmærksomhedspunkter ved forskning i samarbejde med kommuner

Når man som forsker skal samarbejde med kommuner omkring praksisnære forskningsprojekter, er der mange faktorer, der er vigtige at være opmærksom på, for at projektet og samarbejdet lykkes. Overordnet er det afgørende at være opmærksom på, at kommunerne har drift og udvikling som deres primære fokusområde. Det at indgå i forskningsprojekter har derfor ikke nødvendigvis høj prioritet. Det betyder også, at mange kommuner har begrænsede erfaringer med at indgå i forskningsprojekter. Derimod betyder det ikke, at kommunerne er uinteresserede i forskningssamarbejder. Hvis man ønsker at indgå i forskningssamarbejder med kommuner, er det vigtigt at finde ud af, hvordan forskningsprojektet kan passe ind i kommunens dagsordener. I den forbindelse er det nødvendigt, at man som forsker har forståelse for de kommunale rammer, vilkår og beslutningsprocesser. Disse varierer fra kommune til kommune, men vil i alle sammenhænge have betydning for, hvordan samarbejdet og processerne gribes an. En del af dette handler også om, hvordan man driver projekter i en dynamisk og foranderlig hverdag som de kommunalt ansattes.

I de kommende afsnit vil det blive beskrevet, hvordan man som forsker kan initiere kontakt til kommuner, som man ønsker at indgå et samarbejde med, hvordan kommuner inddrages i forskningsprojekter, hvordan projekter med kommunale samarbejdspartnere kan organiseres, og hvordan man kan afstemme forventninger og dermed øge sandsynligheden for et godt samarbejde, der sikrer, at projektet kommer godt i mål.

Kontakten til kommuner

Hvornår og hvordan man henvender sig, når man ønsker at samarbejde med kommunale institutioner om et forskningsprojekt vil blive beskrevet i de følgende to afsnit.

Hvornår henvender man sig?

På hvilket tidspunkt i forskningsprocessen man bør involvere kommunen, afhænger af, hvilken type forskning, der er tale om. Den mindst indgribende type forskning er den, hvor forskeren alene skal bruge data fra kommunerne. I de tilfælde vil det være tilstrækkeligt først at henvende sig, når projektet er velbeskrevet, og finansieringen er på plads. Det samme gælder i den type projekter, hvor kommunens opgave er at skabe kontakt til en gruppe borgere, som skal besvare et spørgeskema eller medvirke i et interview i forbindelse med projektet. Det kan eksempelvis være borgere, der deltager i rehabilitering på et sundhedscenter. Ved ovenstående typer forskning skal man dog være opmærksom på, at nogle fonde som minimum efterspørger tilsagn fra nogle af de kommuner eller organisationer, som skal levere data til projektet.

I interventionsforskningsprojekter vil det være forskelligt, hvornår det er hensigtsmæssigt, at forskeren henvender sig. I nogle tilfælde vil man som forsker præsentere et fastlagt design, som skal afprøves i et antal kommuner, og her vil kommunerne kun kunne deltage, hvis de kan indgå i det fastlagte design. I andre tilfælde, hvor kommunen ønskes involveret i udviklingen af selve interventionen, eksempelvis gennem deltagelse i

en samskabelsesproces, kræver det, at kommunerne kontaktes tidligt i processen.

Generelt opleves tidlig involvering af kommunerne som afgørende for at sikre, at projektets indhold og form giver mening i kommunerne. Det er vigtigt, at de kommunale parter er kritiske i forhold til, hvorvidt et projekt er for hypotetisk eller ikke er tilstrækkelig anvendeligt. Det er en vigtig motivationsfaktor for, at kommunerne lægger ressourcer i projektet, at det er målrettet et område, der i forvejen opleves som problematisk i kommunen, og at det genererer viden, der kan være med til at forbedre kommunens faglige praksis. En dialog tidligt i processen kan desuden være med til at sikre, at kommunen tager ejerskab for projektet, hvilket kan betyde, at det er nemmere at komme i mål med samarbejdet og forventningsafstemningerne.

Det anbefales, at man generelt er opmærksom på, hvilke ressourcer der er til stede i samarbejdskommunerne, og tilpasser sig hertil for at sikre, at projektet er meningsfuldt/tilgængeligt og kan fungere i praksis.

Hvordan henvender man sig?

Når man som forsker skal initiere et samarbejde med en kommune og ikke har eksisterende kontakter i kommunen, anbefales det, at man går via kommunaldirektøren, medmindre det er en stor kommune, hvor man i så fald kan henvende sig på chefniveau. Det er vigtigt, at den indledende kontakt altid sker på forvaltningsniveau og ikke på driftsniveau. Den første henvendelse bør være kort og klar, og det skal fremgå, hvad man som forsker ønsker at undersøge, og hvem man ønsker at tale med. Ligeledes skal det fremgå, hvad det kommer til at betyde for kommunen at indgå i projektet, og hvilken viden projektet forventes at bibringe.

Erfaringen er, at kommunerne udviser større åbenhed overfor projekter, hvor man som forsker tidligt inddrager kommuneledelsen på direktør- eller chefniveau. I to af landets store kommuner har man ansat personer til at varetage forskningen i kommunen. Dette er tilfældet for Københavns Kommune og Aalborg Kommune. Her kan man rette henvendelse direkte til disse kontaktpersoner, og det er ikke nødvendigt at gå via direktøren.

Som forsker er det også vigtigt at være bevidst om, at sundhedsområdet som oftest er stort og komplekst organiseret i kommunerne. Indenfor sundhedsforvaltningen alene er der langt ud i krogene og en bred palette af aktiviteter med mange forskellige aktører, der er fysisk placeret forskellige steder og måske sjældent mødes. Som forsker skal man derfor selv sørge for orientering og koordinering på tværs i kommunen, såfremt dette er nødvendigt for projektet.

Kommunal deltagelse i udviklingsfasen

Ønsker man som forsker at lave anvendelsesorienteret forskning, skal man designe forskningsprojektet i tæt samarbejde med praksis og involvere dem tidligt i processen. I den forbindelse anbefales det, at man som forsker er opmærksom på en række særlige aspekter. Kommunerne er eksperter i de lokale og praksisnære forhold, og det er vigtigt, at der i udviklingsfasen levnes plads til inddragelse af kommunens input.

Der er gode erfaringer med at afholde workshops med ledere og udviklingskonsulenter fra den eller de deltagende kommuner som led i udviklingsfasen. Parterne kan bidrage med væsentlige indsigter i, hvordan projektet tilpasses de lokale forhold, og hvad der kræves, for at projektet kan implementeres i praksis. Flere forskere har desuden gode erfaringer med praktikforløb eller følordinger, hvor man som forsker opholder sig i kommunen for at udvide sit kendskab til praksis indenfor et relevant felt.

Efter at have fået input fra de kommunale deltagere er det forskerens opgave at omsætte de oplevede problemer til konkrete forskningsspørgsmål og sørge for, at projektet bidrager med ny viden på området. Det er ligeledes forskerens opgave at vælge et hensigtsmæssigt studiedesign til projektet og præsentere dette på en måde, så kommunen ved, hvad det kommer til at betyde for dem.

Der er forskellige erfaringer med, hvornår man mest hensigtsmæssigt inddrager frontpersonalet i et projekt. Flere argumenterer for først at inddrage frontpersonalet, når forskningsspørgsmålene er defineret, og projektdesignet er på plads. Argumentet går på, at frontpersonalets fokus vil være på deres daglige arbejde, og at de som udgangspunkt ikke beskæftiger sig med den organisatoriske kontekst, som arbejdet udføres i, og ej heller har kendskab til den tilgængelige viden på området. Andre argumenterer modsat for, at frontpersonalet besidder væsentlig viden om, hvor udfordringerne findes, og mener derfor, at de bør inddrages tidligt. Det anbefales, at man nøje overvejer, hvad der er mest hensigtsmæssigt i forhold til forskningsområdet og den aktuelle kommunale setting.

Organisering af projektet

I forhold til projektorganiseringen er det vigtigt at lave en organisering, der sikrer, at både ledere og medarbejdere er aktivt informeret og involveret hele vejen igennem projektet.

Det anbefales, at kommunen er repræsenteret i både projekt- og styregrupper. Indgår flere kommuner, kan det anbefales at etablere en projektgruppe for hver af de deltagende kommuner. Der er gode erfaringer med at inkludere både ledere, udviklingsmedarbejdere og frontpersonale (evt. en lokal tovholder) i projektgruppen. Der bør fra start fastlægges jævnlige møder, som alle i gruppen forpligter sig til at deltage i.

På styregruppeniveau anbefales det at afholde kvartalsvise møder, hvor man som forsker formidler overordnede aktiviteter og resultater samt mere specifikke resultater for de enkelte kommuner, hvis der indgår flere. Der er gode erfaringer med at anvende såkaldte projektfasemodeller, hvor man som forsker hele tiden orienterer om, hvilken projektfase man befinder sig i.

Hvordan sikres ledelsesopbakning?

Det er afgørende, at man som forsker sikrer ledelsesopbakning til projektet i samarbejdskommunerne. Hvordan man sikrer denne opbakning, afhænger af projektets størrelse. Ved større og langvarige projekter kræver det, at man bevæger sig helt op på topledelsesniveau og indhenter godkendelse af kommunalbestyrelsen i de enkelte kommuner. Dette er vigtigt, fordi de langvarige projekter nødvendiggør, at kommunen

forpligter sig over en årrække, hvilket indebærer, at der er givet grønt lys til projektet på politisk niveau. Projekter af denne størrelse vil typisk kræve en toårig forberedelsesproces, hvor der arbejdes på at engagere samarbejdspartnere og skaffe finansiering, og hvor der løbende sker orientering af de politiske udvalg. Samtidig vil man som forsker arbejde meget tæt sammen med medarbejdere og ledere på det pågældende område i forhold til den nærmere projektplanlægning.

Generelt gælder det, at det er af stor betydning at have allierede på ledelsesniveau, som kan se potentialet og mulighederne i projektet, og som kan argumentere for projektet internt i systemet og afsætte de nødvendige ressourcer. Jo højere oppe i ledelseshierarkiet beslutningen om samarbejde er truffet, jo større succes kan man forvente. For at sikre ledelsesopbakning i kommunerne er det derfor vigtigt at rette sin henvendelse til det rigtige sted fra begyndelsen. Det kræver som forsker en del benarbejde hele tiden at følge med i kommunernes organisering, hvorfor det kan være vanskeligt at have samarbejdsrelationer til mere end fem kommuner på samme tid. Da en kommune er en politisk organisation, hvor de politiske vinde er foranderlige, kan man aldrig rigtig sikre sig, at det bliver en lineær proces. Derfor må man hele tiden tilpasse sig og være omstillingsparat.

Ledelsesopbakningen sikres bedst gennem fysiske informationsmøder med og hos ledelsen i de respektive kommuner.

Forventningsafstemning og samarbejdsaftaler

Når der samarbejdes med kommunale parter omkring forskning, er det centralt både indledende og løbende at lave forventningsafstemninger, ligesom det kan være en god idé også at indgå skriftlige samarbejdsaftaler, hvor forventningerne fremgår. I det følgende beskrives, hvordan forventningsafstemning kan sikres, samt hvordan skriftlige samarbejdsaftaler kan indgås.

Hvordan sikres forventningsafstemning?

Det anbefales, at man altid sørger for at foretage en forventningsafstemning, når man indgår et forskningssamarbejde med én eller flere kommuner. Forventningsafstemningen ligger forud for en decideret samarbejdsaftale og skal sikre, at man er enig om væsentlige forhold vedrørende projektet.

Typisk vil man have forskellige deadlines, alt efter om man kommer fra den kommunale verden eller universitets-/forskningsverdenen. Ligeledes vil der, når man samarbejder på tværs af forskellige organisationer/institutioner, være forskellige forståelser af, hvad kvalitet er. Det er derfor vigtigt at være enige om, hvad slutproduktet skal være. Mens man som forsker ofte gerne vil opnå publikationer, vil det ønskede endemål formentlig være et andet i kommunen.

Derudover er det vigtigt at afstemme synlighed og tilstedeværelse i forhold til, hvor meget man som forsker skal være tilgængelig i kommunen, samt hvilke ressourcer kommunen kan og forventes at lægge i projektet. I forhold til synlighed er det desuden væsentligt, at den kommunale ledelse kontinuerligt bakker op om projektet og sikrer de nødvendige og aftalte ressourcer.

For at undgå eventuelle konflikter i tilfælde af justeringer, skal det endelig afstemmes, om der skal være muligheder for justeringer undervejs i projektperioden.

Hvordan indgås samarbejdsaftaler?

Det anbefales generelt, at der udarbejdes en skriftlig samarbejdsaftale, hvor det tydeligt fremgår, hvad der forventes af kommunen, og hvad kommunen kan forvente at få ud af samarbejdet. Særligt i projekter, hvor der er kommunal medfinansiering, er det vigtigt, at der udarbejdes en skriftlig aftale. I forhold til at nedskrive aftaler bør man skelne mellem ressourcer og opgaver. Det er ikke nødvendigt at nedskrive en udspecificeret opgavebeskrivelse, men det skal fremgå klart, hvilke ressourcer der forventes at blive lagt i projektet sammen med en beskrivelse af rollefordelingen. Dertil kommer, at det kan være en god idé at aftale, hvilke forventninger kommunen har til forskeren i forhold til løbende formidling undervejs i projektet.

Det anbefales at involvere de juridiske afdelinger fra de pågældende organisationer i aftalen. Der er erfaring med, at universiteterne er blevet bedre til at lave standardaftaler, der kan dække forskellige typer forskning. Det anbefales derfor, at man som forsker undersøger, hvilke standardaftaler der findes, som man kan hente inspiration fra. Særligt i forhold til de mindre kommuner skal man være påpasselig med komplicerede og detaljerede aftaler vedrørende samarbejde, da kommunerne ofte ikke har en juridisk afdeling, der kan håndtere dette.

Hvis der er tale om store projekter, anbefales det at få en borgmester til at skrive under og ellers en direktør på forvaltningsniveau.

Følgende kan inkluderes i en samarbejdsaftale:

- Projektets formål og baggrund
- Organisering ift. hvilke repræsentanter, der indgår i henholdsvis projekt- og styregruppe
- Estimeret tidsforbrug og tidsperspektiv
- Aftaler ift. opgaver
- Hvad kommunen forpligter sig til, herunder antal møder, antal respondenter, som kommunen skal rekruttere samt dataindsamling og registrering
- Herudover budget, vidensdeling og deadlines

Finansiering af samarbejdsprojekter

Kommunal deltagelse i forskningsprojekter vil stort set altid medføre, at kommunen skal bruge ressourcer på at deltage. Dette ressourceforbrug kan dækkes enten ved, at projektmidlerne betaler for frikøb af kommunalt personale til at indgå i projektet, og/eller ved at kommunen betaler for den tid, personalet bruger. Erfaringerne med disse to modeller vil blive beskrevet i det følgende.

Frikøb af personale

Når man som forsker udvikler fondsansøgninger, er det væsentligt, at man i sit budget afsætter midler til den eller de kommuner, der skal indgå i projektet. I forhold til samarbejdet med kommunen er det befordrende, at man fra start kan fremvise et budget, hvor der er afsat midler til økonomisk kompensation af kommunen for deres medvirken. Som hovedregel skal administrativt personale ikke frikøbes, men hvis medarbejdere i driften skal indgå i forskningsprojektet, skal de som udgangspunkt frikøbes af forskningsmidler, medmindre der indgås aftaler om kommunal medfinansiering. I projekter, hvor der udpeges en kommunal tovholder, der har til opgave at koordinere, organisere og sikre lokal opbakning, bør vedkommende også frikøbes. Hvis ikke personalet frikøbes til projektet, bør projektet indebære så lidt forskningsrelateret arbejde som muligt til det kommunale personale. Særligt de mindre kommuner kan være afhængige af, at de modtager økonomisk kompensation for deres deltagelse i forskningsprojekter.

Samfinansiering

Langt de fleste kommuner har et budget, der ikke tillader at bruge penge på forskning, som ikke i sidste ende vurderes at komme kommunen selv til gode. Kommunerne er derfor primært med til at finansiere projekter, der i høj grad taler ind i de eksisterende sundhedsaktiviteter og -prioriteringer i den aktuelle kommune. Eftersom kommunen er en meget praksisnær institution og ofte ikke har tradition for at indgå i forskningssamarbejder, er det erfaringen, at man som forsker skal argumentere særlig meget for sine projekters relevans og behov for kommunal medfinansiering, hvis ikke kommunen tidligt har været inddraget i projektudviklingen.

Forskeren vil typisk opleve en større interesse for samfinansiering, når kommunen har en oplevelse af, at forskningsprojektet i sidste ende kommer kommunens borgere til gavn. Samfinansiering kan eksempelvis bestå i, at kommunen stiller ressourcer til rådighed i forhold til et antal personalers arbejdstid i en aftalt periode. Samfinansiering kan også være aktuel i forbindelse med ph.d.- og postdoc-stillinger.

I de tilfælde, hvor der er kommunal medfinansiering, er erfaringen, at en god samarbejdsaftale og jævnlige møder på ledelsesniveau er væsentligt. Dette er med til at sikre, at de rette og nødvendige ressourcer afsættes til projektet, så det kan gennemføres efter planen.

Generelt gælder det, at projekter med et budget med udgifter og medfinansiering på begge sider, har et bedre ståsted end projekter, hvor dette ikke er tilfældet. Medfinansiering fra begge parter skaber en gensidig forpligtelse, der kan være meget befordrende for samarbejdet, fordi begge parter har mulighed for at stille krav.

Metoder til at sikre opbakning til projektet

Forskningsprojekter strækker sig typisk over flere år, og som forsker er man afhængig af, at det deltagende kommunale personale bliver ved med at holde fokus på projektet i hele dets løbetid. Dette kan være en udfordring, da projekterne skal køre i en hverdag, hvor de projektrelaterede opgaver ikke er en del af det kommunale personales kerneopgaver. En anden udfordring er, at forskeren i kraft af sin rolle som projektleder ikke har personaleledelsen af de kommunale medarbejdere, der skal udføre opgaver i forbindelse med projektet. Nedenfor beskrives forskellige måder at sikre motivation og opbakning til projektet undervejs i forløbet.

Klar kommunikation

Tydelig og vedvarende kommunikation er et af de væsentligste værktøjer til at sikre opbakning. Det er vigtigt, at man som forsker formidler sine pointer og ønsker til kommunen klart og er tydelig i forhold til, hvad kommunens involvering kræver.

Opbygning af tillidsfulde relationer og accept af løbende justeringer

Det er vigtigt, at man som forsker har fokus på at opbygge og pleje tillidsfulde relationer med de ledere, udviklingskonsulenter og medarbejdere, som indgår i projektet. Det er i den forbindelse afgørende, at man er ydmyg overfor samarbejdspartnernes hverdag og er åben for justeringer undervejs i projektføreløbet. Når man bedriver anvendelsesorienteret forskning, er det nødvendigt at være i stand til at give slip på faste forestillinger om, hvordan tingene skal gøres. Et projekt, der skal implementeres og anvendes i praksis, kan ikke være fuldstændig standardiseret. Det er en balancegang, hvor det på den ene side ikke er ønskværdigt at give slip på sine forskningsidealer og på den anden side er nødvendigt at sikre, at indsatsen giver mening for de involverede parter, og at de deltagende medarbejdere er i stand til at udføre opgaverne på egen hånd. Sidstnævnte er essentielt for at sikre opbakning og implementering på langt sigt.

Uddannelse

Det er vigtigt at sørge for, at de involverede personer er klædt på til at løse opgaven og dernæst sikre, at alle er med ombord hele vejen. I forhold til at klæde medarbejderne (frontpersonalet) på til projektet og sikre motivation kan det være en god idé at afholde et undervisningsforløb forud for projektstart. I denne forbindelse er det afgørende, at undervisningen er designet, så både indhold og form passer til målgruppen.

Nyhedsbreve

Det er vigtigt at sørge for løbende og hyppig kommunikation og at undgå lange perioder med tavshed fra projektet. En måde at sikre løbende kommunikation er brug af nyhedsbreve til de involverede kommunale parter. Nyhedsbrevene bør indeholde en status på projektet samt information om projektets foreløbige aktiviteter og resultater. Som forsker kan det være vanskeligt at dele sine resultater, før et projekt er afsluttet, men formidling kan ske på mange måder og opleves i kommunerne som afgørende for at fastholde interessen for et projekt.

Fysiske møder og hurtig opfølgning

Udover at sikre løbende kommunikation er det vigtigt som forsker hyppigt at besøge kommunen. Særligt i projekter, hvor de kommunale medarbejdere skal levere en indsats og/eller indsamle data, er kontinuerlige besøg essentielle. Det anbefales, at man er synlig i praksis minimum én gang om måneden. Ved længerevarende projekter anbefales det desuden at afholde videndelingsmøder minimum én gang årligt, hvor projektets aktiviteter og delresultater fremlægges.

Desuden opleves det i kommunerne som vigtigt at få hurtig respons fra projektlederen/forskeren, når man støder ind i problemer, eller der opstår tvivl, eksempelvis i forhold til inklusion og eksklusion af borgere eller dataregistrering.

Lokale tovholdere

Det kan være en god idé tidligt i projektet at udpege én eller flere lokale tovholdere, der kan fungere som frontløber(e) for projektet, som kan organisere og koordinere mellem de forskellige parter og fastholde motivation for projektet blandt de øvrige medarbejdere. Tovholderne kan med fordel inkluderes i projektgruppen og få ansvar for at videreformidle ny viden til sine kollegaer. På den måde er vedkommende med til at bygge bro mellem kommunen og forskerne. Når man som forsker udpeger en lokal tovholder, er det af stor betydning, at det er en person, der brænder for projektets formål, og som kan gå forrest og er villig til at gøre en ekstra indsats. Det er vigtigt, at man som forsker sørger for hyppigt at informere og være i dialog med tovholderen.

Aflønning

Afhængig af projektdesign og -størrelse kan de kommunale medarbejdere komme til at bruge mange ressourcer på at deltage. For at fastholde kommunernes fokus på projektet er den nemme løsning, at projektet betaler for indsatsen. Når kommunerne får penge for deres medvirken, og der allokeres de nødvendige ressourcer, giver det samtidig forskeren en anden mulighed for at stille krav til kommunerne.

Dataindsamling og registrering

Det vil variere fra projekt til projekt hvilken type data, der er behov for at indsamle i kommunen. Som forsker må man være klar over, at det kan være en stor opgave at indsamle data, og man skal derfor forholde sig kritisk til sin egen efterspørgsel. Dataindsamlingen er som udgangspunkt forskernes opgave, og hvis der skal involveres kommunale medarbejdere i processen, kræver det nøje overvejelse af, hvordan dette skal foregå. Nedenfor beskrives nogle af de forskellige metoder til dataindsamling i kommunen samt vigtige opmærksomhedspunkter.

Udtræk fra kommunale systemer

Som udgangspunkt anbefales det at anvende data, der allerede er tilgængelige i kommunerne, også selvom dette kan være meget besværligt. På trods af besværet er anvendelse af allerede registrerede data med til at accelerere den proces, hvormed systemerne med tiden kan optimeres og gøres mere anvendelige. Når der anvendes data fra kommunen, skal der søges om midler hertil, da det koster kommunerne penge at udlevere data.

Som forsker bør man indstille sig på, at det kan være en vanskelig og langsommelig proces dels at få adgang til de kommunale data, dels efterfølgende at rense data for at sikre validiteten. Der kan desuden opleves varierende adgang til data i de forskellige kommuner. I Aalborg Kommune er der eksempelvis ansat konsulenter, som arbejder med de kommunale omsorgssystemer og data derfra, og som kan tilbyde en kortlægning af tilgængelige data til forskere.

Når kommunale medarbejdere skal indsamle og registrere data

I de tilfælde, hvor de eksisterende kommunale data ikke er tilstrækkelige, er det vigtigt, at man som forsker forsøger at begrænse sig. Generelt gælder det, at indsamling og registrering af data skal være så enkel og så lidt tidskrævende som muligt. Eftersom dataindsamlingsopgaven ofte vil være ny for de kommunale medarbejdere, skal man som forsker være tydelig og pædagogisk i sin beskrivelse af, hvordan data indsamles korrekt, og hvad der forventes. Det anbefales, at man inviterer de pågældende medarbejdere til en temaeftermiddag eller workshop, hvor de får træning i dataindsamling og registrering. Det skal være tydeligt, hvad data skal bruges til, for at dataindsamlingen opleves som meningsfuld.

Afhængigt af om personalet skal registrere data online eller på papirkemaer, anbefales det, at man som forsker indsamler dataskemaer cirka én gang om måneden. Indsamlingen kan være en god anledning til at få en dialog om status på projektet og til at foretage justeringer, hvis dataindsamling og registrering ikke forløber planmæssigt. Den tætte opfølgning og tilbagemelding er afgørende for at sikre datakvaliteten og give dataindsamlerne en oplevelse af, at deres arbejde er betydningsfuldt. Selvom opgaven er tidskrævende for forskeren, er det en god investering for projektet.

Registerdata

I forbindelse med forskning i kommuner er det muligt at koble data med registre fra Danmarks Statistik. Som forsker skal man være opmærksom på, at det koster penge at få adgang til disse data.

Spørgeskemaer

I projekter, hvor de kommunale medarbejdere skal få borgere til at besvare spørgeskemaer, er det væsentligt, at man som forsker har gennemgået skemaerne med de ansatte. Det er afgørende, at alle ansatte forstår spørgsmålene ens og kan forklare borgerne, hvordan de skal forstå svarmulighederne. Det er desuden vigtigt, at man i sit budget har indregnet tid fx til indtastning af data eller til at informere borgerne. Det er opgaver, der potentielt kan fylde meget, og som ikke bør undervurderes. Det kan være en tidskrævende proces at få kontakt til borgerne og få dem til at føle sig trygge, særligt hvis der er tale om en sårbar eller ældre population.

Juridiske problemstillinger ved datadeling

I tværsektorielle forskningsprojekter vil man ofte støde på udfordringer med udveksling af data fra én institution til en anden. Særligt efter GDPR er det blevet omstændeligt og tidskrævende at udveksle data på tværs af sektorer. Som hovedregel gælder, at løsningen skal findes lokalt, og at det ikke altid vil være muligt. Hvis datadelingen sker internt i kommunen på sundheds- og omsorgsområdet, bør det ikke skabe problemer, men når data skal deles på tværs af forvaltninger, kan der opstå problemer. Ligeledes kan der opstå problemer i projekter, der involverer flere kommuner. Selvom kommunerne anvender samme system, er det ikke sikkert, at data er registreret på samme måde, hvorfor man ikke på forhånd kan gå ud fra, at der kan udtrækkes sammenlignelige data.

Formidling

Som beskrevet er det vigtigt at orientere om projektets fremdrift og foreløbige resultater undervejs i projektet, men lige så vigtigt er det i den afsluttende fase. I samarbejdet med kommuner er det essentielt at tænke formidling på flere planer og ikke alene i form af videnskabelige publikationer eller tidsskriftartikler. For kommunerne har det betydning, at de får en lettilgængelig rapport baseret på det samlede projekt inklusive resultater og perspektiver for fremtiden. Dertil kommer, at kommunerne ofte er interesseret i, at forskeren kommer ud og præsenterer projektets resultater. Endelig er det vigtigt, at man allerede som led i forventningsafstemningen præciserer, hvem der skal involveres i formidlingen af projektet i forhold til pressen og lignende. Dette er særligt vigtigt, hvis man samarbejder med flere forskellige kommunale parter.

Eksempel på et forskningsprojekt med kommunesamarbejde:

Forskningsprojektet CLEAR har til formål at optimere den tværsektorielle rehabiliteringsindsats for sårbare ældre med etnisk minoritetsbaggrund og demens, herunder bl.a. at styrke samarbejdet mellem kommunale demenskoordinatorer og tosprogede sundhedsformidlere. Forskningsprojektet gennemføres af Nationalt Videnscenter for Demens i samarbejde med Invandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital og Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj og Odense kommuner.

For yderligere info: www.videnscenterfordemens.dk/forskning/clear-forbedret-indsats-for-aeldre-med-etnisk-minoritetsbaggrund-og-demens/

Vigtige opmærksomhedspunkter ved forskning i samarbejde med almen praksis

Den almenmedicinske forskning i Danmark udgår hovedsageligt fra de fire almenmedicinske forskningsenheder i Aalborg, Aarhus, Odense og København. Forskningsprojekter kan dog også være forankret andre steder. Samtidig ses en tendens til, at flere af de projekter, der involverer almen praksis, modsat tidligere har et tværsektorielt sigte. Det betyder, at de udover at se på almen praksis som en selvstændig enhed beskæftiger sig med samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Forskning i og i samarbejde med almen praksis er desværre blevet vanskeligere de senere år. Dette hænger først og fremmest sammen med, at praktiserende læger oplever et øget arbejdspress, hvorfor de primære kerneopgaver prioriteres over forskningsrelaterede opgaver. Dertil kommer, at nogle praktiserende læger generelt prioriterer forskning højere end andre. Det betyder langt fra, at man som forsker skal afholde sig fra at inddrage almen praksis i projekter, men at det er afgørende at have en forståelse for de rammer og vilkår, som almen praksis fungerer under, når man designer sit forskningsprojekt og skal sikre opbakning fra praksis.

I de kommende afsnit vil det blandt andet blive beskrevet, hvordan og hvornår man som forsker bør involvere almen praksis i sit forskningsprojekt, hvordan man sikrer vedvarende motivation, og hvordan man som forsker får udarbejdet og indgået honoreringsaftaler og sikrer opbakning til sit projekt.

Involvering er central

Almen praksis kan involveres i forskning på forskellige niveauer. I den ene ende af spektret ligger de forskningsprojekter, hvor praksis bliver bedt om at deltage i et interview eller at besvare et spørgeskema. Det er opgaver, der er kendetegnet ved at kræve begrænset tid og ved ikke at involvere patienter. Længere henne af spektret ligger de projekter, hvor almen praksis bliver bedt om at deltage i fokusgrupper eller medvirke i en workshop eller en samskabelsesproces. Endelig i den modsatte ende af spektret findes de større interventionsforskningsprojekter, hvor de deltagende læger skal ændre adfærd eller organisering af opgaver i deres praksis.

I hvilken fase af et forskningsprojekt almen praksis bør involveres, afhænger af, hvilke opgaver praksis skal varetage i projektet. Er der tale om deltagelse i interviews eller besvarelse af spørgeskemaer, er det ikke nødvendigt at inddrage praksis tidligt i projektet, men der skal afsættes tid til at rekruttere praksis og motivere til deltagelse. Anderledes er det, hvis der er tale om interventionsforskning, som indebærer patientrelaterede ydelser, og hvor almen praksis skal rekruttere patienter, udføre nye opgaver eller tilgå en opgave mere systematisk end normalt. I disse tilfælde er det væsentligt, at der inddrages repræsentanter for almen praksis i alle faser af projektet og allerede i udviklingsfasen. Den tidlige inddragelse er afgørende for at sikre, at projekterne er realistiske, tilgodeser lægernes arbejdsvilkår og organisatoriske rammer, og opleves som meningsfulde for de deltagende praksis. Dertil kommer, at motivationen for at deltage vil være højere, hvis almen praksis har været involveret fra start.

Almen praksis bør desuden indtænkes og være repræsenteret i projekternes arbejdsgrupper og/eller styregrupper. I styregruppen kan det fx være en praktiserende læge udnævnt af en af de regionale kvalitetsenheder for almen praksis, der deltager. Flere forskere oplever, at det er svært for de praktiserende læger at deltage i arbejdsgruppemøder og/eller styregruppemøder. Dette skal ikke opfattes som udtryk for manglende interesse, men skyldes, at det kan være vanskeligt at få møderne passet ind i en travl hverdag både i og uden for åbningstiderne i praksis. Det kan derfor være en god idé at tænke i alternative løsninger på, hvordan almen praksis kan få mulighed for at bidrage med deres input. Det kan fx foregå ved, at lægerne får tilsendt mødematerialet, som der efterfølgende følges op på telefonisk.

Motivation for at deltage

Flere forhold er afgørende for, om den enkelte praksis accepterer at deltage i et forskningsprojekt. Overordnet set gælder, at almen praksis skal have faglige eller økonomiske interesser i projektet. Hvad angår det faglige, finder mange læger det vigtigt, at forskningen har et 'kvalitetsudviklingsperspektiv' således, at man som læge oplever at få et fagligt udbytte af at deltage. Det kan være i form af øget viden på et område eller opkvalificering af egne eller praksispersonalets kompetencer.

Det er væsentligt, at de pågældende praksis har et patientgrundlag, der rummer de patienter, som efterspørges til et givent projekt. Har den enkelte praksis eksempelvis to patienter i målgruppen og har allerede godt styr på disse patienter, giver det ikke mening at deltage. Derudover skal lægerne kunne se relevansen af projektet i deres kliniske hverdag. Det har også betydning, om projektet er målrettet områder, hvor den enkelte læge i forvejen har en interesse i at udvikle sig og dermed kan se en nytteværdi af projektet.

For en stor andel af de praktiserende læger spiller det økonomiske incitament ikke en afgørende rolle. Lægerne deltager typisk i forskningsprojekter, fordi de finder projektet interessant og meningsfuldt. Det betyder ikke, at de ikke skal kompenseres for den tid, de bruger på projektet, men at økonomien ikke er afgørende for, om lægerne deltager.

Rekruttering

Rekruttering af almen praksis (praktiserende læger og/eller praksispersonale) til et forskningsprojekt er en stor og ofte tidskrævende opgave afhængig af, hvor mange praksis der skal rekrutteres. Der er forskellige metoder tilgængelige, når almen praksis skal rekrutteres. Metoderne står listet nedenfor og vil blive uddybet i det følgende. Hvilken metode der er mest egnet, vil afhænge af det konkrete forskningsprojekt. Ofte vil det være hensigtsmæssigt at benytte en kombination af flere metoder.

Metoder til rekruttering af almen praksis

- Oplæg i fora for almen praksis
- Skriftlig henvendelse til almen praksis
- Udvalgelse af lokale ambassadører
- Forskningsenhederne for Almen Praksis
- De regionale kvalitetsenheder for Almen Praksis
- Klyngerne
- Tolvmandsforeningerne

Oplæg i fora for almen praksis

Det kan være hensigtsmæssigt at søge at skabe bred interesse for sit forskningsprojekt blandt praktiserende læger ved at holde oplæg om projektet i relevante fora, inden man retter direkte henvendelse til hver enkelt praksis i en region, en kommune eller et lokalområde. Her kan forskellige fora være oplagte, herunder bl.a. Lægedage, Store Praksisdag og Store Praksispersonaledag. Generelt gælder det, at man skal være tidligt ude for at få sit projekt på dagsordenen til disse dage.

Efterfølgende kan man med fordel rette direkte henvendelse til de praksis, der har deltaget og udvist interesse for projektet, så de får mulighed for at høre nærmere om projektet og tage stilling til deres deltagelse.

Skriftlig henvendelse til almen praksis

Det er også muligt at rekruttere praksis ved at rette skriftlig henvendelse enten pr. brev eller mail. Benytter man sig af denne metode, er det vigtigt at være opmærksom på, at beskrivelsen af projektet skal være meget kortfattet med mulighed for at få mere viden, hvis der er interesse for det. Dette kan være via et link i brevet eller mailen eller ved, at forskeren tilbyder at besøge praksis. Rettes der skriftlig henvendelse til praksis, må man regne med, at ca. 15-20 % af de adspurgte praksis vælger at deltage, og at det kræver telefonisk opfølgning på henvendelsen at få praksis til at tage stilling til deltagelse.

Udvælgelse af lokale ambassadører

Afhængig af projektdesign kan det være fordelagtigt at ansætte praktiserende læger fra det lokalområde, hvor projektet foregår, som lokale ambassadører for projektet. Dette kan være en tung og dyr løsning, men ressourcerne kan være givet godt ud, hvis der eksempelvis er tale om et større randomiseret studie eller et projekt, hvor der indgår patientrelaterede ydelser. Ved denne metode vil forskningsprojektet betale et antal praktiserende læger for at rekruttere praksis til projektet. Det kan virke mere overbevisende, når en fagfælle kommer ud og taler for et projekt, men det forudsætter, at den pågældende læge har et godt netværk i den eller de områder, der skal rekrutteres fra.

Forskningsenhederne for Almen Praksis

Der er fire forskningsenheder for Almen Praksis i Danmark. De ligger fysisk placeret på Aalborg Universitet, Aarhus Universitet, Syddansk Universitet og Københavns Universitet. Det

kan være en fordel at få forankret sit forskningsprojekt i en forskningsenhed, fordi der er ansat læger, som både forsker og arbejder som praktiserende læger. Det betyder, at disse læger har stor forståelse for, hvad der foregår i klinisk praksis. Samtidig har de en forpligtelse til at hjælpe de tværfaglige miljøer og kan vejlede om, hvordan man bedst adresserer de praktiserende læger, og hvad der skal til for, at de fatter interesse for projektet. Generelt er der i praksis stor imødekommenhed overfor forskningsenheder og forskere, der har kendskab til almen praksis, mens der omvendt er en vis skepsis overfor forskere, som ikke kender den kliniske hverdag i almen praksis. Det er derfor afgørende, at man som forsker går i dialog med lægerne og er nysgerrig på og ydmyg overfor lægernes hverdag. Forskningsenhederne vil i mange tilfælde hensigtsmæssigt kunne fungere som den primære indgang og rekrutteringskanal til almen praksis, da der generelt er en god netværkskontakt mellem de praktiserende læger og forskningsenhederne. Derfor opleves der også stor opbakning til projekter, der udgår fra forskningsenhederne.

Endeligt vil lederne af de almenmedicinske forskningsenheder eller institutter kunne sikre, at projektet vil blive anbefalet af Multipraksisudvalget (nærmere information om Multipraksisudvalget findes senere i dette kapitel).

De regionale kvalitetsenheder for almen praksis

Ved forskningsprojekter, der består af større interventioner/indsatser, opfordres der til, at man henvender sig til de regionale kvalitetsenheder for almen praksis, som også har regionale konsulenter ansat. Som navnet antyder, har enhederne fokus på kvalitetsudvikling og har samtidig et solidt lokalkendskab. Organiseringen er forskellig regionerne imellem, hvilket man kan orientere sig om på www.sundhed.dk. Enhederne kan udpege en repræsentant for almen praksis til projektets styre- eller koordinationsgruppe, og der er mulighed for, at vedkommende kan hjælpe med rekrutteringen af læger til projektet.

Desuden vil det i nogle af kvalitetsenhederne være muligt at bede om hjælp til at sprede information om sit projekt via nyhedsmails. Eksempelvis udsender Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Nordjylland nyhedsmails til alle regionens praktiserende læger og deres praksispersonale en gang om ugen. Det er oplevelsen, at nyhedsbrevet bliver læst og kan være en god vej til at skabe opmærksomhed og dialog om et projekt.

Klyngerne

Eftersom klyngerne er etableret med henblik på kvalitetsudvikling og ikke forskning, skal eventuel kontakt til klyngerne ske med omtanke. Det betyder ikke, at man som forsker skal holde sig tilbage, hvis man kender en læge, der sidder i en klynge i den kommune eller det område, man skal rekruttere fra. Hvis projektet er relevant for klyngerne, kan det være en rigtig god indgang at få etableret et klyngesamarbejde og få sit projekt på dagsordenen. Der er ikke restriktioner for, hvad klyngerne må deltage i, men fra nationalt hold ønskes det, at de skærmes for indblanding udefra. For ikke at overbelaste klyngerne er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at få oplyst navnene på klyngekoordinatorerne. På KIAP's hjemmeside er det oplyst, hvad de forskellige klynger hedder, og hvor de er geografisk placeret, men ikke hvilke læger der indgår i de respektive klynger. Det forventes, at der med tiden formelt vil blive åbnet op for inddragelse af klyngerne i forskningsprojekter.

Værd at vide om klyngerne

Etablering af klynger som omdrejningspunkt for kvalitetsudvikling i almen praksis skete som led i overenskomstaftalen mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) i 2018.

Klyngesamarbejdet har til formål at skabe et lægefagligt forum, hvor praktiserende læger mødes og deler viden og erfaringer og udvælger konkrete fokusområder for kvalitetsudviklingen. Det er et fagligt og professionelt fællesskab, der har fokus på at udvikle kvaliteten af det lægefaglige arbejde med udgangspunkt i sundhedsfaglige data og kollegial sparring.

Klyngerne har et geografisk lokalt afsæt og omfatter flere steder typisk en kommune og i de større byer ofte et lokalområde. 98 % af alle praktiserende læger er en del af en klynge, og på landsplan er der oprettet 114 klynger. Klyngerne varierer i størrelse, men inkluderer i gennemsnit 29 læger med i alt 48.000 patienter.

Klyngerne mødes typisk 2-4 gange om året à tre timers varighed. Indenfor den enkelte klynge beslutter lægerne selv, hvilke faglige emner de vil arbejde med. Hver klynge har en klyngekoordinator, der løbende understøtter klyngens arbejde, og som typisk faciliterer diskussionerne på møderne.

For yderligere information om klyngerne og deres arbejde henvises til KIAP's hjemmeside: <https://kiap.dk/>

Tolvmandsforeningerne

Godt 90 % af alle praktiserende læger er formelt organiseret i tolvmandsforeninger (efteruddannelsesgrupper), hvorfor disse foreninger er en ideel indgang til rekruttering af almen praksis til forskningsprojekter. Rekruttering via tolvmandsforeningerne vil være en hensigtsmæssig løsning, hvis projektet indebærer uddannelse af de deltagende praksis, enten af lægerne selv eller af deres praksispersonale. Man skal være opmærksom på, at tolvmandsforeningerne ikke er lokalt forankrede som klyngerne. Medlemmerne af en tolvmandsforening vil typisk have praksis indenfor samme region, men de enkelte praksis kan være spredt ud over et større geografisk område.

Honorering og honoringsaftaler

Som forsker er det vigtigt at være bekendt med, at praksis skal aflønnes for at indgå i forskningsprojekter. Om der skal indgås en decideret honoringsaftale, afhænger af, hvilke opgaver praksis skal varetage. Som hovedregel gælder, at der skal indgås en aftale, hvis man beder praksis om at afprøve noget nyt, der ligger ud over overenskomsten, og der samtidig er tale om patientrelaterede ydelser.

I forskningsprojekter, hvor praksis skal medvirke i et interview eller skal udfylde et spørgeskema, skal man benytte sig af konsulenttaksten, og det vil ikke være nødvendigt med en nedskrevet aftale. Den aktuelle konsulenttakst gældende fra 01.10 2019 er 941,48 kr. i timen.

Indgåelse af honoringsaftaler

Det er en tidskrævende proces at få udformet og godkendt en honoringsaftale. Det anbefales, at der afsættes 3-4 måneder til dette arbejde, fra man går i gang med at

udforme aftalens indhold, til en underskrevet aftale foreligger. Årsagen til, at processen kan trække ud, er godkendelsesprocessen i PLO.

PLO mener, at rekrutteringen af praktiserende læger til et projekt først kan indledes, når der foreligger en underskrevet honoreringsaftale, mens det blandt flere praktiserende læger bliver anset for tilstrækkeligt, at de i rekrutteringsfasen orienteres om, at der indgår honorering, og at en aftale er under udarbejdelse. I den forbindelse vil det være væsentligt, at der er åbenhed om, hvor projektmidlerne kommer fra. Multipraksisudvalget vil generelt ikke anbefale projekter finansieret af medicinalindustrien.

Aftalens indhold

Det kan være vanskeligt at vide, hvordan man opstiller en honoreringsaftale, hvis ikke man har erfaring på området. Det anbefales, at man, inden man retter henvendelse til PLO, inddrager sin region med henblik på at undersøge, hvad der foreligger af lignende projekter i regionen og i regionerne i øvrigt.

I boksen nedenfor ses en oversigt over, hvad en honoreringsaftale skal indeholde.

Indhold i honoreringsaftaler

- Formål
- Målgruppe
- Opgaver
- Honorering
- Aftaleperiode
- En beskrivelse af, hvad man gør, hvis der opstår uenigheder

Afregning

Når man er kommet til enighed om taksterne for honorering af almen praksis, skal man som forsker overveje, hvordan lægerne skal afregne deres arbejde i projektet. En mulighed er at indgå en administrationsaftale med regionen, hvor den pågældende region tildeler lægerne et ydelsesnummer og står for at udbetale honoraret og derefter sender en regning til projektet. Denne model vil være hensigtsmæssig ved større projekter, hvor der skal afregnes for mange ydelser. Ved indgåelse af administrationsaftaler oprettes et særskilt ydelsesnummer, og afregningen sker løbende gennem projektet. Hver gang lægen har lavet en opgave i forbindelse med projektet, angiver lægen ydelsen og bliver afregnet af regionen, som afregner med projektet én gang årligt. Udgiften til regionen for at varetage denne opgave består af et fast oprettelsesgebyr og et beløb pr. ydelsesnummer. Hvis man har en aftale indeholdende tre forskellige ydelser, skal der betales et beløb for hver ydelsestype. Der findes ikke en fast takst på tværs af regionerne. De lokale takster kan oplyses ved henvendelse til den pågældende region. Det er en fordel, at man som forsker forsøger at reducere antallet af ydelsesnumre i et projekt. Et stort

antal ydelsesnumre vanskeliggør afregningen for lægerne, og for forskerne kan der være et stort stykke arbejde forbundet med dette i tilfælde af, at lægerne har brug for hjælp til at registrere korrekt.

Eftersom regionen skal betales for at stå for en administrationsaftale, kan det ved mindre projekter være at foretrække, at projektorganisationen selv står for afregning af ydelserne. Typisk vil dette ske via Virk.dk.

Rammeaftale

På nuværende tidspunkt foreligger der ikke en rammeaftale til honorering af praktiserende læger, der indgår i forskningsprojekter, men der er overvejelser om at indgå en sådan. I forskningsprojekter handler det grundlæggende om, at forskere køber de praktiserende lægers tid, og det kan derfor være hensigtsmæssigt at tænke i modultakster som fx timinutters moduler. Honoraret pr. timinutters modul udgør 137,62 kr. (Overenskomst om Almen Praksis, 1. april 2020). Opgaven for forskeren er at tidssætte hver ydelse. Vurderes en ydelse eksempelvis at tage 30 minutter, skal honoraret lyde på tre gange beløbet for et timinutters modul. En rammeaftale vurderes at kunne spare både forskere, regionerne og PLO en betydelig mængde tid. Region Hovedstaden har indledt dialog med PLO om indgåelse af en rammeaftale, men der peges på, at det vil være hensigtsmæssigt, at aftalen kan dække alle regioner.

Multipraksisudvalget

Det anbefales, at forskningsprojekter, der involverer seks eller flere praksis, indsendes til vurdering hos Multipraksisudvalget.

I boksen nedenfor følger en kort beskrivelse af udvalget og dets arbejde.

Multipraksisudvalget (MPU)

Udvalgets formål er at vurdere forskningsprojekter, der ønskes gennemført som multipraksisundersøgelser, dvs. med deltagelse af mindst seks praksis (praktiserende læger og/eller praksispersonale; ved samarbejdspraksis tæller hver deltagende praksis for én praksis). I vurderingen indgår en bedømmelse af projektets gennemførlighed og relevans for almen praksis.

Vurderingen omfatter blandt andet følgende elementer:

Er projektet relevant for almen praksis?

- Er projektet gennemførligt med hensyn til den valgte metode og materialestørrelse?
- Sker rekruttering af læger og patienter på en hensigtsmæssig måde?
- Er antallet af deltagende praktiserende læger rimeligt?
- Medfører projektet ekstraudgifter for Sygesikringen?
- Er lægernes tidsforbrug af en størrelsesorden, så en eventuel manglende honorering vil medføre lavere deltagelse og dermed forringe den videnskabelige værdi væsentligt?
- Er der balance mellem eventuel honorering og tidsforbrug?
- Er projektet kvalitetssikring eller et videnskabeligt projekt?
- Er aftalerne om publikationsrettigheder i orden?

Udvalgets medlemmer

Udvalget for Multipraksisundersøgelser er nedsat i fællesskab af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). Det består af fire medlemmer: To medlemmer er udpeget af PLO's bestyrelse, og to er udpeget af DSAM's bestyrelse.

Reference: <https://www.dsam.dk/forskning/multipraksisudvalget/>

Ekspeditionstiden i MPU er cirka tre uger, og vurderingen af projektet offentliggøres på DSAM's hjemmeside.

Vurderingen fra MPU er vejledende for de praktiserende læger, der overvejer at deltage i projektet. MPU kan vælge at:

- Anbefale praktiserende læger at deltage
- Hverken anbefale eller fraråde praktiserende læger at deltage
- Fraråde praktiserende læger at deltage.

Anbefales projektet, vil det blive offentliggjort umiddelbart efter, svaret er sendt til forskningsgruppen. Hvis MPU fraråder eller hverken anbefaler eller fraråder praktiserende læger at deltage, offentliggøres projektet efter 14 dage. I denne periode er der mulighed for at gøre indsigelse. Ved indsigelse offentliggøres kun MPU-nummer og oplysning om, at der er indsigelse mod offentliggørelse.

Det er ikke altafgørende, at et projekt indsendes til vurdering hos MPU, men det vil have en væsentlig betydning for mange læger, da det indebærer, at projektets faglige indhold og relevans for praksis er blevet vurderet af kollegaer. En anbefaling af projektet fra MPU til de praktiserende læger anses for at være en blåstempling af projektet. Den enkelte læge behøver derfor ikke vurdere kvaliteten af projektet, men kan alene fokusere på, om han/hun finder det interessant og relevant og kan afsætte den nødvendige tid til at deltage. I alle tilfælde er det op til den enkelte læge at overveje sin eventuelle deltagelse.

Projekter, der er godkendt af MPU, kan ansøge Fonden for Almen Praksis om dækning af honorar til praktiserende læger, der deltager i indsamling af data i forbindelse med forskningsprojektet. Der er ansøgningsfrist én gang årligt i august. De praktiserende lægers ydelser takseres i forhold til tidsforbrug og aflønnes med et eller flere timinutters moduler. Honorar pr. modul udgør 137,62 kr. (Overenskomst om Almen Praksis, 1. april 2020).

Generelt i forhold til Multipraksisudvalget anbefales det, at man på forskningscentre har en person ansat, der faciliterer og iværksætter projekter med almen praksis, og som har til opgave at have løbende dialog med MPU.

Uddannelse

Hvis praksis skal deltage i undervisning eller kursusaktivitet som led i deres deltagelse i et forskningsprojekt, skal både den praktiserende læge og praksispersonalet, der deltager, honoreres for tabt arbejdstid. Til honorering kan konsulenttaksten anvendes. Hvis transporten til undervisningsstedet indebærer en væsentlig ulempe for den enkelte, skal der ligeledes aflønnes for transporttid.

Tidspunktet for undervisningen vil være afgørende for opbakningen. Det anbefales, at undervisningen placeres i tidsrummet kl. 16:00-18:00 eller kl. 16.30-18.30, hvis undervisningen ikke foregår i den enkelte læges egen praksis. Er der transporttid til undervisningsstedet, bør starttidspunktet ikke være tidligere end kl. 16.30. Fra almen praksis er der ønske om, at eventuel undervisning foregår tirsdage, onsdage eller torsdage. Det anbefales, at der er forplejning til arrangementet. Som et alternativ til det fysiske møde kan undervisningen foregå online og tillade, at den praktiserende læge og/eller praksispersonalet deltager, når det passer dem.

Uanset hvilket format der vælges, kan underviseren med fordel være en praktiserende læge, en praksissygeplejerske eller en speciallæge indenfor projektets fokusområde. Det vil sende et signal om, at projektet er tilpasset almen praksis og give deltagerne mulighed for at spejle sig i underviseren.

Arbejds-/opgavebeskrivelser

I større interventionsprojekter vil det ofte være nødvendigt med en vis ensartethed i måden, hvorpå interventionen leveres/håndteres. Dette kræver, at der udfærdiges klare opgavebeskrivelser til de involverede praksis, både i forhold til hvad projektet går ud på, og hvad der forventes af praksis. I den forbindelse er det vigtigt, at man som forsker er opmærksom på, at der er stor variation i, hvordan praktiserende læger har organiseret sig og håndterer tingene i praksis. Det er således afgørende, at man giver praksis råderum til selv at definere, hvem der er tovholder og skal udføre de opgaver, der relaterer sig til projektet. I praksis, hvor der er ansat praksispersonale, vil lægen typisk vælge at uddelegere mange opgaver til personalet. Skal der eksempelvis følges en skabelon, vil mange læger uddelegere det til personalet og selv udelukkende stå for de opgaver, der kræver lægefaglig kompetence.

Generelt bør interventionen være så enkel som mulig. Bliver indsatsen for kompleks, er der stor risiko for, at kvaliteten forringes. Det er desuden vigtigt, at man som forsker forholder sig til, hvad der er "need to know", og hvad der er "nice to know" for de deltagende praksis.

Indhentning af patientsamtykke

I forskningsprojekter, hvor patientsamtykke er påkrævet, vil det ofte være hensigtsmæssigt, at en enkelt person i praksis står for at indhente samtykket. For at kunne varetage denne opgave skal praksis have tilstrækkelig information om projektet til at kunne give mundtlig information og svare på spørgsmål derom. Derudover skal skriftlig information om projektet være tilgængelig i praksis i form af fx en patientinformationsfolder. Det er vigtigt, at opgaven med at informere om projektet og indhente samtykke er tidsat, og at lægerne modtager honorar for opgaven.

Fastholdelse af fokus på og motivation for projektet

I længerevarende projekter kan det ofte være en udfordring at fastholde fokus på og motivation for projektet i en travl klinisk hverdag, hvor projektrelaterede opgaver nemt kan blive glemt. Det kræver en stor indsats fra forskeren at opretholde fokus og motivation i almen praksis, så projektet kan følge planen og nå i mål. Helt afgørende er det, at projektet opleves som relevant, overskueligt og enkelt. Derudover er der en række værktøjer, man som forsker med fordel kan gøre brug af.

For det første kan det være en god idé at ansætte en projektmedarbejder, der har til opgave løbende at besøge klinikkerne primært for at sikre en løbende opfølgning på dataindsamlingen, men i høj grad også for at skabe synlighed, så det bliver mere tilgængeligt for praksispersonalet at kontakte forskergruppen, hvis der undervejs i projektet opstår tvivl eller problemer. De løbende besøg kan desuden med fordel benyttes til at orientere om status på projektet. Det kan for en praksis være motiverende at vide, fx hvor mange patienter der samlet er inkluderet, og hvor mange patienter egen praksis har bidraget med. For projektmedarbejderen er det en stor og tidskrævende, men samtidig vigtig opgave for at fastholde motivationen i praksis. Det kan være en god idé at systematisere møderne og planlægge dem for et år ad gangen. Der kan evt. aftales 2-3 årlige møder med en fast plan

for, hvad der skal gennemgås. Den løbende feedback og dialog er vigtig for at vedligeholde interessen for projektet. Som supplement til de løbende møder kan der udsendes nyhedsbreve undervejs i projektet. Nyhedsbrevene kan orientere om status og foreløbige resultater samt give en venlig benchmarking klinikkerne imellem.

For det andet er det vigtigt, at der udpeges en person i praksis, der kan være ankerperson eller tovholder på projektet. I de praksis, hvor der er ansat en sygeplejerske, vil han/hun typisk være tovholder. Tovholderen kan med fordel stå for kontakten til forskeren og ud i huset i forhold til at sikre, at der er styr på det praktiske forbundet med projektet og i forhold til at fastholde motivationen hos resten af personalegruppen. Som forsker er det væsentligt, at man løbende anerkender det arbejde, der ligger i at varetage tovholderfunktionen.

Dataindsamling

Det vil variere fra projekt til projekt, hvilke(n) type(r) data, der ønskes indsamlet i praksis. Generelt gælder det, at indsamlingen af data skal være så enkel og så lidt tidskrævende som muligt for praksis.

Journaludtræk er én mulighed for indsamling af data. Denne løsning kræver, at man til forskningsprojektet alene har brug for oplysninger, som den enkelte læge i forvejen registrerer. I forbindelse med anvendelse af journaludtræk skal man som forsker være bevidst om, at der eksisterer forskellige journalsystemer i praksis, som ikke alle giver de samme muligheder for at søge data frem og skabe overblik. Endvidere er det vigtigt at vide, at der er stor variation i, hvor detaljerede lægerne er i deres journalregistreringer. Selve udtrækningen af data kan foretages af praksispersonalet eller af en projektmedarbejder. Er det en projektmedarbejder, der skal stå for opgaven, skal dette aftales med praksis, og der skal indhentes tilladelse hertil.

Data, der ikke indhentes via journaler, kan enten registreres i et online system, der er sat op til projektet, eller registreres på et papirskema. Det er forskelligt, hvilket format lægerne foretrækker, men som forsker bør man være opmærksom på, at online systemer giver lettere adgang til løbende benchmarking lægerne imellem og til at følge med i dataindtastningen og derved sikre, at data registreres korrekt og fyldestgørende.

Udover at lade personalet registrere projektdata, vil det i nogle projekter være hensigtsmæssigt at lade patienterne selv registrere data fx via en tablet. Dette kan eksempelvis foregå i venteværelset inden selve konsultationen. Det er vigtigt, at lægen udelukkende bliver bedt om at registrere data, som kun lægen og ikke andre kan registrere.

Formidling af resultater

Det er vigtigt, at der udarbejdes en plan for, hvordan projektets resultater formidles til de involverede praksis. Udover at få udleveret en rapport med resultaterne vil mange praktiserende læger og deres praksispersonale være interesseret i et besøg i praksis, hvor de bliver orienteret om resultaterne, fordi de derved får indtryk af at få noget tilbage og oplever at have bidraget til forskningen indenfor det pågældende område.

Eksempel på et forskningsprojekt med samarbejde med almen praksis:

Forskningsprojektet Udvikling af løsninger til optimering af medicinforbrug hos ældre efter indlæggelse på sygehus har til formål at udvikle en metode til medicingennemgang og -sanering for ældre efter udskrivning fra sygehus. På baggrund af en undersøgelse af behov, ønsker og barrierer hos de forskellige aktører udvikles sammen med patienter, pårørende, læger, farmaceuter og hjemmehjælpere en løsning, som derefter tilpasses og afprøves. Projektet gennemføres i regi af forskningsprogrammet PÅ FORKANT, der er et samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger i disse kommuner samt universiteter. Desuden indgår fire brugere i projektets styregruppe.

For yderligere info: www.sygehussonderjylland.dk/wm499408

Sammenfatning

I de tre foregående afsnit er det beskrevet, hvad man som forsker bør være opmærksom på, når man bedriver forskning med brugerinddragelse og i samarbejde med kommuner og almen praksis. Som nævnt indledningsvist vil mange forskningsprojekter involvere flere af parterne samtidig. Selvom samarbejdet med de forskellige parter involverer forskellige tilgange og metoder, er der alligevel flere forhold, der går igen på tværs af de tre områder. Dette afsnit indeholder en oversigt over, hvad man som forsker som hovedregel altid bør overveje, når man står overfor at skulle bedrive praksisnær forskning.

Vigtige opmærksomhedspunkter ved forskning i praksis	
Rettidig involvering	Det er vigtigt, at man som forsker nøje overvejer, i hvilken fase af projektet praksis skal involveres. Ofte vil det være hensigtsmæssigt at involvere praksis tidligt i processen, men det afhænger af formål og projektdesign.
Rekruttering	Rekruttering af borgere/brugere og/eller personaler fra kommunen og almen praksis er en tidskrævende proces. Det er væsentligt som forsker at orientere sig om, hvilke kanaler der kan rekrutteres igennem, og hvordan dette bedst gøres.
Forventningsafstemning og evt. udarbejdelse af samarbejdsaftale	Ved forskningsprojekter, der involverer samarbejde med borgere/brugere, kommuner og almen praksis er det væsentligt, at der foretages en forventningsafstemning til samarbejdet tidligt i projektforløbet. Forventningsafstemningen kan i mange sammenhænge med fordel nedskrives som en konkret samarbejdsaftale.
Projektorganisering	Det er afgørende, at der laves en projektorganisering, der sikrer, at relevante ledere, medarbejdere og brugere er aktivt informeret og involveret hele vejen igennem projektet. Det vil som udgangspunkt være hensigtsmæssigt, at parterne er repræsenteret i både projekt- og styregrupper.
Honorering/frikøb/samfinansiering	Det er vigtigt, at der allerede ved projektopstart tages stilling til og indgås aftaler om, hvordan de involverede samarbejdspartnere skal aflønnes i projektet, og om der er mulighed for kommunal samfinansiering.
Fastholdelse af fokus på og motivation for projektet	Praksisnære forskningsprojekter er udfordret af, at de foregår sideløbende med kerneopgaverne i kommuner og almen praksis og skal indpasses i brugernes hverdag. Det er vigtigt, at man som forsker udarbejder en detaljeret plan for, hvordan man løbende i projektet fastholder motivation for projektet, og at der afsættes ressourcer til opgaven.
Dataindsamling og registrering	Der skal tidligt i projektet tages stilling til, hvilke data der skal indsamles og hvordan. Det er vigtigt, at man som forsker sætter sig ind i, hvilke data der allerede er tilgængelige, og hvilke der aktivt skal registreres af praksis undervejs i projektet. I forhold til sidstnævnte er det vigtigt, at der allokeres de nødvendige ressourcer til denne opgave.
Formidling	Det anbefales, at man som led i forventningsafstemningen indgår aftale om, hvordan projektets resultater skal formidles både internt og eksternt undervejs i projektet og ved projektafslutning.

Generelle perspektiver i forhold til praksisnær forskning

Erfaringsopsamlingen er et øjebliksbillede af, hvad de interviewede informanter erfarer, er vigtige opmærksomhedspunkter, når man bedriver praksisnær forskning. Opsamlingen viser, at det at bedrive forskning i samarbejde med praksis er nødvendigt for at udvikle og kvalitetssikre indsatser i sundhedssystemet og for at sikre, at den viden, der produceres, er relevant og valid i forhold til den kontekst, den skal benyttes i. Samtidig viser erfaringsopsamlingen, at både brugere, kommuner og almen praksis er skattede samarbejdspartnere i forskningen, ligesom vigtigheden af, at de er med til at definere og udpege fremtidige forskningsområder, understreges. Erfaringerne peger også på, at der fremadrettet i højere grad bør fokuseres på, at den forskning, der bevilliges støtte, er relevant for sundhedsvæsenets parter og er til gavn for brugerne/patienterne. For at sikre, at praksisnær forskning løbende udvikles og udbygges, er det vigtigt, at vi bliver ved med at indsamle erfaringer fra området og afprøver nye samarbejdsformer. Dette kan fx ske gennem etablering af netværk til brug for vidensdeling og etablering af nye samarbejder. I det følgende beskrives, hvordan samarbejdet mellem forskning og praksis i fremtiden kan udvikles, så vi sikrer, at praksis er med til at sætte forskningsdagsordenen, og hvordan fondene kan bakke op om dette.

Hvordan sikrer vi, at praksis er med til at sætte forskningsdagsordenen?

Et udviklingsområde indenfor den praksisnære forskning består således i etablering af en organisering, der understøtter, at både brugerorganisationer, kommuner og almen praksis i højere grad bliver i stand til at identificere, hvilke problemstillinger de har og ønsker belyst i en forskningsmæssig sammenhæng. Formålet med en sådan organisering vil være, at brugerorganisationer, kommuner og almen praksis i højere grad kan være med til at sætte retningen for forskningen og blive ligeværdige partnere, så der på sigt sikres bedre sammenhæng mellem behov i praksis og den forskning, som initieres i forskningsmiljøerne.

I forhold til kommunerne er et udviklingsområde, at forskningsmiljøerne bliver mere synlige og tilgængelige, så de kommunale aktører ved, hvor de kan henvende sig med udfordringer, som ønskes belyst i en forskningsmæssig sammenhæng. Der efterspørges konkret en oversigt over, hvor man som kommune kan henvende sig for at få hjælp.

I forhold til almen praksis er der et ønske om mere ensretning på tværs af regionerne i forhold til, hvordan man griber forskning an i almen praksis. Et forslag er, at der oprettes en samlet klinisk database for almen praksis, som gør det muligt at trække data, der kan belyse på hvilke områder, der er brug for forskning og udvikling.

Fra PLO's side er der desuden et generelt ønske om, at forskningen i almen praksis koordineres bedre, end tilfældet er i dag. Mange praktiserende læger oplever talrige henvendelser med invitationer til deltagelse i forskellige forskningsprojekter, som enten ikke er relevante, eller som ligner et tidligere eller allerede igangværende projekt i praksis. PLO udtrykker ønske om, at forskningsenhederne for almen praksis på tværs af landet bidrager til koordinering af nye projekter. I Skotland og Norge er der erfaringer med forskningsnetværk blandt

praktiserende læger, og det er muligt, at dette også kunne være en løsning i Danmark. Ideen er, at interesserede praksis kan tilmelde sig et forskningsnetværk. Tilmeldingen til netværket indebærer, at den enkelte læge får en årlig bevilling mod at medvirke i forskningsprojekter. I Skotland fungerer det sådan, at der er oprettet et projektkontor, der sørger for, at projekterne kommer rigtigt afsted til praksis og bliver koordineret bedre.

Hvilken rolle spiller fondene for valget af forskningsemner og -design?

Generelt for både offentlige og private fonde i Danmark gælder, at de indenfor de seneste ti år har udarbejdet meget veludviklede strategier, således at forskningen er blevet mere strategisk og skal tjene bestemte formål rettet mod bestemte problemstillinger. Både de private og offentlige fonde har en stor betydning for, hvilken retning forskningen tager, og oplevelsen er, at den frie forskning dermed har svære kår. Der hersker blandt informanterne en oplevelse af, at fondenes måde at vurdere forskning på er meget stringent, og at det randomiserede kontrollerede forsøg fortsat har forrang. Det gør det vanskeligt at tiltrække midler til for eksempel forskning i kommunerne, fordi det randomiserede design ofte ikke er hensigtsmæssigt i forhold til kommunal praksis. I de tilfælde, hvor det kan være meningsfuldt at anvende de klassiske randomiserede kliniske forsøgsdesign, er det typisk så ressourcekrævende, at man bør vurdere, om forskningsmidlerne kunne være brugt bedre på en anden måde. Udfordringen er, at både forskere og fonde fortsat er meget bundet af forskningstraditioner, som passer til klinisk forskning. Det resulterer i, at der fokuseres på interventionsforskning med interventioner, der ikke nødvendigvis er bæredygtige i driften i en kommunal setting. Der er enighed om, at det er en balance, hvor forskerne på den ene side skal arbejde stringent, mens bevillingsgiverne på den anden side også skal turde uddele støtte til andre typer projekter. Der er et udtalt ønske om, at fondene i højere grad bevilliger midler til forskning, der har en reel impact i forhold til borgere og patienter – altså forskning, der kan bruges i den kliniske hverdag til gavn for personale og borgere.

Bilag 1-3

Bilag 1. Informanter

Rapporten er baseret på interviews med 39 informanter med erfaring med forskningsprojekter udført i eller i samarbejde med praksis. Flere af de interviewede personer har erfaringer med at lave forskning i samarbejde med både almen praksis, kommuner og brugere, mens andre alene har erfaring med ét af områderne. Projektets informanter indbefatter både forskere, ledere og administratorer i sundhedsvæsenet og brugere. Informanterne er listet i oversigten nedenfor. De informanter, der har erfaring indenfor flere områder, står listet under hvert af disse områder.

Forskere med erfaring med brugerinddragelse

- Aase Marie Ottesen, ph.d., forskningsleder, Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet
- Annette Hallum Knudsen, evalueringskonsulent, Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA)
- Berit Kjærside Nielsen, ph.d., seniorforsker, programleder, DEFACTUM
- Christina Holm-Petersen, ph.d., chefanalytiker, VIVE Sundhed
- Henrik Bøggild, ph.d., overlæge, Aalborg Universitetshospital; lektor ved Institut for Medicin og Sundhedsteknologi samt Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet
- Lisbeth Hybholt, ph.d., seniorforsker, Kompetencecenter for Relationer og Deeskalering og Psykiatrien Øst, Psykiatrien Region Sjælland
- Michala Jessen, chefkonsulent, Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen, Center for Sundhed, Region Hovedstaden
- Mogens Hørder, professor, dr.med., Forskningsenheden for Brugerperspektiver, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet
- Pernille Tanggaard Andersen, ph.d., professor, forskningsleder, Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet

Brugerrepræsentanter

- Ditte Rosenkrands, næstformand, Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade
- Jette Bay, tandlæge, delegeret Scleroseforeningen, næstformand Patientinddragelsesudvalget, Region Hovedstaden
- Mette Pilegård Heissel, Kræftrådgivningen Hejmdal, Århus

Bilag 1. Informanter - fortsat

Forskere med erfaring med forskning i og i samarbejde med kommuner

- Aase Marie Ottesen, ph.d., forskningsleder, Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet
- Camilla Palmhøj Nielsen, ph.d., forskningschef, DEFACTUM
- Christian Backer Mogensen, ph.d., professor, forskningsleder, Akutmodtagelsen, Sygehus Sønderjylland og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet
- Christina Holm-Petersen, ph.d., chefanalytiker, VIVE Sundhed
- Henrik Bøggild, ph.d., overlæge, Aalborg Universitetshospital; lektor ved Institut for Medicin og Sundhedsteknologi samt Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet
- Jette Nygaard Jensen, ph.d., seniorforsker, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
- Kamilla Nørtoft, ph.d., lektor, Saxo-Instituttet, Københavns Universitet
- Mette Raunkjær, ph.d., seniorforsker, REPHA Videnscenter for Rehabilitering og Palliation
- Michala Jessen, chefkonsulent, Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen, Center for Sundhed, Region Hovedstaden
- Mikkel Rytter, ph.d., professor MSO, Institut for Antropologi, Aarhus Universitet
- Nete Schwennesen, ph.d., lektor, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
- Pernille Tanggaard Andersen, ph.d., professor, forskningsleder, Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet
- Rune Nielsen, ph.d., seniorforsker, Nationalt Videncenter for Demens
- Sara Fokdal Lehn, ph.d., postdoc, Steno Diabetes Center Sjælland
- Thomas Maribo, ph.d., forskningsleder, DEFACTUM
- Tine Curtis, leder af Center for Forebyggelse i Praxis, KL; forskningschef, Aalborg Kommune
- Ulla Toft, ph.d., professor, sektionschef, Sektion for Sundhedsfremme og Forebyggelse, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden
- Vibeke Byg, ph.d., chefkonsulent, Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune

Repræsentanter fra kommuner

- Addie Just Frederiksen, leder af Forebyggelsesområdet, Frederiksberg Kommune
- Henrik Tafdrup, samordningsleder, Frederiksberg Kommune
- Mikkel Grimmeshave, vicedirektør, Sundhed og Administration i Sundheds- og Kulturforvaltningen, Aalborg Kommune
- Vibeke Byg, ph.d., chefkonsulent, Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune

Bilag 1. Informanter - fortsat

Forskere med erfaring med forskning i og i samarbejde med almen praksis

- Anne Møller, praktiserende læge, ph.d., lektor, Afdeling for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, formand for DSAM's bestyrelse
- Camilla Palmhøj Nielsen, ph.d., forskningschef, DEFACTUM
- Christian Backer Mogensen, ph.d., professor, forskningsleder, Akutmodtagelsen, Sygehus Sønderjylland og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet
- Frans Boch Waldorff, praktiserende læge, ph.d., professor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet; professor, seniorforsker, Dansk Center for Aldringsforskning, Syddansk Universitet
- Frede Olesen, professor, dr.med., Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
- Jette Kolding Kristensen, ph.d., klinisk professor, Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet
- Jette Nygaard Jensen, ph.d., seniorforsker, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
- Karina Dalsgaard Sørensen, ph.d., professor MSO, Institut for Klinisk Medicin – Molekylær Medicinsk Afdeling, Aarhus Universitet
- Mette Raunkjær, ph.d., seniorforsker, REPHA Videnscenter for Rehabilitering og Palliation
- Michala Jessen, chefkonsulent, Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen, Center for Sundhed, Region Hovedstaden
- Rune Nielsen, ph.d., seniorforsker, Nationalt Videncenter for Demens
- Sara Fokdal Lehn, ph.d., postdoc, Steno Diabetes Center Sjælland
- Susanne Reventlow, dr.med., afdelingsleder, professor, Afdeling for Almen Medicin, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Repræsentanter fra almen praksis

- Anne Møller, praktiserende læge, ph.d., lektor, Afdeling for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, formand for DSAM's bestyrelse
- Finn Sørensen, chefkonsulent i SydKIP, Region Syddanmark
- Frans Boch Waldorff, praktiserende læge, ph.d., professor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet; professor, seniorforsker, Dansk Center for Aldringsforskning, Syddansk Universitet
- Gitte Mogensen, chefkonsulent, Enhed for Praksisaftaler, Center for Sundhed, Region Hovedstaden
- Hans Christian Kjeldsen, praktiserende læge, ph.d., chefredaktør, Lægehåndbogen.
- Marianne Siersbæk, praktiserende læge, lægefagligt ansvarlig i Nord-KAP
- Rikke Agergaard, programchef, Kvalitet i Almen Praksis (KiAP)

Bilag 2. Materiale og metoder

Erfaringsopsamlingen er baseret på 39 individuelle semistrukturerede interviews gennemført i perioden april – juni 2020. Alle interviews blev gennemført som telefon- eller videomøder via de online mødeplatforme Zoom, Skype for Business eller Teams. Interviewene havde en varighed à 40-60 minutter og blev gennemført af tre seniorforskere fra Sektion for Tværsektoriel Forskning ved Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse. Interviewene blev optaget på diktafon og blev efterfølgende lyttet igennem og meningskondenseret. Materialet blev herefter tematiseret og analyseret.

Informanterne er udvalgt i et samarbejde mellem projektgruppen og følgegruppen på projektet. Alle informanter blev kontaktet på mail og inviteret til at deltage i projektet. Med undtagelse af to kandidater accepterede alle de adspurgte at deltage. I bilag 1 findes en oversigt over de medvirkende informanter med angivelse af navn og titel samt organisatorisk tilknytning. Der er i udvælgelsen lagt vægt på at sikre repræsentation af både forskere og praktikere, herunder brugere. Cirka to tredjedele af interviewpersonerne er forskere med bred erfaring indenfor området, mens den sidste tredjedel repræsenterer praksis.

De praktiserende læger, der har medvirket i interviewene, er blevet honoreret for deres deltagelse.

Bilag 3. Projektorganisering

Projektet er gennemført af Sektion for Tværsektoriel Forskning, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden i samarbejde med Velux Fonden.

Projektet har været organiseret med en projektgruppe og en følgegruppe.

Følgende forskere fra Sektion for Tværsektoriel Forskning har indgået i projektgruppen:

- Anne Marie Lyngsø, cand.scient.soc., ph.d., seniorforsker, har indgået som projektleder og seniorforsker
- Michaela Louise Schiøtz, cand.scient.san.publ., ph.d., sektionschef, har indgået som seniorforsker
- Julie Grew, cand.scient.san.publ., ph.d., seniorforsker, har indgået som seniorforsker

Følgende personer har indgået i følgegruppen:

- Lise Bonnevie, programchef, Velux Fonden
- Ann-Dorthe Olsen Zwisler, videnscenterchef, REHPA, klinisk professor i rehabilitering og palliation
- Janne Emily Seemann, professor ved Institut for Sociologi og Socialt Arbejde samt ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Center for Organisation, Ledelse og Administration, Aalborg Universitet
- John Sahl Andersen, praktiserende læge og lektor ved Afdelingen for Almen Medicin, Københavns Universitet
- Camilla Palmhøj Nielsen, forskningschef, DEFACTUM, Region Midtjylland

Følgegruppens ansvar har bestået i at bidrage til at kvalitetssikre projektet og gruppen er blevet inddraget løbende. Der er afholdt to møder mellem projektgruppen og følgegruppen i løbet af projektet. Følgegruppen har desuden kommenteret skriftligt på det endelige rapportudkast.



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden

Sektion for Tværsektoriel Forskning
Center for Klinisk Forskning og
Forebyggelse

Telefon: 38 63 59 17

E-mail: tfe@regionh.dk