

Oppsummering fra brukerverksted for folkehelseforskning

Tromsø 20. september 2023 kl. 12:00-15:00

Sted: Troms fylkeskommune, Strandvegen 13, 9007 Tromsø



NCDNOR



Tromsøundersøkelsen



UiT Norges
arktiske universitet

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



Deltakere	Arbeidsplass
Ane Bjørnsgaard	Innlandet fylkeskommune
Bent Olav Olsen	Fredrikstad kommune
Astrid Nylenna	Helsedirektoratet
Jagrati Jani-Bølstad	Tromsø kommune
Anne Eriksson Steigen	Troms fylkeskommune
Kyrre Kvistad	Trønderlag fylkeskommune
Tone Torgersen	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Karoline Unnerud	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Linn Haraldstad	Indre Østfold
Marit Næss	HUNT
Erik Sund	HUNT
Inger Ariansen	FHI
Lars Kjerpeseth	FHI
Laila Hopstock	Tromsøundersøkelsen
Sameline Grimsgaard	Tromsøundersøkelsen
Jonas Johansson	Tromsøundersøkelsen
Stig Brøndbo	Tromsøundersøkelsen
Kirsti Kvaløy	HUNT/UngHUNT

Bakgrunn

I Norge har vi store helseundersøkelser og registre som gir muligheter for folkehelseforskning, som igjen kan bidra til politikk og tiltak for å bedre folkehelsen og redusere sosial ulikhet i helse. Aktører som har behov for et bedre kunnskapsgrunnlag, befinner seg på flere nivåer og sektorer. Forskningen har behov for medvirkning fra aktørene eller brukere fra ulike nivåer og ståsted for å utforme forskningsprosjekter som har størst mulig relevans for folkehelsearbeid i praksis. Utfordringer med å få til god dialog mellom forskere og aktører i praksisfeltet omfatter både kapasitetsutfordringer, og utfordringer med ulikt språk og begrepsbruk mellom forskning og praksis.

Kapasitetsutfordringen

For forskerne kan det være krevende å få tak i relevante brukere. For brukerne av forskningen er det ofte en utfordring å ha tilstrekkelig kapasitet til å medvirke i forskningsprosjekter som løpende henvender seg til brukere med ulike enkeltprosjekter de ønsker innspill til. For medarbeidere hos statlige myndigheter og departement, frivillige organisasjoner, fylkeskommuner eller kommuner vil det være mer effektiv tidsbruk om vi etablerer møteplasser hvor flere problemstillinger for forskning kan drøftes samtidig, og med utgangspunkt i den situasjonen folkehelsearbeiderne står i sin hverdag.

Språkutfordringen

Når forskere og aktører fra praksisfeltet møtes, oppstår ofte misforståelser fordi begrepsbruk er svært ulik mellom forskning og praksis. Like begreper brukes om ulike fenomener og vise versa. Fra begge hold oppleves ofte et behov for en «oversetterkapasitet» mellom forskning og praksis. En slik brobyggerkompetanse er noe som må utvikles gjennom dialog over tid. Det er derfor behov for møteplasser hvor nøkkelpersoner fra forskning og praksis gjentakende drøfter problemstillinger for å oppnå en mer felles forståelse.

Med dette som bakgrunn tok Tromsøundersøkelsen og NCDNOR-prosjektet, sammen med aktører fra praksisfeltet, initiativ til å etablere en møteplass for å teste ut metoder for systematisk dialog mellom folkehelseforskere og brukere fra praktisk folkehelsearbeid. Forskere fra Tromsøundersøkelsen, HUNT og NCDNOR møtte aktører med ansvar for folkehelsearbeid i kommuner, fylkeskommuner, stat og frivillig sektor i Tromsø 20. september 2023.

Hensikt og omfang

Hensikten med verkstedet var å bygge bro mellom forskning og folkehelsearbeid som kan bidra til gjensidig nytte. Det vil si forskning som er nyttig for folkehelsearbeid, og for at folkehelsearbeidet baseres på beste tilgjengelige kunnskap. Det kan være ulike forskningsbehov i ulike sektorer og på de ulike nivåene i forvaltningen. På verkstedet ble det tatt utgangspunkt i behovet i norske kommuner.

På verkstedet ble det testet ut en metodikk hvor forskerne møtte folkehelsearbeidere og diskuterte områder hvor det er behov for mer kunnskap for å styrke folkehelsearbeidet. Ambisjonen var å etablere en dialog som kan styrke kunnskapsproduksjon som er nyttig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i norske kommuner.

Verkstedet tok utgangspunkt i virkelige case fra to kommuner som jobber med tverrsektoriell innsats for å fremme folkehelse og redusere sosial ulikhet i helse. Deltakerne fikk oversendt bakgrunnsmateriale og korte case-beskrivelser i forkant av brukerverkstedet.

Gjennomføring

Verkstedet startet med korte presentasjoner av Tromsøundersøkelsen og NCDNOR-prosjektet, samt presentasjoner fra casekommunene, Fredrikstad og Tromsø.

Etter de innledende presentasjonene ble det lagt opp til kafedialog med tre bord med tre hovedproblemstillinger:

- 1) Hvordan finner vi hverandre-bordet?
- 2) Hvordan snakker vi sammen-bordet?
- 3) Tiltaksbordet

Deltakerne ble delt inn i grupper og hadde 20 minutter per bord før de gikk over til neste. Avslutningsvis oppsummerte kafebordverten kort.



Oppsummering fra brukerverkstedet

Hvordan finner vi hverandre-bordet

På dette bordet var hovedspørsmålet hva som må til for å redusere avstanden mellom praktikere og forskere. En forutsetning for at forskere skal kunne bidra med svar på utfordringer i folkehelsearbeidet, er at de får spørsmål fra de som ser – og sitter med utfordringene.

Oppsummeringen fra de tre gruppene som deltok på kafedialogen:

- **Vi trenger møtearenaer** – hvilke kan brukes og hvem kan ta ansvar? Flere forslag:

- [Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no) kan videreutvikles som samhandlingsarena. Fylkeskommunen har en koordinerende rolle som kan styrkes i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Hdir og KS. Kan vi også få til å involvere Frivilligheten?
- KS må mobiliseres sammen med Fylkeskommunen. Se ressursen [Utenfor-regnskapet - KS \(statsforvalteren.no\)](https://statsforvalteren.no), en beregningsmodell som viser hvor mye vi kan spare på forebyggende tiltak skreddersydd for kommunen. Ressursen bidrar med diskusjonsgrunnlag på tvers av sektorer og forvaltningsnivå og som politisk beslutningsgrunnlag
- **Kommunene har ulik størrelse, innretning og utfordringer.** Kommunepolitikere trenger real-time verktøy som kan gi best mulig skreddersydd informasjon om utvikling i folkehelsen
 - Verktøyet [Demenskartet – Aldring og helse](#) er utviklet av Nasjonalt senter for aldring og helse med bruk av data fra HUNT. Demenskartet kan tas i bruk av alle kommuner for å modellere demensutviklingen fremover i tid i den enkelte kommune (og fylke). Denne typen verktøy kan utvikles med data fra befolkningsundersøkelsene for å belyse utvikling for en rekke ulike risikofaktorer og sykdommer av betydning for folkehelsen
- **Universitetet må bli mer tilgjengelig for dialog med kommunen.** Flere forslag:
 - Etablere en *Inngangsport*al for henvendelser fra kommunen og rutinebeskrivelser som sikrer at henvendelsene tas hånd om og formidles videre i organisasjonen og til fagmiljøene
 - Arrangere forskningsdager for- og sammen med kommunen – for å drøfte problemstillinger, kartlegge kunnskapsbehov (hva vet vi og hva trenger vi å utforske) og utvikle prosjekter
 - Universitetet reiser på en «Folkehelseturne» og besøker kommunene for å fortelle om hva vi kan og vet. FHI bør være med
 - Befolkningsundersøkelsene må tilgjengeliggjøre data og kunnskap for kommunen. Dette er gjort systematisk i HUNT, som utvikler kommuneoversikter på bestilling og disse brukes aktivt av kommunene. Tilsvarende gjort av SAMINOR og Tromsøs.
- **Prioritere og styrke oversetterkapasiteten i begge leirer.** *OBS: Du gjør det du måles på*
 - Universitetet må styrke sin «oversetterkapasitet», dvs formidlingskapasitet og kompetanse
 - Kommunene må styrke sin analyse- og oversetterkapasitet for å innhente og analysere data og forberede beslutningsgrunnlag for kommunen
- **Obs også disse ressursene**
 - [Samhandlingsbarometeret](#) er en kunnskapsbank for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Her finnes også en del nøkkeltall
 - [NSDM | Nasjonalt senter for distriktsmedisin](#) er et tverrfaglig kompetansesenter som skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning vil vi bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten



Hvordan snakker vi sammen-bordet?

På dette bordet diskuterte vi ulike begreper som ofte bruket ulikt av forskere og folkehelsearbeidere i kommunen.

Ved bordet ble det snakket om hvordan vi forstår og bruker begrepet *determinanter*:

- Forskerne snakket om kausalitet (årsakssammenhenger)
- Fra kommunene ble det snakket om rotårsaker/bakenforliggende årsaker
- Eksempler som ble nevnt var helseatferd, sosioøkonomisk status
- Forskerne snakket om prediktorer versus determinanter

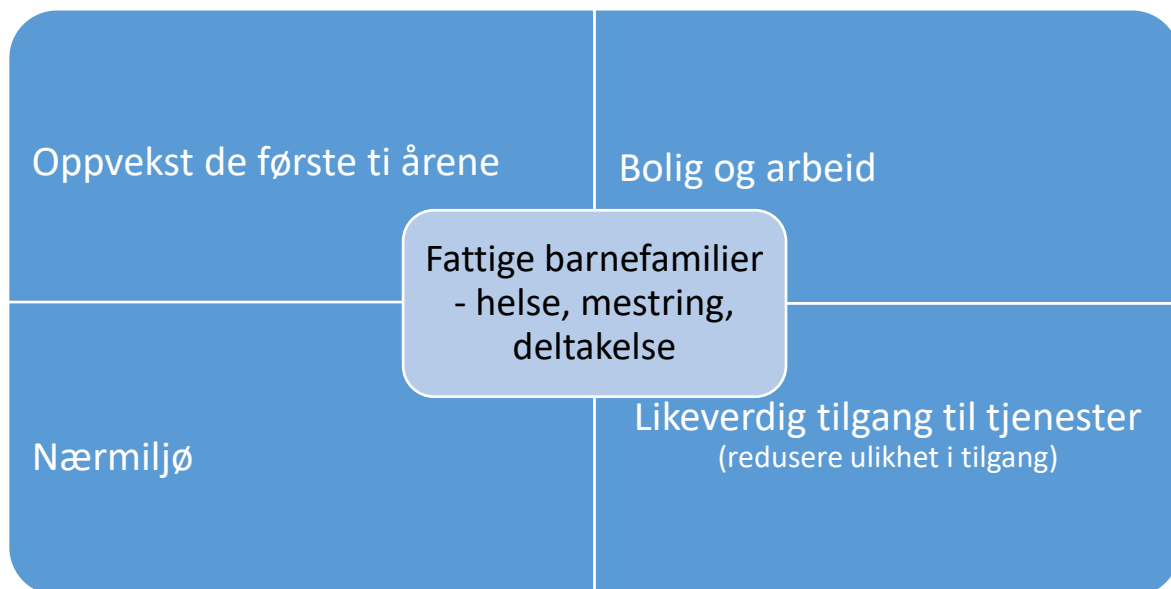
Videre snakket bordet om:

- Forskerne er opptatt av tall som kan sammenliknes internasjonalt. Dette er ikke oppdraget for kommunene
- Forskerne er forsiktige med å uttrykke kausalitet
- Helse-determinanter påvirker helsen. Ofte snakkes det om sosiale determinanter som er faktorer som vi kan gjøre noe med
- Determinanter kan være både helsefremmende, beskyttende påvirkningsfaktorer og risikofaktorer
- Det ble også snakket om indikatorer og den tematiske oppbygningen på indikatornivå i folkehelse-loven, og at vi mangler en basis for hva folkehelsearbeid er. Det ble også snakket om temaer i folkehelse-loven, hvor det er lovpålagt med oversikt, men vanskelig å finne data

- Det er vanskelig å kvantifisere alt kommunen har behov for å vite i folkehelsearbeidet. Lettere å kvantifisere sykdom og død. Helseregistre har mye data om sykdom, mens SSB har andre data. Kommunene må betale for data fra f.eks SSB
- Behov for finansiering av forskning som er relevant for kommunesektoren
- Mer publisering hjelper for forståelse for forskningens anvendelse og betydning.
- Data kan brukes på mange felt – oversettelse er viktig. Spesielt er oversettelse til politikere viktig. Der kan ikke praktikerne ta forskernes forbehold. Hvem bruker vi til å oversette? Hvilke ressurser bruker vi til å formidle fra forskerne til folkehelsearbeidet og videre ut til befolkningen?

Tiltaksbordet

På det tredje bordet var tema for dialogen Fredrikstad kommunes innsatsområder for bedre folkehelse. I Fredrikstad kommune er det et hovedmål for folkehelsearbeidet å redusere sosial ulikhet i helse, med særlig vekt på barnefamilier som lever i fattigdom. De har valgt ut følgende innsatsområder:



Oppsummeringen fra bordet:

- Helseforskningen har helseutfall eller død som endemål, men kommunenes folkehelsearbeid er bredt og krever kanskje en annen tilnærming. Kanskje burde forskere se på nye endemål, slik som for eksempel mestring og deltakelse
- Når folkehelsefeltet er så bredt trengs det også forskere og data fra andre felt enn helsesektoren. Folkehelsearbeiderne i kommunen finner det ofte vanskelig å samle all dataen på en god måte, og ikke minst holde det oppdatert
- Bolig og boligforhold ble trukket frem som noe det er lite helsekunnskap om, utover det som er knyttet til miljørettet helsevern.
- Det mangler en rolle mellom det å være folkehelsearbeider i kommunen og forsker. En «rådgiver pluss» eller «forsker minus»
- Det blir satt i gang tiltak i kommuner som ikke alltid er godt vitenskapelig forankret. Det er også viktig å huske på at det ikke alltid er nødvendig, men vi har kunnskap om tiltak som virker sosialt utjevne, og de burde vært brukt bedre

- Det er utfordrende når det er mange interessenter i kommunen som ønsker seg ulike ting, og de som hever stemmen høyest er gjerne de som får viljen sin. Selv med støtte i forskning kan folkehelsearbeideren bli overhørt
- Tverrfaglighet innen forskning burde vært et eget mål for forskningen