

# Samarbejde mellem kommuner og apoteker om lokal forebyggelse og sundhedsfremme

– en afdækning af muligheder

Version 1.1 - 2017



Pharmakon

Forfattere Dam P, Bang-Hansen N, Faber NHR, Friese B, Hulvej-Rod M, Langkilde SM, Rossing C, Thomsen LA.

©Pharmakon, Januar 2017

ISBN 978-87-91598-87-6

# Pharmakon

Milnersvej 42  
DK-3400 Hillerød  
Denmark

Tel +45 4820 6000  
Fax +45 4820 6062  
[www.pharmakon.dk](http://www.pharmakon.dk)

## Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af projekt ”Sammenhængende sundhedsfremme og forebyggelse – en netværksmodel med kommune, lokalsamfund og apotek”. Projektets sigte er at skabe muligheder for sammenhængende sundhedsfremme og forebyggelse gennem en samarbejdsmodel, der involverer kommune, apotek og lokalsamfund. I denne første del af projektet var fokus på at afdække barrierer og muligheder for samarbejde mellem kommune, apotek og lokalsamfund om indsatser indenfor sundhedsfremme og forebyggelsesområdet. Projektet vil så vidt muligt blive efterfulgt af en testfase, hvor redskaber afprøves og evalueres.

Rapporten præsenterer resultater fra tre forundersøgelser og udvikling af nye idéer til samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse mellem kommune og apotek:

- I: Kommunernes implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser – en litteraturundersøgelse
- II: Apotekers arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme – en litteraturundersøgelse
- III: Afdækning af kommuner og apotekers mulighed for samarbejde

I projektet deltog kommuner og apoteker fra Ikast-Brande, Slagelse og Gladsaxe Kommuner i et seminar, hvor de blev inddraget i udviklingen af visioner for fremtidige samarbejdsformer og -muligheder for kommune, apotek og lokalsamfund.

Resultaterne af udviklingsfasen er præsenteret i rapporten og er viderebearbejdet til et inspirationskatalog, der kan anvendes af andre kommuner eller apoteker, som ønsker at etablere eller udbygge et lokalt samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme. Inspirationskataloget kan findes i bilag 1.

Målgruppen for rapporten er ledere og medarbejdere i kommuner og på apoteker, der ønsker inspiration til samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme med eksterne aktører.

Projektets fase 1 forløb fra 1.4.2016 til 31.12.2016. Projektet blev finansieret af Sundhedsstyrelsens Sundhedsfremmepulje og Danmarks Apotekerforening.

Projektet blev ledet af Pharmakon – Apotekernes Uddannelsescenter, i samarbejde med Komitéen for Sundhedsoplysning, og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Charlotte Rossing  
Udviklingschef  
Pharmakon – Apotekernes Uddannelsescenter

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Indholdsfortegnelse.....	4
Figurfortegnelse .....	5
Tabelfortegnelse.....	5
Bilagsoversigt .....	5
Resumé .....	6
Introduktion .....	11
Baggrund .....	11
Projektets formål .....	12
Projektets finansiering og organisering .....	13
Begrebsafklaring.....	13
Metode .....	14
Enheder .....	14
Dataindsamling .....	15
Forundersøgelse I: Kommunernes implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser – en litteraturundersøgelse.....	18
Sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne.....	18
Implementering af sundhedsindsatser: faciliterende faktorer .....	21
Partnerskabers potentiale som samarbejdsform .....	23
Sammenfatning .....	26
Litteratur .....	27
Forundersøgelse II: Apotekers arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme .....	29
Metode .....	29
Resultater .....	29
Sammenfatning .....	36
Litteratur .....	38
Forundersøgelse III: Afdækning af kommuner og apotekers mulighed for samarbejde .....	41
Tværgående diskussion.....	47
Diskussion af metode .....	49
Tværgående konklusion og perspektivering .....	51
Referenceliste .....	52

## **Figurfortegnelse**

Figur 1: De fem faser i Appreciative Inquiry .....	15
Figur 2: Implementeringscirkel.....	22
Figur 3: Kontinuum af partnerskaber for sundhedsfremme.....	25

## **Tabelfortegnelse**

Tabel 1: Deltagere.....	14
-------------------------	----

## **Bilagsoversigt**

Bilag 1: Apoteket som aktør i sundhedsfremme og forebyggelse. – Inspiration til samarbejde mellem kommune og apotek

## Resumé

### Introduktion

Der er et stigende fokus på tværsektorielt samarbejde om sundhed. Der er samtidig et uudnyttet potentiale i, at inddrage apotekerne i forebyggelsesarbejdet, men der mangler viden om hvordan apotekerne kan inddrages i dette samarbejde.

Der er store forskelle på, hvordan kommunerne organiserer deres forebyggende tilbud. Kommunerne oplever generelt, at det er vanskeligt at implementere sundhedsfremme og forebyggelsestilbud (fx forebyggelsespakkerne) på tværs af fagområder og forvaltninger, og de efterlyser værktøjer hertil. Der er ikke lavet systematiske undersøgelser af kommunernes etablering af samarbejde med eksterne aktører; men det er nærliggende at antage, at sådanne samarbejdsrelationer er prioriteret sekundært i kommunerne i forhold til det interne samarbejde mellem forvaltningsområder.

I regeringens målsætning for forebyggelse er apoteket ikke nævnt, ligesom der ikke står noget særskilt om forebyggelse i den nye apotekerlov vedtaget i 2015. Erfaringer fra udlandet viser imidlertid, at der er et stort og uudnyttet potentiale i at knytte apotekerne tættere til det nære sundhedsvæsens forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver og forskning i apoteket som udbyder og samarbejdspartner har været stigende. Således er der i løbet af det seneste årti publiceret et stigende antal artikler, der omhandler apoteket som udbyder af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag.

De tre afgørende argumenter for at benytte apoteket til at støtte samt levere kommunale forebyggelsesindsatser er:

1. at apoteket har høj tilgængelighed og lokal forankring
2. at apoteket ser størstedelen af befolkningen
3. at andre lande har gode erfaringer med at anvende apoteket aktivt

Kommunerne samarbejder i stigende grad med lokale aktører såsom patientforeninger og frivillige. Således har offentlige-frivillige partnerskaber været genstand for forskning de senere år. I 2013 stod fire ministerier bag et charter og et idékatalog for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige. Der er ikke i samme grad afdækket redskaber, der kan understøtte kommuners samarbejde om levering af velfærdsydelser sammen med private sundhedsaktører.

Baggrunden for dette projekt har derfor været et ønske om at afsøge og understøtte mulighederne for, at kommuner, apoteker og lokalsamfund kan samarbejde om levering af forebyggelse og sundhedsfremme til borgere. Hensigten har været at udvikle en model, der kan afprøves, evalueres og tilpasses, såfremt projektet opnår finansiering til dette.

### Projektets formål

Det overordnede formål med dette projekt er:

at støtte, kvalificere og facilitere udvikling af sundhedsfremme og forebyggelsestiltag gennem udvikling af en netværksmodel på tværs af kommunale forvaltninger, lokalsamfund og apotek.

Herunder:

- identificering af centrale barrierer, der i dag udfordrer tværkommunal koordinering af forebyggelse til udsatte borgere og inddragelse af aktører i at fremfinde løsninger
- udvikling af koncept for nye samarbejdsmodeller, der inddrager apoteket i forebyggelsesarbejdet.

## Metode

Afdækningsundersøgelsen omfattede tre forundersøgelser, to litteraturundersøgelser, en kombineret interview- og dokumentundersøgelse med kommuner og apoteker samt et referat af et inspirationsseminar for deltagerne.

Som ramme for projektet blev metoden *Appreciative Inquiry* valgt (se metodevalg). De metoder, der er anvendt i forundersøgelserne, er beskrevet i de pågældende kapitler.

Afdækningsundersøgelsen forløb fra april til december 2016.

I projektet deltog tre sundhedsforvaltninger/-afdelinger fra Gladsaxe, Ikast-Brande og Slagelse Kommuner med apoteker fra selvsamme kommuner.

Kommunerne blev valgt på baggrund af projektgruppens forhåndskendskab til kommuner og apoteker. De blev desuden valgt ud fra, at de skulle have en regionsgeografisk spredning. For hver kommune blev der valgt et apotek som primært apotek (ift. interviewundersøgelse); de øvrige apoteker placeret i kommunen blev inviteret til at deltage i projektets inspirationsseminar på lige fod med det primære apotek. Det primære apotek blev udvalgt i samarbejde med kommunen.

Der var et ønske om, at kommunerne skulle deltage med medarbejdere fra flere forskellige forvaltningsområder samt samarbejdspartnere fra lokalsamfundet. Kommunerne gav udtryk for, at de i første omgang gerne ville begynde med et forvaltningsområde og vente med at inddrage lokalsamfundet.

Der deltog 20 personer fra kommuner og apoteker på et to-dages inspirationsseminar 5.-6. oktober 2016. Der deltog fire fra Gladsaxe (to fra kommune, to fra apotek); der deltog fire personer fra Ikast-Brande (to fra kommunen og to fra apotek); der deltog 12 fra Slagelse (seks fra kommunen, seks fra apotek).

## Forundersøgelse I: Kommunernes implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser – en litteraturundersøgelse

I forundersøgelsen blev følgende problemstillinger afdækket:

- Hvilke forhold har betydning for implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i danske kommuner?
- Hvad er de centrale forudsætninger for samarbejdet med interne og eksterne aktører om forebyggelse?
- Hvordan implementeres sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser i danske kommuner?

Siden kommunerne med Strukturreformen fik ansvaret for den borgerrettede forebyggelse har det været en central udfordring, at deres opgave hverken var lovgivningsmæssigt veldefineret/afgrænset eller kunne tilrettelægges på baggrund af et autoritativt videngrundlag. Omvendt har dette vilkår også givet kommunerne mulighed for at tage afsæt i deres lokale situation og de lokalpolitiske ønsker og hensyn. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker har spillet en afgørende rolle for kommunerne, idet de fungerer som relativt fleksible og åbne faglige anbefalinger for de lokale prioriteringer. Der savnes dog fortsat fra kommunalt hold nogle mere håndfaste og konkrete retningslinjer for forebyggelsesarbejdet.

Kommunerne ønsker generelt at arbejde med "sundhed på tværs". Det vil sige, at de i vid udstrækning søger at etablere en sammenhæng mellem deres sundhedspolitik og arbejdet i de øvrige forvaltninger. Der er dog betydelige udfordringer forbundet med dette, og det har vist sig vanskeligt i praksis at indfri de store forventninger, der knytter sig til det tværsektorielle samarbejde. Selvom sundhed på det teoretiske plan hænger tæt sammen med indfrielsen af mål på andre områder (fx uddannelse, beskæftigelse og lignende), er det ikke helt let at etablere

sammenhængen mellem fagområderne – blandt andet på grund af den kommunale organisering, hvor hver enhed har sin egen kerneopgave.

I den del af litteraturen, der beskriver facilitatorer for implementering af sundhedsindsatser og sundhedspolitik, lægges der – i forlængelse af ovenstående – vægt på etableringen af et tværgående ejerskab og en fælles ramme. Der findes en række forskellige, delvis overlappende bud på, hvilke forhold der generelt har betydning for implementering. Et nyttigt redskab i den forbindelse er udviklet af KLs Center for Forebyggelse i praksis. Den såkaldte implementerings-cirkel (se figur 2) består af seks elementer: fokus, ressourcer, medarbejdere, målgruppe, ledelse og organisationsadfærd. Implementeringscirklen kan fungere som en ramme for tilrettelæggelse og planlægning af implementeringsprocesser, og som en måde at rette opmærksomheden mod forskellige typer af forhold, der alle har betydning for implementeringen. Det er dog vigtigt at understrege, at der ikke findes faste opskrifter på vellykkede implementeringsprocesser, idet disse i vid udstrækning afhænger af samspillet mellem de involverede aktører.

## **Forundersøgelse II: "Aptekers arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme – en litteraturundersøgelse".**

I forundersøgelsen blev følgende problemstillinger afdækket:

- Hvilken evidens er der for forebyggelsesindsatser på apotek?
- Hvilke samarbejdsformer og -muligheder mellem kommune, apotek og lokalsamfund beskrives i litteraturen?

Rapporten er baseret på en gennemgang af litteratur fra 2005-2016. Litteraturen er fundet via søgninger i PubMed og Apotekernes Dokumentationsdatabase.

Der er ikke medtaget "grå litteratur" eller mere kvalitative studier i denne temarapport, ligesom der ikke er søgt specifikt indenfor de enkelte interventionsområder som eksempelvis rygning, sol etc. Der er heller ikke foretaget diagnosespecifikke søgninger indenfor livsstilssygdomme m.m.

Apotekets fysiske placering i nærområdet og regelmæssige kontakt til befolkningen i forbindelse med sundhed og sygdom er de to faktorer, litteraturen påpeger som de væsentligste argumenter for at inddrage apoteket mere i forebyggelse og sundhedsfremme. Dette giver apoteket en mulighed for at nå de svage befolkningsgrupper, som ellers ofte er svære at nå med de etablerede forebyggelsesindsatser.

Der er dermed grundlag for, at apoteket indtager en mere proaktiv rolle i den kommunale forebyggelse.

Apotekets udgangspunkt har traditionelt været salg af lægemidler; dermed har fokus naturligt været på patientrettede indsatser fremfor de borgerrettede. Litteraturen påpeger, at barrierer som holdninger, kompetencer og honorering er vigtige at tage hånd om for at styrke forebyggelse på apoteket.

De afdækkede undersøgelser viste forskellige former for samarbejde om forebyggende aktiviteter: apoteket lægger "hus til" fx kommunens indsatser; apoteket deltager i etablerede oplysningskampagner; apoteket henviser borgere til eksisterende tilbud i lokalområdet; apoteket opsporer borgere i risiko for sygdom og henviser til praktiserende læge; apoteket gennemfører forebyggende indsatser direkte til borgere eller patienter på apoteket eller på andre lokaliteter i lokalområdet.

De afdækkede studier viser, at:

- apoteket kan bidrage til at øge vaccinationsraten i befolkningen gennem bidrag til oplysningskampagner eller ved at tilbyde vaccination på apoteket. Apotekets tilgængelighed og udvidede åbningstider er faktorer, der gør, at borgere vælger at lade sig vaccinere på apoteket.



- screening for livsstilssygdomme eller seksuelt overførte sygdomme foretaget af apoteket eller på apoteket kan bidrage til opsporing af sygdom eller tidlig sygdom hos en række grupper. Apoteket når socialt udsatte grupper af borgere, som det ellers er svært at nå.
- der er evidens for effekt af apotekets forebyggende indsatser målrettet kost, rygning og livsstil til patienter med hjerte-kar-sygdomme, diabetes og astma. Indsatser rettet mod rygning og vægttab tilbydes dog ikke kun til patienter. Der blev afdækket et enkelt litteraturstudie omhandlende alkohol.
- Der var meget lidt litteratur omhandlende mentale lidelser. Et enkelt studie viste, at apoteket kan støtte borgere i korrekt behandling af hovedpine og migræne. Målrettet rådgivning og medicinhuskere kan medvirke til øget compliance hos antipsykotikabrugere; men apotekets rådgivning til patienter med depression er mangelfuld.
- På trods af, at en meget stor andel af befolkningen lider af smerter i bevægeapparatet og osteoporose, var der kun lidt litteratur herom. Studierne viste moderat evidens for positiv effekt på opsporing, behandling og livsstilsændringer hos patienter med osteoporose, og signifikant forbedret compliance, fysisk funktion og helbredsopfattelse hos patienter med leddegigt.

### **Forundersøgelse III: ”Afdækning af kommuner og apotekers mulighed for samarbejde”.**

I forundersøgelsen blev følgende problemstillinger afdækket:

- Hvad kendetegner kommuners og apotekers strategiske fokus vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvordan beskrives samarbejde med eksterne aktører?
- Hvilke mekanismer har betydning for samarbejde?

Forundersøgelse III var en kombineret interview- og dokumentanalyse.

Dokumentanalysen var en sammenlignende analyse af de tre projektkommuners sundhedspolitikker, Strategi for apotekerne i Danmark og de tre primære apotekers retningslinjer for forebyggelse og sundhedsfremme, der skal beskrives ifølge Den Danske Kvalitetsmodel for apoteker. Apotekernes retningslinjer vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme fremgår af deres virksomhedsgrundlag, og det er således i dette dokument, der blev taget udgangspunkt.

Interviewene foregik med projektets kontaktperson i sundhedsforvaltningen samt kommunale ledere og medarbejdere, som kontaktpersonen anså for relevant. For apotekernes vedkommende blev apotekeren interviewet, og i et enkelt tilfælde havde apotekeren en projektfarmaceut med.

Kommunernes strategiske fokus er kendetegnet ved at de har stort fokus på at deres sundhedssyn kommer til udtryk som et fælles sprog, at sundhed er et middel til at nå et overordnet mål og at de ønsker at arbejde med sundhed på tværs af forvaltningsområder.

Apotekerne ønsker at tage medansvar for borgernes sundhed og livskvalitet ved at rådgive om egenomsorg, forebyggelse og sundhedsfremme, samt tilbyde produkter, der fremmer sundhed.

Alle tre kommuner lægger meget op til samarbejde på tværs af de kommunale områder. I to af kommunerne har eksterne aktører været involveret i udformningen af sundhedspolitikken, og de er skrevet ind som aktører i forbindelse med indsatser, der skal understøtte sundhedspolitikken mål. De eksterne aktører, der nævnes, er fx patientforeninger, frivillige foreninger, private erhvervsdrivende og i den ene kommune tillige apoteket, der er skrevet ind som leverandør af rygestop. I apotekernes virksomhedsgrundlag nævnes kommunen også som samarbejdspartner, ligesom de også nævner andre sundhedsprofessionelle og foreninger.

Kommunerne ser især muligheder for samarbejde med apotekerne om tidlig opsporing og henvisning til kommunale sundhedsindsatser. De nævner tidlig opsporing af sårbare borgere og ensomhed samt henvisning til visiterende samtale, sygdomsspecifikke indsatser eller angst- og depressionskurser. Kommunerne nævner, at samarbejde om hjælp til opsporing af bestemte

målgrupper og henvisning til kommunale indsatser kan være et godt afsæt for et mere formaliseret samarbejde.

Apotekerne ser muligheder for samarbejde i, at kommunen henviser til apotekets rådgivnings- og sundhedsindsatser. De nævner medicingennemgang og medicinsamtale. Apotekerne ønsker også, at kommunen benytter dem til undervisning af kommunens plejepersonale eller til at levere kvalitetssikring af medicinbehandling til plejesektoren.

### **Apoteket som aktør i forebyggelse og sundhedsfremme - inspiration til samarbejde mellem kommune og apotek**

#### **Tværgående konklusion og perspektivering**

- Kommuner og apoteker vil gerne samarbejde og kan se muligheder for samarbejde, der kan blive til gavn for borgerne.
- Afdækningsundersøgelsen viser, at samarbejde imellem aktører (kommune og apotek) styrkes af en strategisk beslutning, der sætter specifikke rammer for samarbejdet mellem de implicerede aktører.
- Ved etablering af samarbejde mellem kommune og apotek er det vigtigt at opnå en fælles forståelse og et sprog omkring borgere, sundhedsfremme og forebyggelse.
- Et robust samarbejde ser ud til at balancere på to ben: organisering eller formalisering samt en uformel eller relationsbåret del. Begge dele ser ud til at være vigtige ingredienser i et robust samarbejde.
- Der eksisterer viden om kommuners samarbejde med lokale aktører, men ikke om kommuners samarbejde med apoteker.
- Afdækningsundersøgelsen viser, at det eksisterende udbud af sundhedsindsatser i kommuner og på apoteker dækker aktørernes umiddelbare ønsker og behov. I første omgang er der derfor behov for at imødekomme aktørernes behov for støtte til etablering eller udbygning af samarbejde snarere end til at udvikle nye indsatser.
- Kommunerne udtrykker et ønske om, at apotekerne kan have en rolle i tidlig opsporing og ser i øvrigt en fordel i, at apotekets adgang til sårbare borgere kan udnyttes til at nå borgere, der kan være svære at nå for kommunen.
- De væsentligste mekanismer, der påvirker samarbejde mellem kommuner og apoteker, angives af deltagerne til at være finansiering, organisering, kendskab til hinandens kompetencer samt fælles sprog.

## Introduktion

### Baggrund

#### Der er stigende fokus på tværsektorielt samarbejde om sundhed

Siden kommunalreformen i 2007 har sundhedsloven eksplicit udtrykt kommunernes ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse, og en række af de forebyggelses- og rehabiliteringsopgaver, der lå i de daværende amter, blev dermed placeret i kommunerne<sup>1</sup>. Det har bevirket, at forebyggelse og sundhedsfremme er blevet et politisk strategisk fokus i kommunerne.

I den handlingsplan, som regeringen vedtog i 2014, blev der fastsat 7 mål for danskernes sundhed<sup>1</sup>. Et centralt element i den daværende regerings handlingsplan var, at forebyggelsesarbejde skal bygge på partnerskaber og samarbejde mellem såvel offentlige sundhedsudbydere som erhvervsliv, foreninger og private organisationer. Samme år udmøntede Sundhedsministeriet en partnerskabspulje til at understøtte partnerskaber mellem eksempelvis foreninger, fonde, private virksomheder og offentlige organisationer. Også KL har anbefalet, at kommunerne samarbejder med andre sundhedsudbydere om opgaver og forskning på området<sup>2</sup>.

Der er store forskelle på, hvordan kommunerne organiserer deres forebyggende tilbud. Kommunerne oplever generelt, at det er vanskeligt at implementere sundhedsfremme og forebyggelsestilbud (fx forebyggelsespakkerne) på tværs af fagområder og forvaltninger, og de efterlyser værktøjer hertil<sup>3</sup>. Der er ikke lavet systematiske undersøgelser af kommunernes etablering af samarbejde med eksterne aktører; men det er nærliggende at antage, at sådanne samarbejdsrelationer er prioriteret sekundært i kommunerne i forhold til det interne samarbejde mellem forvaltningsområder.

Komiteen for Sundhedsoplysning har gennemført et projekt med fokus på sammenhæng mellem sundhed og job "LÆR AT TACKLE job og Sygdom"<sup>4</sup>. I projektperioden opbyggede 43 kommuner formelle samarbejder mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet. Projektet blev gennemført i samarbejde med væresteder, hvor der med udgangspunkt i brugernes hverdag og udfordringer blev sat fokus på kobling af sygdoms- og jobmestring. Erfaringer fra projektet viser, at en forudsætning for godt samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger og eksterne aktører er, at de involverede aktører deltager i *formelle* relationer. Dette kan etableres i form af et fælles projekt, hvor samarbejdsrelationer bygges op og forankres, således at en ny struktur omkring samarbejde medvirker til at nedbryde den siloeffekt, der ofte ses at være mellemaktører fra forskellige organisationer.

#### Der er et uudnyttet potentiale i at inddrage apotekerne i forebyggelsesarbejdet

I regeringens målsætning for forebyggelse er apoteket ikke nævnt<sup>1</sup>, ligesom der ikke står noget særskilt om forebyggelse i den nye apotekerlov vedtaget i 2015<sup>5</sup>. Erfaringer fra udlandet viser imidlertid, at der er et stort og uudnyttet potentiale i at knytte apotekerne tættere til det nære sundhedsvæsens forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver<sup>6</sup> og forskning i apoteket som udbyder og samarbejdspartner har været stigende. Således er der i løbet af det seneste årti publiceret et stigende antal artikler, der omhandler apoteket som udbyder af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag<sup>7</sup>.

I England er apotekerne for eksempel en aktiv partner i forebyggelsesarbejdet, og apoteker har mulighed for at blive akkrediteret som et Healthy Living Pharmacy – et apotek, hvor der er systematisk fokus på forebyggelse, og hvor specialuddannet apotekspersonale har til opgave at levere en række kvalitetssikrede forebyggelsesindsatser<sup>2,3,8</sup>.

Der er publiceret en større mængde litteratur om forebyggende indsatser på apoteket det seneste årti end tidligere. Dette tyder på, at forebyggelse har fået et langt større fokus på apotekerne; derved er der mulighed for, at litteraturen vil blive langt mere udbygget i fremtiden.

Apotekets udgangspunkt har traditionelt været salg af lægemidler; dermed har fokus naturligt været på patientrettede indsatser fremfor de borgerrettede. Den internationale litteratur viser, at

faktorer som holdninger, kompetencer og honorering er vigtige at tage hånd om for at styrke forebyggelse på apoteket.

Internationale undersøgelser viser også, at apoteker deltager i forskellige former for samarbejde om forebyggende aktiviteter: apoteket lægger "hus til" fx kommunens indsatser; apoteket deltager i etablerede oplysningskampagner; apoteket henviser borgere til eksisterende tilbud i lokalområdet; apoteket opsporer borgere i risiko for sygdom og henviser til praktiserende læge; apoteket gennemfører forebyggende indsatser direkte til borgere eller patienter på apoteket eller på andre lokaliteter i lokalområdet.

Danske erfaringer viser, at apoteket kan levere indsatser målrettet borgere såvel som plejepersonale vedrørende medicinbrug og medicin håndtering i samarbejde med medicinbrugere, plejepersonale fra plejehjem, hjemmepleje, botilbud, jobcentre samt patientforeninger<sup>9,10,11,12</sup>.

De tre afgørende argumenter for at benytte apoteket til at støtte samt levere kommunale forebyggelsesindsatser er:

4. **at apoteket har høj tilgængelighed og lokal forankring** (i gennemsnit har danskerne 3,8 km til nærmeste apotek; der er ingen tidsbestilling, og åbningstiderne er lange<sup>13</sup>)
5. **at apoteket ser størstedelen af befolkningen.** Apoteket har en unik mulighed for at nå borgere, herunder udsatte borgere, der ikke opfanges af kommunale instanser som social, sundheds- og beskæftigelsesforvaltning. (96 % af den voksne befolkning kommer på et apotek i løbet af et år, mens 78 % ser deres praktiserende læge i løbet af et år<sup>14,15</sup>)
6. **at andre lande har gode erfaringer med at anvende apoteket aktivt** til at understøtte samt levere borger- såvel som patientrettede forebyggelsesindsatser – også til udsatte grupper<sup>16</sup>.

#### Der mangler viden om, hvordan kommuner, apoteker og lokalsamfund kan indgå i samarbejde om forebyggelse

Kommunerne samarbejder i stigende grad med lokale aktører såsom patientforeninger og frivillige. Således har offentlige-frivillige partnerskaber været genstand for forskning de senere år<sup>17,18</sup>. I 2013 stod fire ministerier bag et charter og et idékatalog for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige<sup>19,20</sup>. Der er ikke i samme grad afdækket redskaber, der kan understøtte kommuners samarbejde om levering af velfærdsydelse sammen med private sundhedsaktører. Samarbejdet mellem kommunerne og de praktiserende læger reguleres gennem overenskomster og gennem kommuner og regioners sundhedsaftaler. Apotekernes virke er reguleret af en bruttoavanceaftale med Sundhedsministeriet. Apotekernes eventuelle samarbejde med kommuner skal organiseres og aftales lokalt, og der findes ikke materiale eller redskaber, der kan understøtte, at apotekerne involveres i leveringen af velfærdsydelser i samarbejde med kommune og lokalsamfund.

Baggrunden for dette projekt har derfor været et ønske om at afsøge og understøtte mulighederne for, at kommuner, apoteker og lokalsamfund kan samarbejde om levering af forebyggelse og sundhedsfremme til borgere. Hensigten har været at udvikle en model, der kan afprøves, evalueres og tilpasses, såfremt projektet opnår finansiering til dette.

#### **Projektets formål**

Det overordnede formål med dette projekt er:

at støtte, kvalificere og facilitere udvikling af sundhedsfremme og forebyggelsestiltag gennem udvikling af en netværksmodel på tværs af kommunale forvaltninger, lokalsamfund og apotek.

Herunder:

- identificering af centrale barrierer, der i dag udfordrer tværkommunal koordinering af forebyggelse til udsatte borgere og inddragelse af aktører i at fremfinde løsninger
- udvikling af koncept for nye samarbejdsmodeller, der inddrager apoteket i forebyggelsesarbejdet.

### **Projektets finansiering og organisering**

Projektet blev finansieret af Sundhedsstyrelsens Sundhedsfremmepulje samt Pharmakon og Danmarks Apotekerforening – med ansøgningstitlen ”Sammenhængende sundhedsfremme og forebyggelse. Netværksmodel med kommune, lokalsamfund og apotek” -.

Projektet blev ledet af Pharmakons afdeling for Forskning & Udvikling.

Der blev etableret en projektgruppe bestående af:

- Charlotte Rossing, udviklingschef, Pharmakon
- Linda Aagaard Thomasen, afdelingsleder Forskning og Udvikling, Pharmakon
- Pernille Dam, udviklingskonsulent, Pharmakon
- Bettina Friese, projektkoordinator, Pharmakon
- Morten Hulvej-Rod, forskningsleder, Statens Institut for Folkesundhed
- Siff Monrad Langkilde, videnskabelig assistent, Statens Institut for Folkesundhed
- Nicolaj Holm Ravn Faber, chefkonsulent, Komiteen for Sundhedsoplysning
- Nete Bang-Hansen, projektkoordinator, Komiteen for Sundhedsoplysning.

Projektgruppen har haft det overordnede ansvar for projektet. Statens Institut for Folkesundhed havde ansvaret for forundersøgelse I, Pharmakon havde ansvaret for forundersøgelse II og III. Komiteen for Sundhedsoplysning bidrog til dataindsamlingen i forundersøgelse III.

### **Begrebsafklaring**

#### *Lokalsamfund*

I projektet bruges begrebet lokalsamfund til at beskrive forskellige organiserede civile aktører, herunder patientorganisationer, frivillige foreninger mv.

#### *Private aktører*

I dette projekt omfatter private aktører primært sundhedsaktører, der er private, men offentlig regulerede som fx praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter og apoteker<sup>21</sup>.

#### *Eksterne aktører*

I projektet bruges begrebet eksterne aktører set fra kommunens vinkel, dvs. som en betegnelse for aktører udenfor kommunen. Eksterne aktører dækker således over både private aktører og lokalsamfund.

## Metode

Afdækningsundersøgelsen omfattede tre forundersøgelser, to litteraturundersøgelser, en kombineret interview- og dokumentundersøgelse med kommuner og apoteker samt et referat af et inspirationsseminar for deltagerne.

Som ramme for projektet blev metoden *Appreciative Inquiry* valgt (se metodevalg). De metoder, der er anvendt i forundersøgelserne, er beskrevet i de pågældende kapitler.

Afdækningsundersøgelsen forløb fra april til december 2016.

## Enheder

I projektet deltog tre sundhedsforvaltninger/-afdelinger fra Gladsaxe, Ikast-Brande og Slagelse Kommuner med apoteker fra selvsamme kommuner.

Kommunerne blev valgt på baggrund af projektgruppens forhåndskendskab til kommuner og apoteker. De blev desuden valgt ud fra, at de skulle have en regionsgeografisk spredning. For hver kommune blev der valgt et apotek som primært apotek (ift. interviewundersøgelse); de øvrige apoteker placeret i kommunen blev inviteret til at deltage i projektets inspirationsseminar på lige fod med det primære apotek. Det primære apotek blev udvalgt i samarbejde med kommunen.

Der var et ønske om, at kommunerne skulle deltage med medarbejdere fra flere forskellige forvaltningsområder samt samarbejdspartnere fra lokalsamfundet. Kommunerne gav udtryk for, at de i første omgang gerne ville begynde med et forvaltningsområde og vente med at inddrage lokalsamfundet.

Deltagende apoteker, kommuner og den organisatoriske indplacering i kommunen ses af nedenstående tabel.

	<b>Organisatorisk forankring af projektet i kommunen</b>	<b>Apoteker</b> Det apotek, der har deltaget i interviewundersøgelsen er markeret med fed skrift.
<b>Gladsaxe</b>	Sundhed, udvikling, service og økonomi, trænings- og plejeafdelingen under social- og sundhedsforvaltningen, samt forebyggelsescentret.	<b>Søborg/Buddinge Apotek</b>
<b>Ikast-Brande</b>	Sundhedsteamet, der er en stab placeret under Sundheds-, arbejdsmarkeds-, og ”på tværs”-direktøren. Teamet består af forløbskoordinatorer og sundhedskonsulenter.	<b>Ikast Apotek</b> Brande Apotek
<b>Slagelse</b>	Sundhedstilbud, der er placeret under Sundhed og Ældre (tidligere Sundhed og Omsorg), og som har aktivitetscentre, forebyggelse samt ”sundhed og træning”.	<b>Slagelse Svane Apotek</b> Slagelse Rådhusapoteket Korsør Apotek Skælskør Apotek

Tabel 1: Deltagere

### Deltagere på inspirationsseminar

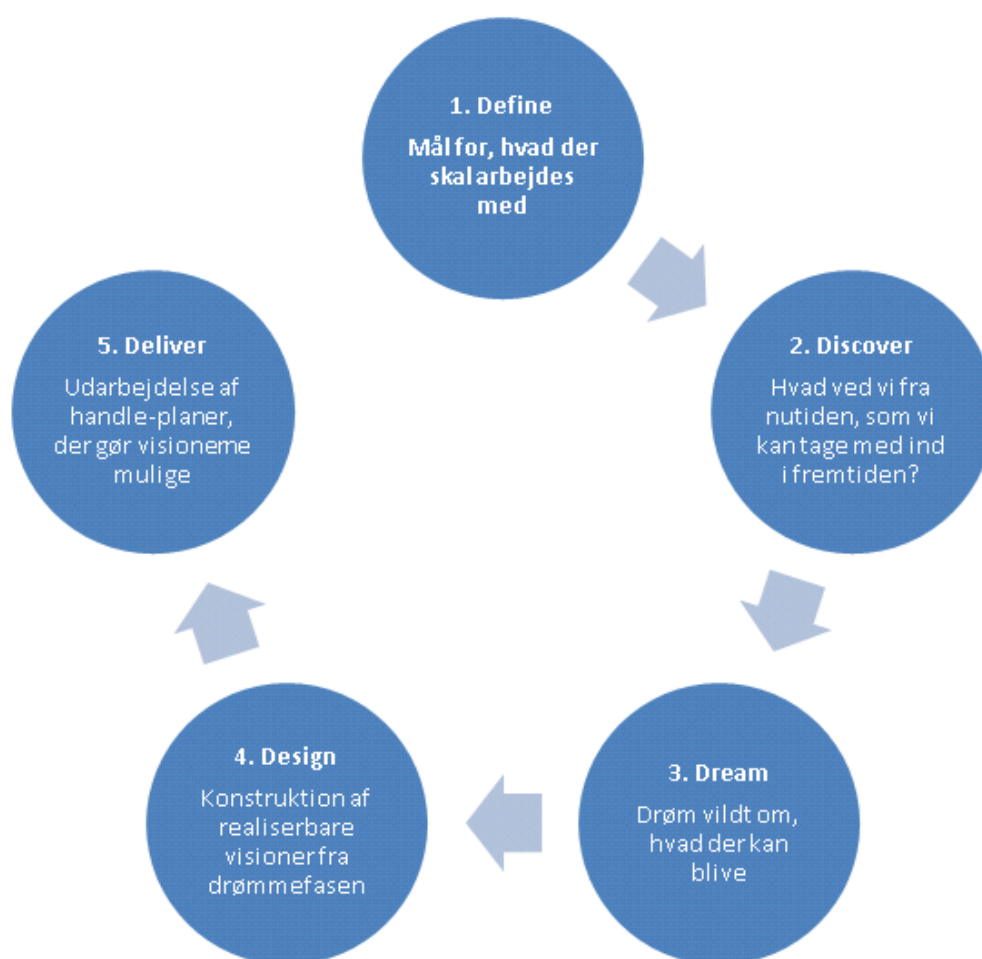
Der deltog 20 personer fra kommuner og apoteker på et to-dages inspirationsseminar 5.-6. oktober 2016. Der deltog fire fra Gladsaxe (to fra kommune, to fra apotek); der deltog fire personer fra Ikast-Brande (to fra kommunen og to fra apotek); der deltog 12 fra Slagelse (seks fra kommunen, seks fra apotek).

### Metodevalg

Metoden *Appreciative Inquiry* er brugt som brugerinddragende ramme. I *Appreciative Inquiry* har man mere fokus på fremtidige visioner end på problemløsning. Metoden hviler på et social-konstruktivistisk fundament, dvs. at virkeligheden – herunder organisationer – skabes af mennesker gennem deres sprogbrug<sup>22</sup>. Således kan man ifølge metoden allerede påbegynde en positiv forandring, bare ved at tale om den.

I dette projekt er *Appreciative Inquiry* valgt, fordi metoden tager udgangspunkt i eksisterende viden om, hvad der fungerer, indeholder et element af brugerinddragelse, ligesom den tvang deltagerne til at arbejde sammen om at tænke i nye løsninger.

Metoden består af de fem faser *Define, Discover, Dream, Design* og *Deliver*.



Figur 1: De fem faser i *Appreciative Inquiry*

### Dataindsamling

#### Define

Formålet med define-fasen er at afdække, hvad der ønskes opnået. Formålet med fasen er således at besvare projektets formål og delmål og sætte rammen for arbejdet med metoden.

I dette projekt besvares formål og delmål gennem forundersøgelserne og gennem rapportens resultatafsnit, der også kan læses som et selvstændigt "Inspirationskatalog".

### Discover

Formålet med discover-fasen er en afdækning af eksisterende brugbar viden, dvs. fokus på succeshistorierne og mulighederne fremfor det, der ikke kan lade sig gøre.

I dette projekt bestod discover-fasen af tre forundersøgelser.

Forundersøgelse I: "Kommunernes implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser – en litteraturundersøgelse". I forundersøgelsen blev følgende problemstillinger afdækket:

- Hvilke forhold har betydning for implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i danske kommuner?
- Hvad er de centrale forudsætninger for samarbejdet med interne og eksterne aktører om forebyggelse?
- Hvordan implementeres sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser i danske kommuner?

Forundersøgelse II: "Apotekers arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme – en litteraturundersøgelse". I forundersøgelsen blev følgende problemstillinger afdækket:

- Hvilken evidens er der for forebyggelsesindsatser på apotek?
- Hvilke samarbejdsformer og -muligheder mellem kommune, apotek og lokalsamfund beskrives i litteraturen?

Forundersøgelse III: "Afdækning af kommuner og apotekers mulighed for samarbejde". I forundersøgelsen blev følgende problemstillinger afdækket:

- Hvad kendetegner kommuners og apotekers strategiske fokus vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvordan beskrives samarbejde med eksterne aktører?
- Hvilke mekanismer har betydning for samarbejde?

På inspirationsseminaret blev deltagerne præsenteret for resultater af forundersøgelserne.

Deltagerne blev bedt om at notere og dele de pointer, de ville tage med i de efterfølgende faser.

Deres pointer faldt indenfor følgende temaer: samarbejdsformer, samarbejdsmuligheder, sårbare borgere, kompetencer, sundhed og forebyggelse, apotekets rolle.

Deltagerne blev ligeledes bedt om individuelt at skrive, hvilke muligheder og barrierer de så for samarbejde mellem kommune, apotek og lokalsamfund vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme.

### Dream

Formålet med dream-fasen var at skabe fælles visioner om fremtidens samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse til alle relevante borgere ved hjælp af samarbejde mellem kommune, apotek og lokalsamfund. Dream-fasen blev gennemført i forbindelse med projektets inspirationsseminar.

Deltagerne blev inddelt i grupper på tværs af kommuner og blev gennem en kreativitetsovelse forberedt på at formulere visioner.

Deltagerne formulerede en række visioner, der efterfølgende blev bearbejdet af projektgruppen. Overlappende visioner blev skrevet sammen. 8 visioner blev formuleret og afsat for inspirationskatalogets redskaber.



### Design

Formålet med design-fasen var at bygge bro mellem det bedste fra nutiden (discover) og det bedste fra fremtiden (dream) og udarbejde målsætninger for visionerne.

Design-fasen blev gennemført i forbindelse med projektets inspirationsseminar. Her blev deltagerne inddelt i (nye) tværkommunale grupper, hvor de formulerede målsætninger for de visioner, gruppen blev tildelt.

Målsætningerne blev bearbejdet af projektgruppen og er sammen med forundersøgelserne udgangspunkt for inspirationskatalogets redskaber.

### Deliver

Formålet med deliver-fasen var at lave handleplaner for hver enkelt målsætning og konkretisere, hvordan målsætningerne kunne realiseres.

Deliver-fasen blev gennemført i forbindelse med projektets inspirationsseminar. Her skulle deltagerne, inddelt i (samme) tværkommunale grupper, formulere handleplaner for deres målsætninger.

Handleplanerne blev bearbejdet af projektgruppen og er sammen med resultater af forundersøgelserne udgangspunkt for inspirationskatalogets redskaber.

Der blev udarbejdet et detaljeret referat af inspirationsseminaret, der blev sendt til høring hos alle deltagere. De havde mulighed for at korrigere eller tilføje.

Efterfølgende er materialet bearbejdet med henblik på udarbejdelse af et inspirationskatalog, der har til formål at inspirere og facilitere samarbejde mellem kommuner og apoteker. Inspirationskataloget besvarer spørgsmålene:

- Hvorfor bør kommuner og apoteker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvordan kan kommuner og apoteker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvordan kan kommuner og apoteker planlægge et samarbejde om en konkret indsats?
- Hvad kan kommuner og apoteker samarbejde om?

Inspirationskataloget kan således bruges til at forberede sig til at indgå dialog om samarbejde med en anden aktør, end man er vant til. Ligesom det kan bruges til at reflektere over styrker og nye muligheder i et eksisterende samarbejde. Inspirationskataloget kan læses i bilag 1.

## **Forundersøgelse I: Kommunernes implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser – en litteraturundersøgelse**

*Forundersøgelse I var en del af fasen Discover i Appreciative Inquiry. Formålet med fasen var at afdække aktuel viden om, hvad der fungerer, så der var mulighed for at trække den aktuelt bedste viden med ind i de efterfølgende faser.*

Hvilke forhold har betydning for implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i danske kommuner? Hvad er de centrale forudsætninger for samarbejdet med interne og eksterne aktører vedr. forebyggelse? Viden om organisering og implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser på tværs af sektorer udgør en væsentlig baggrund for at kunne finde nye måder, hvorpå kommuner, apoteker og lokalsamfund kan arbejde sammen om forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver.

Denne forundersøgelse har til formål at præsentere udvalgt relevant litteratur, der beskriver implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i danske kommuner – med særligt fokus på samarbejdsmuligheder og samarbejdsformer. Kapitlet spænder over empiriske studier af sundhedsfremme og forebyggelse i danske kommuner, generel implementeringslitteratur og litteratur om partnerskaber som en særligt relevant samarbejdsform i forhold til nærværende projekt. Grundet bredden af dette genstandsfelt har det ikke været muligt at lave en systematisk litteratursøgning. I stedet tages afsæt i det kendskab til litteraturen, der er opnået gennem Statens Institut for Folkesundheds forskning på området – og der er foretaget en mere afgrænset søgning efter supplerende litteratur indenfor de enkelte områder. Litteraturundersøgelsen dækker videnskabelige publikationer såvel som grå litteratur, som fx rapporter fra Sundhedsstyrelsen og KL.

Referencerne til forundersøgelsen findes til slut i kapitlet.

### **Sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne**

Siden Strukturreformen af den offentlige sektor i 2007 har kommunerne været ansvarlige for at skabe sunde rammer og sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til deres borgere(1,2). Sundhedsloven rummer ikke specifikke bestemmelser om, hvad kommunerne konkret skal gøre på folkesundhedsområdet, eller hvordan de skal arbejde. Det betyder, at kommunerne har skullet udvikle nye måder at organisere og implementere folkesundhedsarbejdet. Efter anbefaling fra KL og Sundhedsstyrelsen har de fleste kommuner (ca. 73 ud af 98) i dag etableret en sundhedspolitik, som styrer deres arbejde med at implementere sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser(1). Generelt spiller ulighed i sundhed en stor rolle i de kommunale sundhedspolitikker, der udover de klassiske risikofaktorer i stigende grad sætter fokus på mental sundhed og sociale fællesskaber. Ligeledes lægges der i stigende grad vægt på at inddrage civilsamfundet i det kommunale sundhedsarbejde(3).

I mange kommuner er det sundhedskoordinatorer eller -konsulenter, der har ansvaret for at implementere sundhedspolitikken – en opgave, der i dag i de fleste kommuner går på tværs af forvaltningsstrukturer og omfatter at skabe gode relationer, formulere fælles mål og opbygge en samarbejdende kultur(4). Dette er dog lettere sagt end gjort. Ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen(5) oplever kommunale sundhedsplanlæggere, at de største udfordringer i forbindelse med implementering er: mangel på ressourcer, at samarbejde på tværs, at omsætte viden til praksis og at dokumentere og evaluere på et rimeligt niveau. Derudover vurderes ledelsesopbakning og politisk bevågenhed som værende helt centrale faktorer for implementering og fokus i organisationen(5, 6).

Den videnskabelige litteratur om implementering af sundhedsfremme og forebyggelse i danske kommuner er relativt begrænset. I det følgende præsenteres empiriske studier, der har beskæftiget sig med området, og der fokuseres først på studier vedrørende videngrundlaget for det kommunale forebyggelsesarbejde og dernæst på studier vedrørende samarbejdet på tværs i de kommunale forvaltninger.

### Videngrundlaget for det kommunale forebyggelsesarbejde

I tiden omkring Strukturreformen opstod en faglig debat om videngrundlaget for det kommunale arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. En litteraturgennemgang viste, at forskningen vedrørende effekterne af kommunale forebyggelsestiltag var ganske begrænset, og at det således var vanskeligt at etablere en evidensbaseret kommunal praksis på området(7). Det blev i forlængelse heraf debatteret, hvorvidt man på forebyggelsesområdet kan anvende de samme evidenskriterier, som man bruger indenfor klinisk medicin(8). En rapport fra Sundhedsstyrelsen foreslog, at der var behov for evidens om effektiviteten af forebyggelsesindsatser såvel som evidens om organisering og implementering(9) og dermed blev der lagt op til et bredere perspektiv på evidens og evidensbaseret praksis. Dette ændrer dog ikke på, at kommunerne har været udfordret af, at der ikke eksisterede et entydigt og autoritativt fagligt videngrundlag for deres arbejde, og at de i meget vid udstrækning selv har skullet definere og afgrænse den opgave, de fik med den nye sundhedslov.

For at støtte kommunerne i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse introducerede Sundhedsministeriet fra 2012 til 2013 elleve såkaldte *forebyggelsespakker*. Pakkerne omhandler emner (fx mad og måltider, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, mental sundhed og seksuel sundhed), hvor der er potentiale for at forbedre folkesundheden og reducere ulighed i sundhed.

*"Forebyggelsespakkerne er et vidensbaseret værktøj, der skal bidrage til, at kommunerne på et kvalificeret grundlag kan prioritere indsatser og bruge ressourcerne der, hvor der er viden om, hvad der virker. De faglige anbefalinger skal således medvirke til at kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde – både i forhold til eksisterende og nye indsatser"*(10).

I en kortlægning af ti danske kommuners arbejde med forebyggelsespakkerne undersøger Christiansen et al(6), hvordan kommunerne oplever implementeringen og bruger den forskningsbaserede viden i praksis. Generelt er holdningen positiv i kommunerne. Pakkerne opleves som en hjælp til at give overblik, kvalificere prioriteringen, sikre evidens og styrke systematikken i kommunens sundhedsarbejde. Dog oplever kommunerne, at implementeringen af de elleve pakker er et stort arbejde i praksis. De har mange overvejelser angående prioriteringen af de forskellige pakker, og implementeringen opleves overordnet som et stort udviklingsarbejde, idet størstedelen af anbefalingerne er relativt overordnet. Samtidig opleves det som vanskeligt at implementere pakkerne på tværs af fagområder og forvaltninger på grund af manglende prioritering og engagement i andre forvaltninger. I alt angiver 38 % af de adspurgte kommuner, at der i kommunen er udarbejdet en strategi for implementering af forebyggelsespakkerens anbefalinger. 45 % angiver, at der delvist er udarbejdet en strategi, mens 17 % ikke har udarbejdet en strategi for implementering af forebyggelsespakkerne(6, p.14). Samlet set efterspørger kommunerne en prioritering "oppefra" (fra KL, Sundhedsstyrelsen eller ministeriet), som angiver de vigtigste indsatser og et minimumskrav til kommunerne – til trods for, at flere kommuner også ser pakkernes fleksibilitet som en fordel i implementeringsprocessen, hvor det er muligt at udvælge de anbefalinger, der passer sammen med kommunens eksisterende indsatser og prioriteter(6).

Rod og Høybye(11) undersøger ligeledes, hvordan fire danske kommuner arbejder med at implementere forebyggelsespakkerne, herunder hvordan pakkerne – som guidelines for sundhedsfremme og forebyggelse – bliver fortolket. I deres artikel beskriver de, hvordan første skridt i implementeringsprocessen i alle fire kommuner har været at vurdere, om den eksisterende praksis lever op til anbefalingerne i guidelinene. På den måde er forebyggelsespakkerne blevet et vurderings- og prioriteringsredskab. Samtidig er pakkerne blevet brugt til at påvirke beslutningstagen på politisk niveau med reference til de risikofaktororienterede anbefalinger. Rod og Høybye(11) fremhæver, hvordan forebyggelsespakkerne har bidraget til en videnskabelig standardiseringsproces i kommunerne, idet de rammesætter de måder, hvorpå kommunerne vurderer og prioriterer deres eksisterende sundhedsfremmeindsatser. Det er derimod uvist, i hvilken grad forebyggelsespakkerne medfører en større grad af ensartethed af forebyggelsesindsatserne i praksis.

Et gennemgående tema i litteraturen om forebyggelsens videngrundlag er, at kommunerne efterlyser helt konkrete anbefalinger, best practices og "opskrifter" til, *hvordan* viden og indsatser

let, konkret og succesfuldt kan implementeres i praksis(5,6). Kommunerne efterspørger praksisnær forskning og evidens for indsatser, men mangler samtidig systematisk og konkret videnopsamling om, *hvad* der virker i selve implementeringsprocessen(5, p. 12). Der ses i disse år en stigende interesse fra kommunernes side i at bidrage til og deltage i forskningssamarbejde på sundhedsområdet, hvilket også må anses som en vigtig forudsætning for udviklingen af kvaliteten af det kommunale forebyggelsesarbejde(12). Det er i den forbindelse en central udfordring at finde en balance mellem efterspørgslen efter retningslinjer og en større grad af standardisering på den ene side og behovet for lokale, politiske prioriteringer på den anden.

#### Sundhed på tværs: internt samarbejde i kommunerne

I litteraturen bliver det beskrevet, hvordan der er et stigende fokus på at styrke og implementere sundhedsindsatser og lighed i sundhed via tværsektorielle samarbejder i kommunen(1;2;13). Selvom det er op til den enkelte kommune selv at vurdere, hvilke sundhedsinterventioner man vil implementere og prioritere(1), er strukturreformen udviklet med tværsektorielle samarbejder for øje, og det er fra politisk side blevet forventet, at kommunerne udnytter mulighederne for at integrere sundhedsperspektiver i ikke-sundhedssektorer(2, p. 2). *"... Med kommunernes ansvar for sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver er der et stort potentiale for bedre sundhed i befolkningen, hvis kommunerne formår at arbejde ud fra en helhedsbetragtning, hvor gevinsterne af nye tiltag nogle gange først ses på længere sigt og ofte ikke kan høstes i det forvaltningsområde, der gennemfører tiltagene"*(13, p. 65). Der er således en forventning om, at sundhed må skabes *på tværs*. Det vil sige i tæt og tværgående samarbejde mellem kommunens forvaltningsområder; dels fordi borgernes sundhed påvirkes af kommunens ydelser og tilbud på en række områder, dels fordi indsatsen i de fleste øvrige forvaltningsområder vil være påvirket af borgerens sundhedstilstand (fx ældres behov for pleje og støtte, lediges arbejdsmarkedsevne, børn og unges indlæringsparathed)(4;13, p. 6). Samtidig er der en antagelse om, at kommunerne kan reducere social ulighed i sundhed ved at arbejde på tværs af sektorer(2, p. 3).

På baggrund af besøg i sundhedsforvaltningerne i ti kommuner viser Holt et al.(2), hvordan intentionerne i den tværsektorielle tilgang producerer en stærk sag i forhold til at integrere sundhed i ikke-sundhedssektorer. Sundhed bliver fremstillet som *middel* til at nå ikke-sundhedssektorens egne mål og som noget, der tilføjer værdi til disse indsatser. Holt et al. pointerer, at selvom idéerne omkring den tværsektorielle tilgang er populær, er implementeringen en udfordring. Alle ti sundhedsforvaltninger oplever, at det er svært at motivere og engagere andre sektorer, og at det er svært at etablere ejerskab og dedikation i forsøget på at undgå modstand blandt ikke-sundhedssektorer, der typisk er optaget af egne kerneopgaver(2). Holt et al. beskriver desuden, hvordan det i højere grad lykkes at implementere interventioner, der retter sig mod enkeltstående risikofaktorer, fremfor mere overordnede interventioner, hvor sundhed har indflydelse på bredere velfærdspolitikker. Hermed forsømmer indsatserne at adressere mere grundlæggende sociale determinanter for sundhed (2, p. 5).

Larsen et al.(1), der undersøger udviklingen og implementeringen af en tværsektoriel sundhedspolitik i en dansk kommune, identificerer ligeledes en række udfordringer i implementeringen af det tværsektorielle sundhedssamarbejde:

- Den vertikale struktur i kommunens sektorer, hvor hver sektor er ansvarlig for egne kerneopgaver.
- Sundhedspolitikken bliver opfattet som "ekstra arbejde", idet medarbejdere fra ikke-sundhedssektorer føler, at de er nødt til at prioritere sundhed på bekostning af andre problemstillinger.
- Manglende økonomisk støtte til implementeringen, så ressourcer skal tages andetsteds fra.
- Manglende ejerskab ift. den tværsektorielle sundhedspolitik.
- Klare politiske mål og baselinemålinger mangler.
- Det er svært at bibeholde den aktive involvering af politikere og lokalmiljøet og en udfordring at finde de rigtige kanaler til at bevare politisk og offentlig opmærksomhed(1).

Selvom det tværsektorielle sundhedsfokus giver rigtig god mening på papiret, er det altså vanskeligt at implementere i praksis. Som litteraturen indikerer, er der adskillige faktorer, der har indflydelse på implementeringen af sundhedspolitik og succesen af tværsektoriel samarbejde. Det bliver tydeligt, hvordan der er fokus på og potentiale for sundhed og samarbejde på tværs, men at det samtidig er væsentligt at være opmærksom på de udfordringer, der opstår grundet kommunernes vertikale struktur med forskellige mål og kerneopgaver i de respektive forvaltninger. Det er en generel opfattelse, at kommunernes struktur gør det vanskeligt at implementere sundhedsinterventioner på tværs af fagområder og forvaltninger på grund af manglende prioritering, motivation og engagement fra ikke-sundhedsområder(1;2;5;6).

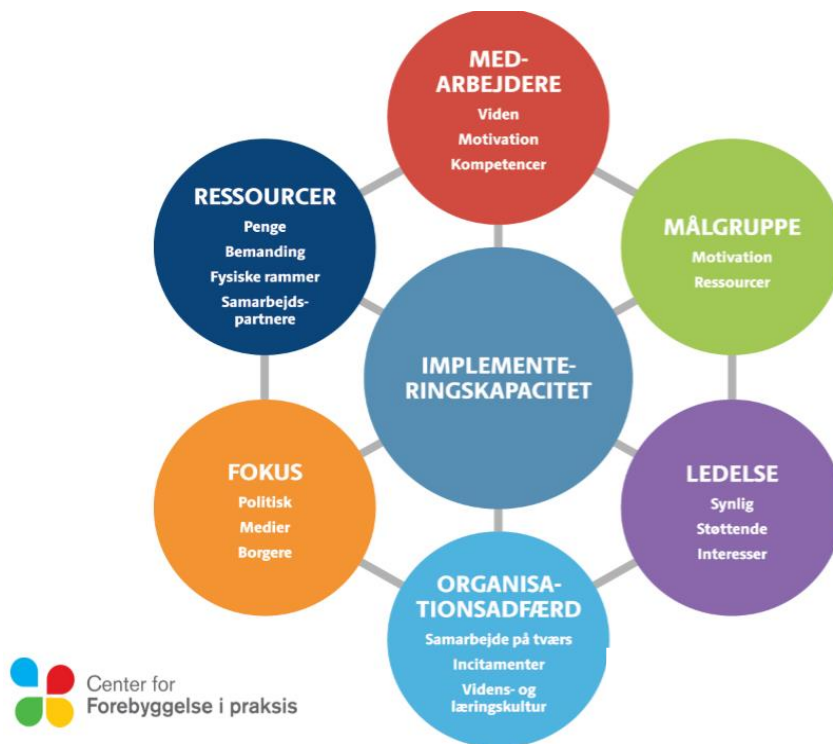
Kommunernes forskellige måder at organisere sig på har desuden betydning for deres muligheder for og udfordringer ved at implementere sundhed på tværs. Organiseringens betydning er relevant, fordi kommunernes organisering ikke er statisk, men tværtimod jævnlige forandres med eksempelvis reduktion af forvaltninger, sammenlægning af afdelinger og stabe, flytning af opgaver mellem enheder og udskiftning af medarbejdere(12). Hvis sundhed på tværs skal lykkes, er det nødvendigt, at kommunerne formår at arbejde ud fra en helhedsbetragtning, og at sundhedsområdet forstår – og formår at formidle – hvor og hvordan sundhedsfremmeindsatser kan bidrage til at løfte kerneopgaver i andre forvaltningsområder, og hvor der kan være sammenfaldende interesser mellem sundhedsområdet og andre områder(4, p.7; 13).

### **Implementering af sundhedsindsatser: faciliterende faktorer**

Ifølge Curtis og Bech(13) handler implementering om ”... alt det, der gøres for at gennemføre noget nyt i praksis – for at forandre praksis”(12, p. 9). Implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser kan som sådan forstås som dynamiske processer, hvor opgaven er at realisere og inkorporere en indsats eller en strategi i en social kontekst. Processen med at implementere består af alle de handlinger – og mere eller mindre systematiske tiltag – der gennemføres for at ændre en eksisterende praksis; fra beslutningen er taget, til daglig praksis er ændret, og eventuelt evalueret og justeret(4, p.6; 5, p.16). Vellykket implementering handler således i lige så høj grad om planlægning af processer som egentlig gennemførelse(13, p.10).

I litteraturen fremhæves en række forhold, som har særlig betydning for implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser. Når det gælder ”sundhed på tværs”, fremhæver Curtis og Bech(13) synlighed af sundhedsområdet, tværgående ejerskab til sundhedspolitikken og netværksdannelse på tværs, som vigtige faktorer. Dertil kommer kendskab til hinandens arbejdsgange og kultur samt rammesætning for samarbejdet – både organisatorisk og opgavemæssigt(13, p. 8). I tråd hermed beskriver Larsen et al.(1), hvordan implementering og succesen af en tværsektoriel sundhedspolitik afhænger af overensstemmelsen af interesser blandt sektorer, identifikation af en fælles ramme, handlinger baseret på velfunderet baselinedata, politisk vilje, borgerinddragelse, medieopmærksomhed, engagement fra alle involverede, allokering af tilstrækkelige (fælles) ressourcer og sundhedspolitikens mulighed for at producere fordele(1). Implementering af sundhed på tværs handler altså i høj grad om at sikre tværgående ejerskab, identifikation af interesser og en fælles ramme.

Center for Forebyggelse i praksis(4) har udviklet et redskab; en *implementeringscirkel*, der dels kan understøtte processen med at implementere sundhed på tværs af forvaltningsområder, dels kan bidrage til at opbygge implementeringskapacitet i kommunerne. Implementeringskapacitet handler om, hvilke muligheder og betingelser kommunerne har for at sikre vellykket implementering, og er blandt andet defineret på baggrund af ressourcer, opbakning fra politikere og ledelse, et velfungerende tværgående samarbejde og medarbejdere med de rette kompetencer og engagement(4, p. 4).



Figur 2: Implementeringscirkel

Implementeringscirklen består af følgende seks elementer:

- *Fokus* – en kommunal sundhedspolitik og andre retningsgivende dokumenter kan skabe politisk fokus på indsatsen. Også medieomtale, borgermøder og andet kan styrke fokus.
- *Ressourcer* – økonomiske ressourcer og relevant bemanding har oftest afgørende betydning for, hvordan indsatsen kan implementeres. Fysiske rammer og mulighed for at samarbejde med eksterne har også en betydning.
- *Medarbejdere* – det fremmer mulighederne for implementeringen, når koordinatore, konsulenter og frontmedarbejdere har de fornødne kompetencer og praksisviden, og de samtidig er engagerede, motiverede og åbne for forbedringsmuligheder.
- *Målgruppe* – at have viden om målgruppens motivation og ressourcer samt involvere borgerne tidligt i indsatsen er afgørende for en vellykket implementering.
- *Ledelse* – en samlet ledelse, der bakker indsatsen op, er vigtig for implementeringen. Både egen ledelse på sundhedsområdet og ledelsen i andre relevante forvaltningsområder.
- *Organisationsadfærd* – tillid og åbenhed for at samarbejde på tværs, en udviklet læringskultur samt opbygning og systematisk brug af viden kan danne basis og fremme implementering(4).

På tilsvarende vis peges der i Sundhedsstyrelsens rapporter(5;14) på syv generelle forhold, som kræver særlig opmærksomhed i implementeringsprocesser af sundhedsindsatser i kommuner:

- *Karakteristika ved selve interventionen* – hvilke forudsætninger er til stede, organisatorisk, politisk, økonomisk?
- *Organisatoriske faktorer* – kultur i organisationen og etablering af samarbejdsrelationer.
- *Frontpersonalets rolle* – inddrage medarbejderne og fremme deres muligheder for at ville og kunne indgå i implementeringsprocessen.
- *Ledelsens rolle* – ledelsen på alle niveauer skal sikre rammerne, opbakning af frontpersonalets arbejde med indsatsen og vedligeholdelse.

- *Inddragelse af målgruppen* – inddrage viden om målgruppens værdier, ønsker, barrierer og motivationer.
- *Dokumentation og evaluering* – er det tiltaget eller måden, det er implementeret på, der har haft betydning for interventionens resultater eller mangel på samme?
- *Nøjagtighed kontra tilpasning* – hvilke konsekvenser kan tilpasning af interventionen til lokal kontekst have? (ibid.)

I et nyt norsk studie identificerer Weiss et al.(15) via en systematisk litteraturgennemgang af internationale studier de ti vigtigste facilitatorer for succesfuld implementering af sundhedsfremme (politikker og indsatser) på lokalt niveau: *Samarbejde og fælles beslutningstagen* (samarbejde i grupper på tværs af organisationer, sektorer og discipliner, både vertikalt og horisontalt og i alle stadier af planlægning, implementering og evaluering); *Enighed om mål og målsætning* (klare definerede mål, der kommer alle interessenter til gode, skaber ansvar, engagement og ejerskab); *Lokal planlægning og handling* (engagere lokalsamfundet via inklusion og empowerment – involvere lokale ledere og målgrupper i hele processen); *Effektiv ledelse og vejledning* (synlig opbakning fra ledelsen i forhold til at nå mål); *Etablere og fastholde tillid* (tillidsfulde samarbejder bygget på gensidig respekt, rimelighed og deling); *Tilstrækkelige ressourcer* (Økonomisk kapital og menneskelige ressourcer); *En dynamisk tilgang* (en fleksibel, dynamisk og cyklisk tilgang kan udvikle sig i takt med sociale, politiske og miljømæssige omstændigheder); *Relevant tid* (længerevarende realistiske tidsrammer forøger mulighederne for at opnå og måle resultater); *Kyndige og uddannede medarbejdere* (medarbejdere skal klædes på både før og under implementeringen for at sikre kompetencer, ejerskab og klare roller).

Der eksisterer således en række forskellige – og dog delvis overlappende – bud på, hvilke forhold der har betydning for implementeringen af sundhedstiltag. Litteraturen viser samstemmende, at implementeringsprocesser er komplekse og afhænger af de specifikke organisationer, kontekster og mennesker, som indsatsen implementeres i og af. Mens litteraturen identificerer facilitatorer for succesfuld implementering, kan samspillet mellem de forskellige facilitatorer ikke som sådan sættes på formel, og der findes ikke entydige veje til vellykket implementering.

På et mere grundlæggende niveau kan implementering forstås som noget, der opstår i kraft af et samspil mellem aktører på flere niveauer: målgruppe, frontmedarbejdere, ledere og politikere. Rod et al. har peget på to basale sociale forudsætninger for samarbejde omkring sundhedsinterventioner: dialogisk handlen med afsæt i en fælles forståelse og etablering af en udvekslingsproces, hvor fastholdelse af reciprocitet (gensidig afhængighed) holder samarbejdet i gang(16).

### **Partnerskabers potentiale som samarbejdsform**

Ligesom det centrale fokus på implementering af ”sundhed på tværs” i kommunerne, er der et stigende fokus på kommunalt samarbejde med det omgivende samfund; med civile og private aktører. Inden for de sidste 10 år er omfanget af samspillet mellem det offentlige og private øget væsentligt, og stadig flere af velfærdssamfundets opgaver bliver løst i et samspil mellem den offentlige og den private sektor. I en rapport fra Rådet for Offentligt-Privat Samarbejde (17), bliver det beskrevet, hvordan inddragelse af private aktører i integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet ikke blot kan føre til en mere effektiv drift og besparelser i budgettet, men at private leverandører også kan have særlige forudsætninger for at udfordre kommunernes virkelighed, og at kompetencerne hos kommune og privat aktør kan komplementere hinanden i udviklings-samarbejder og give grobund for langsigtede strategiske partnerskaber(17, p. 5-6).

I samarbejdet med civile aktører og frivillige borgere er forventninger om social, kvalitetsmæssig, effektmæssig, innovativ, økonomisk og demokratisk merværdi en drivende kraft(3, p. 6). I en undersøgelse, hvor Ibsen og Espersen(3) har adspurgt fag- og forvaltningschefer i landets 98 kommuner om deres samarbejde med civile aktører, angiver fagchefer indenfor Sundhed og Forebyggelse flest samarbejder i antal efterfulgt af Socialområdet. Ifølge kommunerne er samarbejdet ikke drevet af et ønske om at spare penge, men derimod af ønsker om at styrke det

lokale demokrati og skabe bedre service(3). Paradoksalt nok viser undersøgelsen også, at der er en tendens til, *"...at samarbejderne vedrører opgaver i driften frem for den politikudviklende problemformulering i kommunerne: Der samarbejdes mere om produktionen frem for om udviklingen og planlægningen af services"*(3, p. 7).

I litteraturen fremhæves *partnerskaber* som en særlig samarbejdsform, der har potentialer i forhold til samarbejde på tværs af sektorer, særligt på sundhedsområdet(18, p. 6). Den tidligere regering(19) fremhævede ligeledes i sin forebyggelsespolitik 'Sundere liv til alle', at partnerskaber på tværs af myndigheder, civilsamfundet og det private skal sikre, at danskerne får mulighed for at få flere gode leveår, og at den sociale ulighed i sundhed reduceres(19).

Flere studier peger på, at man ved at sammenbringe ekspertise, ressourcer og idéer fra forskellige sektorer i partnerskaber kan generere innovative strategier i arbejdet med folkesundhedsproblematikker(20;21;22). Et særegent kendetegn ved partnerskaber er, at de forskellige partnere enes om et fælles mål om at skabe social værdi og sammenhængskraft og må deles om risiko og ansvar, ressourcer og fordele(20, 23). Det, der ideelt set adskiller et partnerskab fra andre samarbejdsformer er *fælles beslutningstagen* igennem hele samarbejdsprocessen(24, 25).

Ifølge Højlund(26) giver *værdibaserede* partnerskaber (i modsætning til fx kontraktbaserede og økonomisk orienterede samarbejdsformer) mellem offentlige og private organisationer, mulighed for at samarbejde og implementere interventioner ud fra en fælles værdihorisont, selvom organisationerne i andre sammenhænge forfølger egne mål og interesser. Partnerskabet opnår sammenhængskraft gennem idéer om fælles værdier og mål, og folk knyttes til det ved at få en konkret rolle og herigennem medejerskab. *"Der er en politisk-administrativ styringslogik, som bliver koblet med en værdiorientering hentet fra den frivillige sektor, hvor engagement og commitment er vigtige præmisser for at skabe sammenhængskraft"*(26, p. 37). Ifølge Højlund har de værdibårne strukturer i partnerskabet en indbygget bæredygtighed, fordi værdier både er stabile og fleksible(26). Den fælles værdihorisont er altså det, der giver partnerskabet sammenhængskraft på trods af individuelle interesser.

Det australske Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) (27) har udviklet et såkaldt "Partnership Analysis Tool" til oprettelse, udvikling og vedligeholdelse af partnerskaber indenfor sundhedsfremme. Hvis partnerskaber skal være succesfulde, kræver det ifølge VicHealth, at de har et klart formål, at de tilføjer værdi til parternes arbejde, og at de er nøje planlagt og monitoreret(27, p. 1). Et andet bud på en model til bæredygtige partnerskaber er "The seven C's of strategic collaboration"(20, p.10). Ifølge denne model konfronterer partnerskaber syv organisatoriske udfordringer for at få succes: Der skal være klarhed vedr. formålet (*Clarity of purpose*) og enighed om mission, strategi og værdier (*Congruency of mission, strategy, and values*). Derudover skal partnerskabet skabe værdi – både til samfundet og til parternes arbejde (*Creation of value*), ligesom de respektive partnere skal tilslutte sig formålet og hinanden (*Connection with purpose and people*), og kommunikere med hinanden (*Communication between partners*). Til slut er det essentielt, at etableringen af et partnerskab er en kontinuerlig læringsproces (*Continual learning*), og at partnerne gensidigt må forpligte sig til partnerskabet (*Commitment to the partnership*). At navigere i de "syv C'er" er ikke let, og Reich påpeger, at for at opnå bæredygtige samarbejder er det i særdeleshed vigtigt at være opmærksom på, at partnerskabet skaber værdi for alle involverede(20).



### **Et kontinuum af partnerskaber for sundhedsfremme**

Man kan skelne mellem forskellige formål og former for partnerskaber. Det kan være nyttigt at se partnerskaber på et kontinuum, der spænder fra netværksdannelse til samvirke:

**Netværksdannelse** involverer udveksling af information til gensidig gavn. Dette kræver kun lidt tid og tillid mellem partnerne. For eksempel kan udbydere af tilbud til unge i et bestemt område mødes månedligt for at opdatere hinanden og diskutere forhold, der påvirker unge.

**Koordinering** involverer udveksling af information og justering af aktiviteter med et bestemt formål. For eksempel kan udbydere af tilbud til unge mødes og planlægge en koordineret indsats for at øge den politiske opmærksomhed og støtte til ungeområdet.

**Samarbejde** involverer udveksling af information, justering af aktiviteter og deling af ressourcer. Det kræver mere tid og en højere grad af tillid mellem partnerne, og at man deler sit organisatoriske "territorium". For eksempel kan flere ungdomsuddannelsesinstitutioner sammen med en kommunal børn- og ungeforvaltning etablere en fælles indsats til forebyggelse af vold og diskrimination.

**Samvirke.** Udover de nævnte aktiviteter involverer samvirke, at partnerne styrker hinandens kapacitet i forhold til et givent formål og til fælles gavn. Det kræver, at man overdrager en del af sit eget ansvarsområde til en anden partner for at skabe bedre og mere sammenhængende ydelser. For eksempel kan en række skoler i fællesskab finansiere en stilling i den kommunale forvaltning, der varetager en bestemt rolle på skolerne.

Oversat og tilpasset efter VicHealth 2016, der bygger på Himmelman 2001(28).

Figur 3: Kontinuum af partnerskaber for sundhedsfremme

## Sammenfatning

### Opmærksomhedspunkter for samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse

I nærværende kapitel har vi gennemgået litteratur, der beskæftiger sig med implementering af sundhedsfremme og forebyggelse i danske kommuner, og som kan bidrage til at identificere forhold af betydning for samarbejde med interne og eksterne aktører i den forbindelse. Den empiriske litteratur om sundhedsfremme og forebyggelse i danske kommuner har især beskæftiget sig med forebyggelsens videngrundlag og med bestræbelsen på at arbejde med "sundhed på tværs" i de kommunale forvaltninger. Begge dele har stor betydning for kommunernes arbejde på området, og i etableringen af nye samarbejdsprojekter er det væsentligt at være opmærksom på, hvordan man kan knytte an til kommunernes bestræbelser på at arbejde evidensbaseret og tværsektorielt.

Siden kommunerne med Strukturreformen fik ansvaret for den borgerrettede forebyggelse har det været en central udfordring, at deres opgave hverken var lovgivningsmæssigt veldefineret/afgrænset eller kunne tilrettelægges på baggrund af et autoritativt videngrundlag. Omvendt har dette vilkår også givet kommunerne mulighed for at tage afsæt i deres lokale situation og de lokalpolitiske ønsker og hensyn. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker har spillet en afgørende rolle for kommunerne, idet de fungerer som relativt fleksible og åbne faglige anbefalinger for de lokale prioriteringer. Der savnes dog fortsat fra kommunalt hold nogle mere håndfaste og konkrete retningslinjer for forebyggelsesarbejdet.

Kommunerne ønsker generelt at arbejde med "sundhed på tværs". Det vil sige, at de i vid udstrækning søger at etablere en sammenhæng mellem deres sundhedspolitik og arbejdet i de øvrige forvaltninger. Der er dog betydelige udfordringer forbundet med dette, og det har vist sig vanskeligt i praksis at indfri de store forventninger, der knytter sig til det tværsektorielle samarbejde. Selvom sundhed på det teoretiske plan hænger tæt sammen med indfrielsen af mål på andre områder (fx uddannelse, beskæftigelse og lignende), er det ikke helt let at etablere sammenhængen mellem fagområderne – blandt andet på grund af den kommunale organisering, hvor hver enhed har sin egen kerneopgave.

I den del af litteraturen, der beskriver facilitatorer for implementering af sundhedsindsatser og sundhedspolitik, lægges der – i forlængelse af ovenstående – vægt på etableringen af et tværgående ejerskab og en fælles ramme. Der findes en række forskellige, delvis overlappende bud på, hvilke forhold der generelt har betydning for implementering. Et nyttigt redskab i den forbindelse er udviklet af KLS Center for Forebyggelse i praksis. Den såkaldte implementerings-cirkel (se figur 2) består af seks elementer: fokus, ressourcer, medarbejdere, målgruppe, ledelse og organisationsadfærd. Implementeringscirklen kan fungere som en ramme for tilrettelæggelse og planlægning af implementeringsprocesser, og som en måde at rette opmærksomheden mod forskellige typer af forhold, der alle har betydning for implementeringen. Det er dog vigtigt at understrege, at der ikke findes faste opskrifter på vellykkede implementeringsprocesser, idet disse i vid udstrækning afhænger af samspillet mellem de involverede aktører.

Partnerskaber betragtes som en særligt lovende samarbejdsform, der i stigende grad vinder indpas på sundhedsområdet. Gennem partnerskaber mellem det offentlige, private og civile aktører kan man sammenbringe ekspertise, ressourcer og idéer fra forskellige sektorer. Det anses for centralt for etableringen af vellykkede partnerskaber, at der arbejdes med afsæt i fælles mål og fælles værdier, som samtidig giver hver enkelt partner mulighed for at forfølge egne mål og interesser. Indenfor rammerne af et partnerskab kan der etableres forskellige former for samarbejde, der kræver forskellige grader af tid, tillid og villighed til at dele eller sågar overdrage ansvarsområder til andre aktører. Hvis man ønsker at arbejde med partnerskaber, er det derfor vigtigt at være opmærksom på, hvad det konkret vil indebære og kræve af hver enkelt partner, og hvordan man kan definere et fælles formål og værdimæssigt afsæt for arbejdet.

## Litteratur

1. Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A., Gulis, G. (2014). "Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality", *Scandinavian Journal of Public Health*, 42: 649-657.
2. Holt, D. H., Fröhlich, K. L., Tjørnhøj-Thomsen, T., Clavier, C. (2016). "Intersectorality in Danish Municipalities: Corrupting the social determinants of health?", *Health Promotion International*, 1-10.
3. Ibsen, B. & H.H. Espersen (2016). "Kommunernes samarbejde med civile aktører. Forskelle og ligheder i forventninger, praksis, samarbejdspartnere og oplevet udbytte", KORA Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
4. Center for Forebyggelse i praksis (2015). "Implementering af sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne. Tilgange og redskaber baseret på erfaringer fra samarbejde med kommuner", KL
5. Sundhedsstyrelsen (Rønnov L. P. & Marckmann, B.) (2010). "Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrunds rapport".
6. Christiansen, N. S., C. H. Pedersen, D. H. Holt, T. Holmberg, A. I. Christensen & M. H. Rod (2014). "Kortlægning. Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Midtvejsrapport", Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, kap. 5.
7. Højgaard, B., Sørensen, J., & Søgaard, J. (2006). Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
8. Rod, M. H. (2011). Evidenssproget: Om sprog, viden og virkning i forebyggelse. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 15, 31-54.
9. Skovgaard, T., Nielsen, M.B.D., Aro, A.R. "Evidens i forebyggelsen". København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
10. Christiansen, N. S., T. Holmberg, K. K. Hærvig, A. I. Christensen, M. H. Rod (2016). "Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015", Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
11. Rod, M. H., M. T. Høybye (2015). "A case of standardization? Implementing health promotion guidelines in Denmark", *Health Promotion International*, 1-12.
12. KL (2014). Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver. København: KL.
13. Curtis, T. & Bech, M. (2012). "Organisering og implementering af sundhed på tværs", Sund By Netværket, København.
14. Sundhedsstyrelsen (Christensen, A.) (2011). "Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser", Sundhedsstyrelsen, Enhed for Sunde Rammer.
15. Weiss, D., Lillefjell, M., Magnus, E. (2016). "Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs – a scoping review at the local community level", *BMC Public Health*, 16:140.
16. Rod, M. H., Ingholt, L., Sørensen, B. B., Tjørnhøj-Thomsen, T. (2014). "The spirit of the intervention: reflections on social effectiveness in public health intervention research", *Critical Public Health*, 24:3, 296-307.

17. Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde (2015). "Private leverandører i integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet".
18. Schjørring, M. K., M. Jensen & M. H. Rod (2015). "Partnerskaber. Litteraturstudie og evaluering", Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
19. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014). "Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste ti år", 2013/14: 11. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
20. Reich, M. R. (2002). "Public-Private. Partnerships for Public Health". Cambridge. Harvard University Press.
21. Leenaars, K., Jacobs-von der Bruggen, Monique, Renders, Carry (2013). "Determinants of Successful Public-Private Partnerships in the Context of Overweight Prevention in Dutch Youth" I: *Preventing Chronic Disease*. 10. 1-7.
22. Butterfoss, F.D. (2009). "Evaluating Partnerships to Prevent and Manage Chronic Disease" I: *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, practice, and policy*. 6(2). 1-10.
23. Wall, A. (2013). "Public-Private Partnerships in the USA. Lessons to be learned for the United Kingdom". New York. Routledge.
24. Richter, J. (2004). "Public-private Partnerships for Health: A trend with no alternatives?" I: *Development*. 47(2). 43-48.
25. Hawkes, C. & Buse, K. (2011). "Public health sector and food industry interaction: it's time to clarify the term 'partnership' and be honest about underlying interests" I: *European Journal of Public Health*, 21(4). 400-403.
26. Højlund, H. (2014). "Det værdibaserede partnerskab. Et dansk samarbejdsprojekt om lokal sundhedsfremme", *Nordisk Administrativ Tidsskrift nr. 1/2014, 91. årgang*, s. 27-43.
27. Victorian Health Promotion Foundation (2016). "The Partnership Analysis Tool. A resource for establishing, developing and maintaining partnerships for health promotion", Victoria State Government.
28. Himmelman, A. (2001). "On coalitions and the transformation of power relations: Collaborative betterment and collaborative empowerment", *American Journal of Community Psychology*, vol. 29, no. 2.

## **Forundersøgelse II: Apotekers arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme**

*Forundersøgelse II var en del af fasen Discover i Appreciative Inquiry. Formålet med fasen var at afdække aktuel viden om, hvad der fungerer, så der var mulighed for at trække den aktuelt bedste viden med ind i de efterfølgende faser.*

Formålet med denne delundersøgelse er at belyse evidensen for forebyggelsesindsatser leveret af apotek. Undersøgelsen er skrevet på baggrund af temarapporten "Apotekets forebyggelsesindsatser", som er udarbejdet af Pharmakon i 2016 for Apotekernes Dokumentationsdatabase.

Temarapporten samt tidligere tema- og evidensrapporter findes her:

<https://www.pharmakon.dk/apotek-primaer-sundhedssektor/forskning/apotekernes-dokumentationsdatabase/>

### **Metode**

Rapporten er baseret på en gennemgang af litteratur fra 2005-2016. Litteraturen er fundet via søgninger i PubMed og Apotekernes Dokumentationsdatabase. I PubMed er anvendt følgende søgestrategi: ("preventive health service"[MeSH Terms] OR "public health practice"[MeSH Terms]) AND "community pharmacy". Inklusionskriterier var artikler på engelsk eller nordisk sprog fra vestlige lande over studier på evidensniveau A og B, som beskrev forebyggelsesinterventioner leveret direkte af primærapoteker. Søgningen blev suppleret af en manuel søgning i Apotekernes Dokumentationsdatabase.

Der er ikke medtaget "grå litteratur" eller mere kvalitative studier i denne temarapport, ligesom der ikke er søgt specifikt indenfor de enkelte interventionsområder som eksempelvis rygning, sol etc. Der er heller ikke foretaget diagnosespecifikke søgninger indenfor livsstilssygdomme m.m.

De inkluderede artikler blev kategoriseret efter, om indsatserne var relateret til:

- vaccination
- screening
- KRAM og livsstil
- misbrug
- psykiske lidelser
- bevægeapparatet.

Referencerne til forundersøgelsen findes til slut i kapitlet.

### **Resultater**

Søgningen i PubMed resulterede i 398 artikler. Hertil kom en håndsøgning i referencelister og Dokumentationsdatabase, som resulterede i yderligere 10 artikler, hvoraf fire blev inkluderet. Efter screening og frasortering af dubletter blev 43 artikler på evidensniveau A eller B inkluderet i temarapporten.

De fleste studier omhandler en intervention udført af apoteket sammenlignet med "standard apotekspraksis". De inkluderede artikler beskriver studier fra Europa, USA, Canada, Australien og New Zealand. Ingen danske artikler opfyldte inklusionskriterierne.

I de følgende afsnit beskrives resultaterne for de enkelte forebyggelsestemaer. I rapporten "Apotekets forebyggelsesindsatser" findes uddybende data og oversigtstabeller, der opsummerer resultater for hvert område(1).

#### *Apoteket som udbyder af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsatser*

Overordnet viser litteraturen, at borgerne vurderer apoteket som en hensigtsmæssig udbyder af sundhedsfremme og forebyggelse, og deres oplevelser af apotekets indsatser er positive(2;3;4).

Apotekets fysiske placering i nærområdet og regelmæssige kontakt til befolkningen i forbindelse med sundhed og sygdom er de to faktorer, litteraturen påpeger som de væsentligste argumenter for at inddrage apoteket mere i forebyggelse og sundhedsfremme(5;6). Dette giver apoteket en mulighed for at nå de svage befolkningsgrupper, som ellers ofte er svære at nå med de etablerede forebyggelsesindsatser.

En spørgeskemaundersøgelse blandt apotekspersonale viser, at apoteket anser forebyggelsesindsatser som vigtige, men sekundært for apoteket ift. medicinrelaterede opgaver(2;7). Apotekspersonalet nævner følgende barrierer ift. at levere sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsatser: manglende viden/kompetencer, manglende forståelse for forebyggelse og sundhedsfremme, apotekets indretning, manglende efterspørgsel fra borgerne og en frygt for negative reaktioner på, at apoteket tilbyder forebyggende indsatser(1;8).

#### Organisering af samarbejde om forebyggelsesindsatser

Litteraturundersøgelsen havde ikke som specifikt formål at afdække samarbejdsformer mellem apotek og andre udbydere af forebyggelsesindsatser. Det er dog et vigtigt aspekt at kortlægge. De afdækkede undersøgelser viser kort beskrevet følgende samarbejdsformer:

- Apoteket lægger "hus til", mens andre, fx kommunale forebyggelseskonsulenter, rekrutterer borgere og gennemfører indsatsen på apoteket.
- Apoteket deltager i de allerede etablerede oplysningskampagner, fx om vaccination eller rygestop.
- Apoteket henviser borgere til relevante eksisterende tilbud i lokalområdet.
- Apoteket opsporer borgere i risiko for sygdom og henviser borgeren til praktiserende læge.
- Apoteket gennemfører forebyggende indsatser direkte til borgere eller patienter på apoteket.
- Apoteket gennemfører forebyggende indsatser direkte til borgere på andre lokaliteter i lokal-samfundet, fx sundhedscentre eller arbejdspladser.

I de følgende afsnit vil der være eksempler på alle disse samarbejdsformer.

#### Apotekets forebyggende indsatser ift. vaccination

Vaccinationsdækningen i befolkningen i en række lande er ikke altid tilfredsstillende, og det har gjort vaccination til et vigtigt fokus i forebyggelsen. De inkluderede studier viser, at apoteket kan bidrage til at øge vaccinationsraten i befolkningen gennem bidrag til oplysningskampagner eller ved at tilbyde vaccination på apoteket.

De inkluderede studier viser, at apotekerne tilbyder vaccination for influenza, HPV, hepatitis og diverse rejsevaccinationer, samt at patienttilfredsheden generelt er høj.

Tre af de inkluderede studier viste, at apoteket kan medvirke til at øge fokus på vaccination i befolkningen generelt og specifikt blandt unge(5;9;10). Oplysningskampagner fra apoteket har vist sig at øge borgernes viden om vaccination og andelen, der vælger at lade sig vaccinere(3). Oplysning om vigtigheden af vaccination blev i et studie afprøvet ved hjælp af maskinelt udførte telefonopkald fra apoteket. Dette viste sig at øge vaccinationsraten signifikant, idet 3,7 gange så mange valgte at lade sig vaccinere sammenlignet med apoteker, der ikke anvendte denne form for opkald(10).

Der ses også en tendens til, at apoteket ved hjælp af særligt uddannede farmaceuter kan øge antallet af hepatitis B-vaccinationer hos misbrugere, der får udleveret deres metadon på apoteket; der var dog også undersøgelser, som ikke kunne vise en forskel i vaccinationsraten(3;11).

Resultaterne viser, at tilgængelighed og udvidede åbningstider (sammenlignet med det øvrige sundhedsvæsen) er medvirkende til, at borgere vælger at lade sig vaccinere, og vælger apoteket som vaccinationssted. Statistisk valgte flere raske yngre erhvervsaktive mænd at lade sig vaccinere i aftentimer og weekender.

### Apotekets forebyggende indsatser ift. screening

Der blev identificeret en række artikler omhandlende screeningsaktiviteter på apoteket. Artiklerne kan inddeles i screening for livsstilssygdomme og screening for seksuelt overførte sygdomme. Samlet set viser litteraturen, at screeninger foretaget af apoteket eller på apoteket kan bidrage til opsporing af sygdom eller infektion hos en række risikogrupper. Apoteket kan foretage screeningen selv, tilbyde hjemmescreeningstestkit, eller lægge hus til at lokale forebyggelses-konsulenters indsatser. Flere studier angiver apotekets tilgængelighed som en faktor, der gør, at borgerne lader sig screene, og at apoteket kan nå socialt udsatte og risikogrupper, som ellers er svære at nå(6;12;13).

Et studie viste, at apotekerne gennemsnitligt kun tilbød halvdelen af de eksisterende indsatser og produkter relateret til seksuel sundhed, som apoteket havde mulighed for at tilbyde. Indsatserne omhandlede udlevering af nødprævention, udlevering af gratis kondomer og hormonel prævention, graviditetstest, klamydiatest og udlevering af antibiotika til behandling af klamydia, samt information om relevante indsatser i lokalområdet og anvendelse af apoteket af andre udbydere(14).

### Screening for livsstilssygdomme.

Screening for livsstilssygdomme omfattede diabetes, hjerte-kar-sygdomme, tarmkræft, osteoporose, hovedpine og søvnforstyrrelser.

Et amerikansk studie af screeninger gennemført i lokalsamfundet af farmaceuter og farmaceutstuderende viste, at disse screeninger opsporer en lang række borgere med kliniske værdier udenfor normalområdet, og som dermed var i risiko for diabetes, hjerte-kar-sygdom eller osteoporose. Det viste sig, at 39,0 % havde totalcholesterol udenfor normalområdet, 22,2 % havde et blodsukker udenfor normalområdet, 22,8 % havde et blodtryk udenfor normalområdet, mens 30,4 % var i risiko for osteoporose (knogletæthed målt som T-score under -1)(15).

To undersøgelser af tidlig opsporing/screening for hjertesygdom på apoteket viste, at apoteket identificerede relevante borgere i risiko(16,17). Blandt en gruppe borgere, som ikke på forhånd var i kendt risiko for hjertesygdom blev 18 % henvist til læge(16), og blandt en gruppe borgere i kendt risiko for hjertesygdom blev 44 % henvist til læge på baggrund af screeningsresultatet(17).

Dette støttes af Evidensrapport 10, ”Opportunistiske screeninger i primær sundhedssektor”, Apotekernes Dokumentationsdatabase, der konkluderer, at risiko for hjerte-kar-sygdomme kan reduceres ved en kombination af screening, behandling og vejledning(18).

Et amerikansk studie testede, om der var forskel i antallet af personer, der lod sig screene for tarmkræft, hvis de fik rådgivning om screening for tarmkræft på apoteket i forhold til at få udleveret et hjemmetestkit på apoteket uden specifik rådgivning. Studiet viste, at rådgivning førte til, at signifikant flere diskuterede tarmscreening med deres læge, men at udlevering af hjemmetestkit resulterede i, at signifikant flere lod sig screene. Samtidig ønskede langt størstedelen af deltagerne i begge grupper (82 % og 90 %), at apoteket skulle udlevere hjemmetestkit(19).

Et litteraturstudie fandt, at apoteket kan hjælpe borgere med hovedpine til en bedre selvbehandling af hovedpine med håndkøbslægemidler. Desuden kan apoteket afdække ikke-diagnosticeret migræne og anbefale disse borgere at tale med deres læge om hensigtsmæssig behandling. Ofte er der behov for rådgivning om både medicinsk og ikke-medicinsk behandling til hovedpinepatienter, og der er potentiale for at forbedre denne(20).

To studier undersøgte screening på apoteket for søvnforstyrrelser. Et studie fra Schweiz undersøgte brug af et onlinespørgeskema til screening for søvnforstyrrelser. Skemaet blev udfyldt på apoteket, og efterfulgt af rådgivning baseret på svarene. Hos 32 % (881 af 2.743) af deltagerne blev der identificeret en søvnforstyrrelse forårsaget af søvnapnø, restless legs-syndrom, en psykisk lidelse eller narkolepsi. Apoteket vurderede, at deltagerne var tilfredse med indsatsen, og 53 % af apotekerne ønskede at fortsætte tilbuddet(21). Et australsk studie undersøgte, om der var forskel

31

på effekten af et spørgeskema til screening for søvnproblemer og spørgeskemaet anvendt i kombination med monitorering af næseflow. Begge indsatser afdækkede søvnforstyrrelser, men signifikant flere patienter blev screenet positive for søvnapnø ved brug af spørgeskemaet kombineret med måling af næseflow (hhv. 36 % og 66 %,  $p < 0,001$ ). Efter 12 måneder var en langt større andel diagnosticeret med en søvnforstyrrelse (odds ratio 2,65,  $p = 0,03$ ) eller søvnapnø (odds ratio 4,37,  $p = 0,01$ ) ved kombination med monitorering af næseflow(22).

#### Screening for seksuelt overførte sygdomme

Der blev identificeret 6 studier, der omhandlede screening for klamydia og HIV.

Studierne viser, at apoteket kan nå befolkningsgrupper og socialt udsatte, som det ellers er svært at nå. Deltagerne angiver apotekets tilgængelighed, ikke-dømmende adfærd og kompetence som vigtige i forhold til at vælge apoteket som screeningssted(6;11;12;13;23;24).

I England er klamydiatest gratis for unge mellem 16 og 24 år, men et studie fandt, at borgere har interesse i at lade sig teste på apoteket i stedet for på en klinik, også selvom det kræver betaling. Årsagen angives typisk at være apotekets tilgængelighed(23).

Et australsk studie viste, at økonomisk belønning (svarende til 50 kr.) kunne øge andelen af unge, der lader sig teste for klamydia på apoteket med ca. 20 %(24).

Tre studier fra USA omhandlede forebyggelse af smitte med HIV. Det ene studie viste, at forebyggelseskonsulenter med fordel kunne bruge apoteket som placering for tilbud om rådgivning og HIV-screening. Konsulenterne tilbød screening til personer i målgruppen på gaden udenfor apoteket og blandt kunder på apoteket. Stort set alle borgere (99 %) angav, at indsatsen gjorde det let at blive HIV-screenet, og 31 % angav, at de fik meget ny viden om HIV(13).

To andre studier undersøgte, om apotekets rådgivning om risikoadfærd ved salg af sprøjter til stiknarkomaner kunne resultere i, at en større andel lod sig vaccinere eller HIV-teste. Det ene fandt, at farmaceuterne blev mere opmærksomme på at tilbyde nåle til stofmisbrugere, men indsatsen havde ikke effekt på antallet af misbrugere, der lod sig vaccinere for influenza eller hepatitis B eller HIV-teste(11). Det andet havde fokus på at tilbyde rådgivning om HIV-forebyggelse, henviser til læge eller sociale tilbud, tilbyde kanylebokse og udlevere skriftlig information om risikoreduktion til stofmisbrugere, der købte sprøjter(25). Efter 3 måneder rapporterede misbrugere i interventionsgruppen oftere brug af rene sprøjter end kontrolgruppen, hvilket kan bidrage til at nedsætte risikoen for smitte med HIV (PR=1,24; 95% CI: 1,04-1,48)(25).

Et studie fra Kina evaluerede en indsats fra apoteket, der havde til formål at nedsætte smitte-risikoen hos injektionsmisbrugere(26). Interview med 403 injektionsmisbrugere om deres generelle erfaringer, accept og brug af apotekets indsatser ift. sprøjter og kanyler viste eksempler på chikane/dårlig behandling af farmaceuter (12 %). Køb af enkeltsprøjter uden recept på apoteket var den hyppigste måde at anskaffe sprøjter på (82 %), og 72 % af misbrugerne havde besøgt 31 % af de apoteker, der deltog i studiet. De fleste (75 %) af misbrugerne skilte sig af med brugte sprøjter ved at smide dem væk. Kun 1 misbruger havde afleveret brugte sprøjter på apoteket i løbet af de seneste 30 dage. Færre end 20 % af apotekerne havde tilbud trykt informationsmateriale, kanylebokse mv. til injektionsmisbrugere, med henblik på at bidrage til at nedbringe risikoen for HIV. Accept af indsatserne blandt misbrugerne var høj ( $\geq 91$  %). Mellem 68 % og 95 % fandt de potentielle apoteksindsatser til misbrugere acceptable, og 67 % - 95 % af misbrugerne svarede, at de ville gøre brug af disse indsatser, hvis de blev tilbudt(26).

#### Apotekets forebyggende indsatser ift. KRAM-faktorer og livsstilssygdomme

De afdækkede studier viser, at der er evidens for effekt af apotekets forebyggende indsatser målrettet kost, rygning og livsstil. Indsatserne er ofte evalueret som en samlet pakke af tilbud til patienter med hjerte-kar-sygdomme, diabetes og astma; derfor gennemgås de i det følgende under disse sygdomsgrupper. Indsatser rettet mod rygning og vægttab tilbydes dog ikke kun til patienter med livsstilssygdomme. Der blev afdækket et enkelt litteraturstudie omhandlende alkohol.



### Hjerte-kar-sygdomme

En spørgeskemaundersøgelse blandt mere end 1.100 australske apoteker viste, at 97 % tilbød nikotinsubstitution, 58 % tilbød blodtryksmåling, 12 % tilbød vægt/BMI-måling, og 8 % kolesterolmåling. Et stort kundegrundlag og et rådgivningsområde på apoteket gjorde det statistisk mere sandsynligt, at apoteket tilbød forebyggende indsatser på hjerte-kar-området(8).

Et litteraturreview over 51 studier evaluerede complianceforbedrende indsatser hos hjertepatienter. Studiet fandt, at 5 af 9 studier (56 %) omhandlende ikke-personligt leverede complianceindsatser som fx elektroniske påmindelser viste forbedret compliance, mens 22 af 42 studier (52 %) omhandlende personligt leverede interventioner forbedrede compliance. Af de personligt leverede interventioner var telefonopkald mindst effektivt (3 af 8 studier (38 %)), mens interventioner ved udskrivelse var mest effektive (19 af 34 studier (67 %)). Farmaceut-interventioner leveret af apotek (5 af 6 studier (83 %)) var mere effektive end leveret af en klinik/et sygehus (3 af 8 studier (38 %))(27).

To studier undersøgte tværfaglige indsatser til hjerte-kar-patienter (7;28). Det ene studie fandt, at både praktiserende læger, apoteker og borgere ønskede at deltage, og at borgerne efterfølgende ønskede at dele deres kliniske data med både læger og apoteker(7). I det andet studie fik borgeren 5 rådgivningssessioner på apoteket á 15-30 minutter. Den gennemsnitlige samlede 5-års risikoreduktion for udvikling af kardiovaskulær sygdom var 25 % (95% konfidensinterval 17-33), og der sås en signifikant blodtryksreduktion (-11/-5 mmHg) og reduktion af taljemål (-1,3 cm)(28).

Et studie beskrev, hvordan apoteket tog ud på en virksomhed og gennemførte en indsats overfor medarbejdere i risiko for udvikling af hjerte-kar-sygdom(29). Farmaceuterne underviste og tilbød måling af BMI, blodtryk og lipidprofil over en 3-årig periode. Medarbejderne fik i gennemsnit 6 samtaler med farmaceuten. Undersøgelsen fandt, at forebyggelse udført af farmaceuter på arbejdspladser forbedrede det systoliske blodtryk (fra 124,12±11,07 til 120,36±14,39 mmHg (p=0,016), det diastoliske blodtryk (fra 80,4±9,01 til 77,43±9,14 mmHg (p=0,019)), samt serumlipid for patienter uden diabetes (p=0,06). Der sås ikke effekt på vægttab(29).

Et litteraturstudie fandt, at der er evidens for, at apotekets måling af serumlipid kan medvirke til bedre kontrol af serumkolesterol(3).

### Diabetes

Et belgisk studie på 66 apoteker viste ligeledes effekt. 135 borgere med diabetes fik standard farmaceutrådgivning, mens 135 fik rådgivning om korrekt medicinbrug, compliance og livsstil. Der blev målt på HbA1c og fastebldsukker. Der sås en signifikant forbedring af viden og egenomsorg og en signifikant bedring i HbA1c på kort sigt på 1,05 % hos patienter, der modtog den udvidede indsats. Ændringen i HbA1c var kun 0,02 % i gruppen, der fik standardrådgivning. Efter 18 måneder sås ingen forskel på HbA1c i de to grupper (HbA1c på 7,4 % og 7,2 %)(30).

I et andet studie blev voksne i risiko for at udvikle diabetes inddelt i 3 grupper. Den ene gruppe fik standard livsstilsrådgivning på apoteket (1.400 patienter); den anden gruppe fik intensiv livsstilsrådgivning (1.500 patienter), og den tredje gruppe fik standard livsstilsrådgivning og lægehenvielse (900 patienter i høj diabetesrisiko). Alle grupper opnåede et løbende signifikant vægttab. Vægttabet over 1 år var 1,29 % i gruppen, der fik standard rådgivning, 1,54 % i gruppen, der fik intensiv rådgivning, og 2,74 % i højrisikogruppen(31).

### Astma og KOL

Et studie undersøgte effekten af at sende et skriftligt uddannelsesmateriale til 718 borgere med astma og et højt forbrug af anfaldsmedicin. Borgerne fik tilsendt uddannelsesmateriale og blev opfordret til at kontakte egen læge mhp. opfølgning på deres medicin. Indsatsen forbedrede forholdet mellem deres forbrug af anfalds- og forebyggende medicin, og forholdet var stadig signifikant forbedret efter 12 måneder (p<0,0001)(33).

I et andet studie fik 116 borgere med astma undervisning i peakflowmåling og brug af enten en turbuhaler eller en diskos af 16 trænedede farmaceuter. De 116 borgere i kontrolgruppen fik

udelukkende undervisning i peakflowmåling. Borgernes inhalationsteknik bedredes i begge grupper, men var signifikant forbedret i interventionsgruppen ( $p < 0,001$ ). Ligeledes faldt sværhedsgraden af astmaen i interventionsgruppen signifikant mere end i kontrolgruppen ( $p = 0,015$ ). Forbedret inhalationsteknik øgede både peakflow ( $p = 0,008$ ) og astma-relateret livskvalitet ( $p = 0,001$ )(33).

Et deskriptivt tværsnitsstudie med 13 spanske apoteker forsøgte at opspore borgere i risiko for KOL ved hjælp af spirometri på apoteket. 161 borgere over 40 år som røg og/eller havde lungesyntomer blev screenet for KOL-risiko vha. 5 spørgsmål; heraf fik 100 tilbudt spirometri. Af de 86, som gennemførte spirometrien korrekt, havde 21 (24 %) en FEV<sub>1</sub>/FVC-ratio på  $< 0,7$  og blev henvist til en lungeklinik; 11 borgere valgte at møde op. Der var ingen statistisk forskel på hospitalets og apotekets spirometri(34).

I et andet studie fik patienter med astma testet og tilrettet deres inhalationsteknik på apoteket. En måned senere blev inhalationsteknikken igen testet og evt. justeret. Resultaterne viste, at 24 af 139 (17 %) patienter havde korrekt inhalationsteknik ved første besøg på apoteket, og 100 % korrekt inhalationsteknik, da de forlod apoteket. Ved andet besøg havde 77 af 127 (66 %) stadig korrekt inhalationsteknik. Der var ingen signifikant forskel på demografiske faktorer hos deltagere, der fastholdt eller ikke fastholdt korrekt inhalationsteknik. Dog viste det sig, at astmadevices med pulver gav bedre inhalationsteknik end astmadevices med spray (OR 2,6). Andre faktorer som resulterede i bedre inhalationsteknik var god symptomkontrol ved baseline (OR 2,3) og høj motivation ift. at træne inhalationsteknik (OR 1,2)(35).

#### Rygestop

De inkluderede studier viser samlet set, at apotekets rygestopkurser får flere til at forsøge rygestop, og flere rygere til at ryge mindre(3,36).

Et studie fandt, at signifikant færre borgere i kontrolgruppen (42 %,  $p = 0,02$ ) forsøgte et rygestop i løbet af 6 måneder sammenlignet med de to forsøgsgrupper, som fik enten rådgivning og støttende telefonopkald, eller nikotinsubstitution og støttende telefonopkald. 83 % af deltagerne oplevede, at de opfølgende telefonopkald støttede dem. Af de 180 borgere, som stadig røg efter 6 måneder, røg deltagerne i gruppe A og B signifikant mindre end kontrolgruppen ( $p = 0,001$ )(36).

#### Vægttab

Et litteraturstudie over 10 studier med i alt 2.583 borgere og 582 apoteker fra USA, UK, Schweiz, Spanien og Danmark fandt, at fire ikke-kontrollerede studier kunne vise et statistisk signifikant vægttab(37). Dette støttes af resultaterne fra evidensrapporten "*Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse*"(38).

#### Alkohol

Et litteraturstudie fandt, at apoteket kan opspore borgere med for højt alkoholforbrug og bidrage i behandlingen af disse, men at dette kræver uddannelse af apoteksmedarbejderne. Studiet konkluderer, at større studier er nødvendige for at afdække effekten af apotekets indsatser i forhold til alkohol(3).

#### Apotekets forebyggende indsatser ift. mentale lidelser

Dette emne er meget dårligt belyst, idet der kun blev afdækket et studie omhandlende hovedpine(20), og to studier omhandlende mentale lidelser(3;39).

Stress, søvn og depression er tæt sammenhængende. Der er dog ikke identificeret studier omhandlende apotekets indsats målrettet stress. To studier så på evidens for effekt af apotekets indsatser målrettet brugere af antipsykotika og borgere med depression. Et litteraturstudie fandt svag evidens for, at brug af enkeltdosismedicin, patientuddannelse, påmindelser om medicinindtag og lægehenvielse ved non-compliance medførte bedring af compliance hos antipsykotika-brugere(3).

Et andet studie fandt, at apotekets rådgivning til patienter med depression er mangelfuld, idet kun 61 % spurgte ind til patienternes viden om depression; kun 36 % angav at have diskuteret

håndtering af bivirkninger med enkelte patienter, og 28,6 % spurgte aldrig patienter, om de havde barrierer ift. at tage deres medicin. Farmaceuternes egen opfattelse af depressions konsekvenser, helbredelse, forløb og selvoplevet handlekompetence påvirkede deres rådgivning signifikant ( $p < 0,05$ ). Det skal tilføjes, at artiklen bygger på en undersøgelse med en meget lav besvarelsesprocent (20,6 %)(39).

#### Apotekets forebyggende indsatser ift. misbrug

De fleste indsatser fra apoteket rettet mod misbrugere handler om opsporing og test og er derfor rapporteret i afsnittet om screening.

Et litteraturstudie fandt, at apotekets indsatser ofte omhandler overvåget methadonindtag og nåleombytning; begge dele resulterede i høj tilfredshed hos stofmisbrugere, og nåleombytning var omkostningseffektivt, men kliniske outcomes måles sjældent(3).

Et studie sammenlignede opioidmisbrug og risikofaktorer for opioidmisbrug blandt patienter på land- og byapoteker med henblik på at undersøge potentialet for, at apoteker screener for opioidmisbrug(40;41). Borgere, der indløste recept på et opioid på fire land- og byapoteker blev inviteret til at deltage i en spørgeskemaundersøgelse. Deltagere fra landet havde dårligere helbred, flere smerter, dårligere uddannelse og større arbejdsløshed ift. opioidbrugere i byen. Risikofaktorer for opioidmisbrug hos borgere fra landet var stofmisbrug (odds ratio 14,34, 95 % konfidensinterval = 2,16-95,38), posttraumatisk stress syndrom (odds ratio: 5,44, 95 % konfidensinterval = 1,52-19,50), og lav uddannelse (odds ratio: 6,68, 95 % konfidensinterval = 106-42,21).

#### Apotekets forebyggende indsatser ift. bevægeapparatet

Der blev afdækket fire studier, der omhandler apoteksindsatser indenfor bevægeapparatet, på trods af at en meget stor andel af befolkningen oplever denne type lidelser i bevægeapparatet.

Studierne omhandler faldforebyggelse hos ældre(42), compliancerådgivning til leddegigt-patienter(13), opsporing og lægehenvielse af borgere i risiko for osteoporose(3) og indsatser rettet mod bedring af rygsmerter(43).

En amerikansk undersøgelse evaluerede effekten af medicingennemgang til hjemmeboende ældre, der får lægemidler, som kan øge faldrisikoen. Undersøgelsen viste, at de 73 medicingennemgange resulterede i, at 41 interventionsforslag blev kommunikeret videre til patienternes læger; 27 forslag (65,6 %) omhandlede seponering af højriskolægemidler. Lægerne implementerede 10 interventionsforslag. Det blev ikke undersøgt, hvorvidt medicingennemgangen fik indflydelse på patienternes faldtendens(42).

En litteraturgennemgang fandt 8 artikler omhandlende apoteksinterventioner rettet mod osteoporose(3). Det konkluderes, at der er moderat evidens for, at apotekets interventioner har en positiv effekt på opsporing, behandling og livsstilsændringer. Tre studier fandt, at apotekerne kan opspore og henvise borgere i risiko for osteoporose til lægen med henblik på udredning og behandling. Henvielse har vist sig at resultere i, at de henviste kvinder bliver sat i behandling (34 % af kvinderne i det ene studie), og at størstedelen af kvinderne iværksatte livsstilsændringer. Knoglescanning kombineret med rådgivning om livsstil og risikofaktorer har i to studier vist sig effektivt. Ingen af studierne har målt interventionernes effekt ift. knoglebrud eller sundhedsøkonomi(3).

Der blev afdækket et studie, som vurderede effekten af en intervention til borgere med rygsmerter(43). Interventionen bestod i 1) udlevering af en informationsfolder eller 2) udlevering af en informationsfolder og rygundervisning. Der kunne ikke måles forskel i borgernes opfattelse af deres rygsmerter, smerteintensitet eller aktivitetshindring fra start til slut. Borgernes bekymringer angående deres job var signifikant lavere hos dem, der modtog apotekets intervention. Der var dog ikke statistisk forskel på at udlevere en folder til borgeren eller både udlevere en folder og give undervisning(43).

Et studie af effekten af apoteksleverede interventioner til leddegigtpatienter. Programmet var omfattende og bestod af patientundervisning, opfølgning på laboratorieværdier og lægemiddel-anvendelse, smerte- og symptomkontrol, brug af hjælpemidler og patient-læge-kommunikation. Studiet fandt en signifikant forbedret compliance hos patienter i interventionsgrupperne ift. kontrolgruppen. Der sås en signifikant forbedret compliance (89 %) hos gruppen, der deltog i leddegigtprogrammet ift. gruppen, der hentede medicin på et almindeligt apotek (60 %) eller på et specialapotek (81 %) ( $p < 0,001$  i begge tilfælde). Ligeledes sås en signifikant forbedring i fysisk funktion ( $p = 0,048$ ), og en signifikant forbedret oplevelse af eget helbred målt på parametre som evne til at stå, gå, klæde sig på, spise m.m. ( $p < 0,001$ ). Trods disse positive resultater rapporterede deltagerne et øget produktivitetstab ( $p = 0,045$ ) fra start til slut i studieperioden, og der kunne ikke måles en forskel i de mentale komponenter af livskvalitet(44).

### **Sammenfatning**

Apotekets fysiske placering i nærområdet og regelmæssige kontakt til befolkningen i forbindelse med sundhed og sygdom er de to faktorer, litteraturen påpeger som de væsentligste argumenter for at inddrage apoteket mere i forebyggelse og sundhedsfremme. Dette giver apoteket en mulighed for at nå de svage befolkningsgrupper, som ellers ofte er svære at nå med de etablerede forebyggelsesindsatser.

Der er dermed grundlag for, at apoteket indtager en mere proaktiv rolle i den kommunale forebyggelse.

Apotekets udgangspunkt har traditionelt været salg af lægemidler; dermed har fokus naturligt været på patientrettede indsatser fremfor de borgerrettede. Litteraturen påpeger, at barrierer som holdninger, kompetencer og honorering er vigtige at tage hånd om for at styrke forebyggelse på apoteket.

De afdækkede undersøgelser viste forskellige former for samarbejde om forebyggende aktiviteter: apoteket lægger ”hus til” fx kommunens indsatser; apoteket deltager i etablerede oplysnings-kampagner; apoteket henviser borgere til eksisterende tilbud i lokalområdet; apoteket opsporer borgere i risiko for sygdom og henviser til praktiserende læge; apoteket gennemfører forebyggende indsatser direkte til borgere eller patienter på apoteket eller på andre lokaliteter i lokalområdet.

De afdækkede studier viser, at:

- apoteket kan bidrage til at øge vaccinationsraten i befolkningen gennem bidrag til oplysnings-kampagner eller ved at tilbyde vaccination på apoteket. Apotekets tilgængelighed og udvidede åbningstider er faktorer, der gør, at borgere vælger at lade sig vaccinere på apoteket.
- screening for livsstilssygdomme eller seksuelt overførte sygdomme foretaget af apoteket eller på apoteket kan bidrage til opsporing af sygdom eller tidlig sygdom hos en række grupper. Apoteket når socialt udsatte grupper af borgere, som det ellers er svært at nå.
- der er evidens for effekt af apotekets forebyggende indsatser målrettet kost, rygning og livsstil til patienter med hjerte-kar-sygdomme, diabetes og astma. Indsatser rettet mod rygning og vægttab tilbydes dog ikke kun til patienter. Der blev afdækket et enkelt litteraturstudie omhandlende alkohol.
- Der var meget lidt litteratur omhandlende mentale lidelser. Et enkelt studie viste, at apoteket kan støtte borgere i korrekt behandling af hovedpine og migræne. Målrettet rådgivning og medicinhuskere kan medvirke til øget compliance hos antipsykotikabrugere; men apotekets rådgivning til patienter med depression er mangelfuld.
- På trods af, at en meget stor andel af befolkningen lider af smerter i bevægeapparatet og osteoporose, var der kun lidt litteratur herom. Studierne viste moderat evidens for positiv effekt på opsporing, behandling og livsstilsændringer hos patienter med osteoporose, og signifikant forbedret compliance, fysisk funktion og helbredsopfattelse hos patienter med leddegigt.

Generelt er det udfordrende at iværksætte studier, der skal påvise effekt af en sygdomsforebyggende eller sundhedsfremmende indsats, idet disse studier ofte kræver inklusion af et meget stort antal borgere og flere års opfølgningstid. Der er dog publiceret en langt større mængde litteratur om forebyggende indsatser på apoteket det seneste årti end tidligere. Dette tyder på, at forebyggelse har fået et langt større fokus på apotekerne; dermed er der mulighed for, at litteraturen vil blive langt mere udbygget i fremtiden.

## Litteratur

1. Temarapporten samt tidligere tema- og evidensrapporter findes her:  
<https://www.pharmakon.dk/apotek-primaer-sundhedssektor/forskning/apotekernes-dokumentationsdatabase/>
2. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: a systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Public Health* 2011;11:582.
3. Brown D, Portlock J, Rutter P. Review of services provided by pharmacies that promote healthy living. *Int J Clin Pharm* 2012 Jun;34(3):399-409.
4. Bush J, Langley CA, Wilson KA. The corporatization of community pharmacy: implications for service provision, the public health function, and pharmacy's claims to professional status in the United Kingdom. *Res Social Adm Pharm* 2009 Dec;5(4):305-18.
5. Goad JA, Taitel MS, Fensterheim LE, Cannon AE. Vaccinations administered during off-clinic hours at a national community pharmacy: implications for increasing patient access and convenience. *Ann Fam Med* 2013 Sep;11(5):429-36.
6. Anderson C, Thornley T. A pharmacy-based private chlamydia screening programme: results from the first 2 years of screening and treatment. *Int J Clin Pharm* 2011 Feb;33(1):88-91.
7. Chambers LW, Kaczorowski J, Dolovich L, Karwalajtys T, Hall HL, McDonough B, et al. A community-based program for cardiovascular health awareness. *Can J Public Health* 2005 Jul;96(4):294-8.
8. Joyce A, Berbatis CG, Sunderland VB, Dhaliwal SS. Analysis of primary prevention services for cardiovascular disease in Australia's community pharmacies. *Aust N Z J Public Health* 2007 Dec;31(6):516-9.
9. Valeri F, Hatz C, Jordan D, Leuthold C, Czock A, Lang P. Immunisation coverage of adults: a vaccination counselling campaign in the pharmacies in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2014;144:w13955.
10. Hess R. Impact of automated telephone messaging on zoster vaccination rates in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc (2003 )* 2013 Mar;53(2):182-7.
11. Crawford ND, Amesty S, Rivera AV, Harripersaud K, Turner A, Fuller CM. Randomized, community-based pharmacy intervention to expand services beyond sale of sterile syringes to injection drug users in pharmacies in New York City. *Am J Public Health* 2013 Sep;103(9):1579-82.
12. Kapadia MZ. Chlamydia screening in community pharmacies: a systematic literature review of the characteristics of service users and a meta-analysis of chlamydia prevalence. *Sex Health* 2013 Mar;10(1):1-8.
13. Calderon Y, Cowan E, Rhee JY, Brusalis C, Leider J. Counselor-based rapid HIV testing in community pharmacies. *AIDS Patient Care STDS* 2013 Aug;27(8):467-73.
14. Gale A, Watson MC. The provision of current and future sexual health services from community pharmacies in Grampian, Scotland. *Int J Clin Pharm* 2011 Apr;33(2):183-90.
15. Palombi LC, Bastianelli K, Stratton T. Point-of-care screenings at the University of Minnesota: mechanism for civic engagement. *J Am Pharm Assoc (2003 )* 2014 Jan;54(1):56-62.

16. Hunt BD, Hiles SL, Chauhan A, Ighofose C, Bharakhada N, Jain A, et al. Evaluation of the Healthy LifeCheck programme: a vascular risk assessment service for community pharmacies in Leicester city, UK. *J Public Health (Oxf)* 2013 Sep;35(3):440-6.
17. Winfrey C, Wortman S, Frede S, Kunze N, Conrad WF, Heaton PC. Pharmacist-initiated peripheral arterial disease screening program in a community pharmacy setting. *J Am Pharm Assoc (2003 )* 2011 May;51(3):373-7.
18. Rossing C, Herborg H. Opportunistiske screeninger i primær sundhedssektor - Evidensrapport 10. *Pharmakon*; 2006. Report No.: Version 1.1.
19. Potter MB, Gildengorin G, Wang Y, Wu M, Kroon L. Comparative effectiveness of two pharmacy-based colorectal cancer screening interventions during an annual influenza vaccination campaign. *J Am Pharm Assoc (2003 )* 2010 Mar 1;50(2):181-7.
20. Giaccone M, Baratta F, Allais G, Brusa P. Prevention, education and information: the role of the community pharmacist in the management of headaches. *Neurol Sci* 2014 May;35 Suppl 1:1-4.
21. Hersberger KE, Renggli VP, Nirkkko AC, Mathis J, Schwegler K, Bloch KE. Screening for sleep disorders in community pharmacies--evaluation of a campaign in Switzerland. *J Clin Pharm Ther* 2006 Feb;31(1):35-41.
22. Fuller JM, Wong KK, Grunstein R, Krass I, Patel J, Saini B. A comparison of screening methods for sleep disorders in Australian community pharmacies: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2014;9(6):e101003.
23. Anderson S. Community pharmacy and public health in Great Britain, 1936 to 2006: how a phoenix rose from the ashes. *J Epidemiol Community Health* 2007 Oct;61(10):844-8.
24. Currie MJ, Deeks LS, Cooper GM, Martin SJ, Parker RM, Del RR, et al. Community pharmacy and cash reward: a winning combination for chlamydia screening? *Sex Transm Infect* 2013 May;89(3):212-6.
25. Lewis CF, Rivera AV, Crawford ND et al. Pharmacy-randomized intervention delivering HIV prevention services during the syringe sale to people who inject drugs in New York City. *Drug Alcohol Depend.* 2015;153:72-77.
26. Yang Y, Latkin CA, Luan R et al. A cross-sectional study of the feasibility of pharmacy-delivered harm reduction services among people who inject drugs in Xichang, China. *BMC Public Health.* 2015;15:885.
27. Cutrona SL, Choudhry NK, Fischer MA, Servi A, Liberman JN, Brennan TA, et al. Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence. *Am J Manag Care* 2010;16(12):929-42.
28. McNamara KP, O'Reilly SL, Dunbar JA, Bailey MJ, George J, Peterson GM, et al. A pilot study evaluating multiple risk factor interventions by community pharmacists to prevent cardiovascular disease: the PAART CVD pilot project. *Ann Pharmacother* 2012 Feb;46(2):183-91.
29. John EJ, Vavra T, Farris K, Currie J, Doucette W, Button-Neumann B, et al. Workplace-based cardiovascular risk management by community pharmacists: impact on blood pressure, lipid levels, and weight. *Pharmacotherapy* 2006 Oct;26(10):1511-7.

30. Mehuys E, Van BL, De BL, Van T, I, Annemans L, Remon JP, et al. Effectiveness of a community pharmacist intervention in diabetes care: a randomized controlled trial. *J Clin Pharm Ther* 2011 Oct;36(5):602-13.
31. Botomino A, Bruppacher R, Krahenbuhl S, Hersberger KE. Change of body weight and lifestyle of persons at risk for diabetes after screening and counselling in pharmacies. *Pharm World Sci* 2008 Jun;30(3):222-6.
32. Bereznicki B, Peterson G, Jackson S, Walters EH, Gee P. The sustainability of a community pharmacy intervention to improve the quality use of asthma medication. *J Clin Pharm Ther* 2011 Apr;36(2):144-51.
33. Basheti IA, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ, Reddel HK. Evaluation of a novel educational strategy, including inhaler-based reminder labels, to improve asthma inhaler technique. *Patient Educ Couns* 2008 Jul;72(1):26-33.
34. Castillo D, Guayta R, Giner J, Burgos F, Capdevila C, Soriano JB, et al. COPD case finding by spirometry in high-risk customers of urban community pharmacies: a pilot study. *Respir Med* 2009 Jun;103(6):839-45.
35. Ovchinikova L, Smith L, Bosnic-Anticevich S. Inhaler technique maintenance: gaining an understanding from the patient's perspective. *J Asthma* 2011 Aug;48(6):616-24.
36. Bock BC, Hudmon KS, Christian J, Graham AL, Bock FR. A tailored intervention to support pharmacy-based counseling for smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2010 Mar;12(3):217-25.
37. Gordon J, Watson M, Avenell A. Lightening the load? A systematic review of community pharmacy-based weight management interventions. *Obes Rev* 2011 Nov;12(11):897-911.
38. Oldam T, Søndergaard B, Herborg H. Sundhedsfremme og forebyggelse - Evidensrapport 5. *Pharmakon*; 2003. Version 2.1.
39. Cannon-Breland ML, Westrick SC, Kavookjian J, Berger BA, Shannon DM, Lorenz RA. Pharmacist self-reported antidepressant medication counseling. *J Am Pharm Assoc (2003)* 2013 Jul;53(4):390-9.
40. Cochran G, Rubinstein J, Bacci JK et al. Screening Community Pharmacy Patients for Risk of Prescription Opioid Misuse. *J Addict Med*. 2015;9(5):411-16.
41. Cochran G, Rubinstein J, Bacci JK et al. Prescription Opioid Misuse Among Rural Community Pharmacy Patients: Pilot Study for Screening and Implications for Future Practice and Research. *J Pharm Pract*. 2016; Jul 6 Epub ahead of print.
42. Casteel C, Blalock SJ, Ferreri S, Roth MT, Demby KB. Implementation of a community pharmacy-based falls prevention program. *Am J Geriatr Pharmacother* 2011 Oct;9(5):310-9.
43. Slater H, Briggs AM, Watkins K, Chua J, Smith AJ. Translating evidence for low back pain management into a consumer-focussed resource for use in community pharmacies: a cluster-randomised controlled trial. *PLoS One* 2013;8(8):e71918.
44. Stockl KM, Shin JS, Lew HC, Zakharyan A, Harada AS, Solow BK, et al. Outcomes of a rheumatoid arthritis disease therapy management program focusing on medication adherence. *J Manag Care Pharm* 2010 Oct;16(8):593-604.



### **Forundersøgelse III: Afdækning af kommuner og apotekers mulighed for samarbejde**

*Forundersøgelse III var en del af fasen Discover i Appreciative Inquiry. Formålet med fasen var at afdække aktuel viden om, hvad der fungerer, så der var mulighed for at trække den aktuelt bedste viden med ind i de efterfølgende faser.*

Forundersøgelse III var en kombineret interview- og dokumentanalyse.

Dokumentanalysen var en sammenlignende analyse af de tre projektkommuners sundhedspolitikker<sup>23,24,25</sup>, Strategi for apotekerne i Danmark<sup>26</sup> og de tre primære apotekers retningslinjer for forebyggelse og sundhedsfremme, der skal beskrives ifølge Den Danske Kvalitetsmodel for apoteker<sup>27,28,29</sup>.

Apotekernes retningslinjer vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme fremgår af deres virksomhedsgrundlag, og det er således i dette dokument, der blev taget udgangspunkt.

Kommunernes sundhedspolitikker samt apotekernes retningslinjer for sundhedsfremme og forebyggelse forventes at være retningsgivende for deres tilgang til og praktiske arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme, og sammen med interviewundersøgelsen forventes de at kunne afdække kommunernes tilgang til og syn på forebyggelse og sundhedsfremme.

Interviewundersøgelsen var baseret på en interviewguide udarbejdet af projektgruppen. Den blev opbygget ud fra modellen "Implementeringscirklen", der skal støtte implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, udviklet af Center for Forebyggelse i Praksis, i Kommunernes Landsforening (se Forundersøgelse I). Domænerne fra implementeringscirklen (fokus, organisation, målgruppe, medarbejdere, ledelse, ressourcer) blev brugt som afsæt for domænerne i interviewguiden, og der blev udformet spørgsmål til afdækning af hvert enkelt domæne. Der blev udviklet en interviewguide til hhv. kommuner og apoteker.

Der var to interviewere per interview, hvoraf den ene var gennemgående i alle interviewene. Den gennemgående interviewer var udviklingskonsulent, kandidat i folkesundhedsvidenskab, fra Pharmakon og de to andre interviewere var hhv. chefkonsulent, kandidat i filosofi og retorik samt projektkoordinator, kandidat i pædagogisk sociologi fra Komiteen for Sundhedsoplysning. Der var afsat 2 timer til interview. Interviewene blev optaget, og der blev taget referat undervejs. Optagelserne er brugt til at supplere referaterne. Der er ikke foretaget en egentlig transskription af interviewene. Interviewdata er tematiseret omkring hovedtemaerne i interviewguiden, og udsagn, der besvarer de tre problemstillinger, er blevet trukket ud.

Interviewene foregik med projektets kontaktperson i sundhedsforvaltningen samt kommunale ledere og medarbejdere, som kontaktpersonen anså for relevant. For apotekernes vedkommende blev apotekeren interviewet, og i et enkelt tilfælde havde apotekeren en projektfarmaceut med.

Forundersøgelsen skal belyse følgende problemstillinger:

- Hvad kendetegner kommuners og apotekers strategiske fokus vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvordan beskrives samarbejde med eksterne aktører?
- Hvilke muligheder og barrierer er der for samarbejde?

Kommuner og apoteker er i det efterfølgende afsnit blevet anonymiseret.

## Hvad kendetegner kommuners og apotekers strategiske fokus vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme?

### *Kommuner*

I sundhedspolitikkerne beskrives kommunernes mål og visioner for sundheden. I to af de tre kommuner anses sundhed som et middel til at nå et overordnet mål. I en af kommunernes sundhedspolitik ses sundhed eksempelvis som et middel til at opnå besparelser på udgifter til forsørgelse og behandling. Alle tre kommuner ønsker at arbejde med sundhed på tværs af forvaltningsområder.

I to af kommuners sundhedspolitikker er der ingen eksplicit beskrevne definitioner på sundhed, sundhedsfremme eller forebyggelse. Hvis man ser på, hvordan og i hvilke sammenhænge de anvender begreberne, giver det imidlertid et indblik i, hvilken sundhedsopfattelse der ligger til grund for sundhedspolitikkerne.

I en kommune omtales forebyggelse som noget, der er bedre end behandling, og som noget, der øger den generelle trivsel og livskvalitet. I en anden kommune beskrives sundhed også som noget, der giver livskvalitet ligesom ”en sund og aktiv hverdag giver et liv med mindre sygdom, større trivsel og flere gode leveår”.

I interviewene bliver det tydeligt, hvordan to af kommunerne arbejder med, at deres sundhedssyn kommer til udtryk som fælles sprog og fælles tilgang hos alle, der møder borgerne i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. Begge kommuner arbejder med fælles kompetenceløft som løftestang til dette. I en af kommunerne kalder de sig ”Mental frikommune”, hvilket betyder, at medarbejderne til enhver tid skal tage udgangspunkt i den enkelte borgers behov, og at de har et mandat, der rækker vidt i forhold til at agere på dette. I de to af kommunerne arbejder de endvidere med ”Det dobbelte KRAM”, der er en udvidelse af det traditionelle KRAM til også at omfatte elementer af mental sundhed (det traditionelle KRAM: Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Det nye KRAM baseres på elementer af mental sundhed: Kompetencer, Ressourcer, Accept og Mestring).

Af interviewet med den tredje kommune fremgår det, at forebyggelses- og sundhedsfremme især er knyttet op på Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker samt begreberne borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Ifølge interviewpersonerne har kommunen haft ”silotænkning”. Derfor er det skrevet ind i sundhedspolitikken, at ”vi løfter i flok”. Dette lægger op til samarbejde på tværs af kommunens forvaltningsområder. For at understøtte det tværgående samarbejde i kommunen, danner en medarbejder, der støtter implementeringen af forebyggelsespakkerne, fora, som skaber fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, sammen med de forvaltningsområder, der ikke har sundhed som deres primære fokus.

### *Apoteker*

For apotekernes vedkommende står der i lovgivningen<sup>30</sup>, at apotekerne har ret til at afholde forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter, som naturligt knytter sig til apotekets øvrige opgaver. Dette har udmøntet sig i, at forebyggelse og sundhedsfremme er en del af Strategi for apotekerne i Danmark. Strategiens vision angiver, at apoteket fremmer sundheden, og missionen er, at apoteket med sin viden om medicin og forebyggelse hjælper borgerne til bedre sundhed. Det fremgår desuden, at apoteket skal være borgernes naturlige indgang til forebyggelse og sundhedsfremme i den primære sundhedssektor, samt at apoteket skal tilbyde ydelser indenfor forebyggelse og sundhedsfremme. Det er endvidere en del af strategien, at apoteket samarbejder med kommunen om forebyggelse og sundhedsfremme.

Det lovgivningsmæssige omkring apotekets arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme samt sektorens strategi på områder er indarbejdet i Den Danske Kvalitetsmodel for apoteker<sup>31</sup>. Her har man valgt at udarbejde en særlig *standard* for forebyggelse og sundhedsfremme. Formålet med standarden beskrives som at sikre, at apoteket som en del af sundhedsvæsenet bidrager med oplysning til borgerne om hensigtsmæssig forebyggelse og sundhedsfremme, samt deltager i

forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter, fx i form af vaccinationer, uddeling af materiale til bestemte målgruppe, deltagelse i aktiviteter i samarbejde med kommunen, patientforeninger eller andre relevante aktører og henviser til apotekets sundhedsydelse samt andre relevante sundhedstilbud i kommunen.

Af apotekernes virksomhedsgrundlag fremgår det, at apotekerne ønsker at tage medansvar for borgernes sundhed og livskvalitet ved at rådgive om egenomsorg, forebyggelse og sundhedsfremme, samt tilbyde produkter, der fremmer sundhed.

I interviewene giver de tre apoteker udtryk for, at de balancerer mellem en del af sundhedsvæsenet på den ene side og en del af detailhandlen på den anden. Apotekerne udtrykker, at det kan være svært at få solgt sundhedsindsatser til kommunerne.

#### Hvordan beskrives samarbejde med eksterne aktører?

Alle tre kommuner lægger meget op til samarbejde på tværs af de kommunale områder. I to af kommunerne har eksterne aktører været involveret i udformningen af sundhedspolitikken, og de er skrevet ind som aktører i forbindelse med indsatser, der skal understøtte sundhedspolitikens mål. De eksterne aktører, der nævnes, er fx patientforeninger, frivillige foreninger, private erhvervsdrivende og i den ene kommune tillige apoteket, der er skrevet ind som leverandør af rygestop. I apotekernes virksomhedsgrundlag nævnes kommunen også som samarbejdspartner, ligesom de også nævner andre sundhedsprofessionelle og foreninger.

#### **Kommune 1**

Af interviewet fremgår det, at de i kommunen beskriver, at de har et meget formaliseret samarbejde med patientforeninger. De holder faste årlige møder med patientforeninger, aftenskoler, Ældresagen og Frivilligcentret. Her koordineres aktiviteter mellem kommune og foreninger. Samarbejdet har affødt, at der nu også samarbejdes mellem patientforeningerne – fx ved at de bruger hinandens faciliteter. Kommunen bruger også Kræftens Bekæmpelses kursussted. I kommunens ledelseslag på forvaltningsniveau drøftes der også samarbejde på de årlige møder.

Kommunen samarbejder med apotekerne om at levere rygestop i fællesskab. Begge parter hjælper med at fylde hinandens hold. Ældreområdet samarbejder med apoteket om medicingennemgang, dosisdispensering og brug og implementering af Fælles Medicinkort. I dette samarbejde deltager almen praksis også. Der samarbejdes om særlig kampagner eller temadage, fx Mænds Sundhedsuge. Apoteksfarmaceuter benyttes til undervisning af borgere i korrekt medicinbrug, KOL/astma og smertestillende medicin. Kommunen bruger også apoteket til udgående aktiviteter, fx rekruttering af borgere til indsatser. De fortæller, at de betragter apotekspersonalet som kolleger. De henviser her til samarbejdet om rygestop, som har været medvirkende til, at de nu samarbejder om andre ting.

Apoteket beskriver tillige, at de samarbejder med patientforeninger, der kommer på apoteket i forbindelse med temadage. Af sundhedspolitikken fremgår det endvidere, frivillige aktører og foreninger især er tænkt ind i indsatser vedrørende sundhed og livskvalitet for ældre. Apotekeren har siddet i bestyrelsen for den lokale afdeling af Hjerteforeningen; derfor kommer foreningen og måler blodtryk på apoteket.

I virksomhedsgrundlaget for apoteket står, at apoteket vil tilbyde sundhedsydelser og samarbejde lokalt med læger, andre sundhedsprofessioner samt med kommunen, patientforeninger og øvrige foreninger for løbende at tilpasse apotekets ydelser til borgerne og institutionerne.

## **Kommune 2**

Af kommunens sundhedspolitik fremgår målsætningen om, at samarbejde med eksterne aktører allerede af forordet, hvori det beskrives, at kommunen ikke alene kan løfte opgaven med at forbedre borgernes sundhed.

Af interviewet fremgår det, at de i kommunen ser samarbejde med eksterne aktører som et skridt mod bedre ressourceudnyttelse. At man får taget udgangspunkt i borgernes ressourcer og behov, men også at man får udnyttet kommunens ressourcer i form af penge, lokaler og materialer, på den bedste måde. De bruger hinandens lokaler.

Interviewpersonerne fortæller, at man i kommunen har erkendt, at man ikke er god nok til samskabelse; derfor har de lagt en strategi, hvori en af løftestængerne er *lyttemøder*, hvor kommunen lytter til borgere og foreninger. De har haft et ønske om at skabe et overblik over, hvilke tilbud der fandtes lokalt – både kommunalt og fra eksterne aktører. Det viste sig ressource tungt at holde et overblik opdateret; det blev derfor droppet igen. Men de er meget opmærksomme på at hjælpe borgerne med at undersøge andre muligheder end kommunale tilbud. Det er borgerens behov, der er udgangspunktet, ikke afsenderen af indsatsen.

Der er meget samarbejde med patientforeninger og frivillige foreninger. Samarbejdet er ikke centraliseret, men består af en række parallelle samarbejder, der ofte er person- eller relationsbårne. Der er ikke fælles mødefora.

Kommunen samarbejder med apoteket om individuelt rygestop, sundhedsuger og patientundervisning i forbindelse med KOL-rehabilitering. Kommunen afholder udgifterne til uddannelse for apotekets rygestopsinstruktør. Kommunen har en samlet kontrakt om rygestop med apotekerne i kommunen. Apotekeren er repræsentant for Diabetesforeningen i frivilligcentrets bestyrelse og beskriver, at vedkommende har en stærk lokalsamfundsforankring. Vedkommende har været apoteker i mange år og oplever, at det er svært at holde styr på samarbejdspartnere i kommunen. Der er stor udskiftning og hyppig omorganisering.

Der er et formaliseret samarbejde mellem apoteket og kommunen om rygestop. Som en del af deres vision angiver apoteket desuden, at de tilbyder et relevant udvalg af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ydelser, at de samarbejder med andre aktører i sundhedsvæsenet, med sundheds- og socialsektoren og andre relevante instanser, samt at de ønsker at være en troværdig, kompetent og aktiv del af sundhedssektoren.

## **Kommune 3**

I kommunen ønsker de at tænke sundhed på tværs af de kommunale områder: dagtilbud, skoler, botilbud og seniorcentre, byplanlægning.

Af interviewet fremgår det, at kommunen samarbejder med frivillige og patientforeninger, jf. deres frivillighedspolitik. Der er en partnerskabsaftale med Hjerteforeningen, der blandt andet har stået for blodtryksmåling. Kommunen samarbejder også med patientforeninger i forhold til deling af lokaler og i forbindelse med en årlig frivillighedsdag.

Interviewpersonerne beretter, at de i kommunen ikke prioriterer formelt samarbejde med erhvervslivet eller private aktører, som fx apoteket. De nævner, at der i forebyggelsespakkerne er anbefalinger til det, men de har ikke valgt at gøre det. Interviewpersonerne siger, at i teorien vil de gerne, men ingen har følt, at det var deres opgave at initiere det. Beskæftigelsesområdet samarbejder dog med erhvervslivet om arbejdsprøvning til sårbare borgere.

Kommunen har tidligere haft et projektsamarbejde med apoteket om medicin håndtering og medicingennemgang af borgerne i plejetilbud. De samarbejder desuden i en tværgående gruppe om dosisdispensering. Her deltager almen praksis også. Kommunen har en målsætning om, at halvdelen af borgerne i plejen skal have dosisdispensering.

Interviewpersonerne beskriver samarbejdet med apoteket som meget uformelt. Og de beskriver, at de ikke har været særligt opmærksomme på at samarbejde med apoteket. Samarbejdsrelationen holdes ved lige gennem årlige uformelle møder mellem apotekeren og kommunens ældrechef. Det er apotekeren, der plejer at tage initiativ til møderne. På møderne er der gensidig orientering.

Apoteket har tidligere haft samarbejde med kommunen om rygestop. Lige efter kommunalreformen stod apoteket alene for kommunens rygestop. Senere fik forebyggelsescentret egne rygestoprådgivere. I en periode supplerede apotekets rygestoprådgivere kommunens, men nu har kommunen selv overtaget alle rygestopaktiviteter.

For få år siden havde apoteket og kommunen et projektrelateret samarbejde om medicin håndtering og medicingennemgang. Ifølge apotekeren havde kommunen et ønske om, at kommunikationen om medicingennemgangen blev anderledes, og da apoteket imødekom det, kunne samarbejdet fortsætte projektperioden ud.

Aktuelt lægger apoteket vægt til en række postkort, som kommunen bruger til at oplyse borgerne om forskellige indsatser. Postkortene omhandler alle emner, hvor kommunen har en indsats. Sommetider giver postkortene anledning til dialog med kunderne, men det er mest en passiv aktivitet fra apotekets side.

Som en del af deres virksomhedsgrundlag angiver apoteket, at de samarbejder med andre aktører i sundhedsvæsenet, samarbejder med kommunen om projekter og bidrager til at fremme folkesundheden, at de er en sundhedsbutik, og at de har flere sundhedsydelse af interesse for lokalsamfundet.

#### Kommuners og apotekers oplevelser af muligheder for samarbejde

Kommunerne ser især muligheder for samarbejde med apotekerne om tidlig opsporing og henvisning til kommunale sundhedsindsatser. De nævner tidlig opsporing af sårbare borgere og ensomhed samt henvisning til visiterende samtale, sygdomsspecifikke indsatser eller angst- og depressionskurser. Kommunerne nævner, at samarbejde om hjælp til opsporing af bestemte målgrupper og henvisning til kommunale indsatser kan være et godt afsæt for et mere formaliseret samarbejde.

Apotekerne ser muligheder for samarbejde i, at kommunen henviser til apotekets rådgivnings- og sundhedsindsatser. De nævner medicingennemgang og medicinsamtale. Apotekerne ønsker også, at kommunen benytter dem til undervisning af kommunens plejepersonale eller til at levere kvalitetssikring af medicin håndtering til plejesektoren.

#### Kommuner og apotekers oplevelser af barrierer for samarbejde

Som barrierer for samarbejde nævner kommunerne adgangsforholdene på apoteket (fx hvis rygestophold afvikles på 1. sal), de tidspunkter på dagen, hvor apoteket kan levere indsatser, og at apotekets driftsopgaver sommetider mindsker deres mulighed for at levere fx rygestop ved behov. En af kommunerne har tidligere forsøgt at få en samlet kontrakt med alle tre apoteker i kommunen. Det var ikke muligt. To af de tre apoteker leverer rygestop. Det tredje apotek har hovedapotek i en anden kommune, hvortil de ikke leverer rygestop og har derfor ingen rygestopinstruktør. Ud fra en geografisk lighedsbetragtning ville kommunen gerne kunne levere rygestop på alle tre apoteksplaceringer. Deres håb er, at det tredje apotek kan lægge lokaler til en rygestopinstruktør fra et af de andre apoteker.

I en af kommunerne ser de apoteket som en privat virksomhed, og hvis de havde mulighed for det, ville de gerne ansætte en farmaceut selv.

Som barrierer nævner apotekerne, at kommunen måske mangler viden om, hvad apoteket kan tilbyde. En apoteker nævner også selv, at de fysiske rammer til at levere gruppeindsatser, som fx rygestop, ikke er optimale. Apotekerne nævner også kommunens villighed til at honorere apoteket for det, de kan tilbyde, som en barriere. En af apotekerne har udfordringer med at rekruttere tilstrækkeligt med kvalificeret personale til at levere de indsatser, de gerne vil. I to af de tre kommuner har apotekeren også svært ved at finde ud af, hvem en mulig samarbejdspartner på kommunen er. Apotekerne beskriver, at der er hyppig personaleudskiftning og organisationsændringer i kommunen, og at det derfor er svært at finde den rigtige person at henvende sig til vedrørende samarbejde. En apoteker nævner også, at der tidligere har været et frugtbart projektsamarbejde, men at det er udfordrende at få indsatser sat i drift.

## **Tværgående diskussion**

*Kommuner og apoteker vil gerne samarbejde og kan se muligheder for samarbejde, der kan blive til gavn for borgerne.*

Apotekets fysiske placering i nærområdet og regelmæssige kontakt til befolkningen i forbindelse med sundhed og sygdom er de to faktorer, litteraturen påpeger som de væsentligste argumenter for at inddrage apoteket mere i forebyggelse og sundhedsfremme. Dette giver apoteket en mulighed for at nå de svage befolkningsgrupper, som ellers ofte er svære at nå med de etablerede forebyggelsesindsatser.

I interviewundersøgelsen og på det tværkommunale inspirationsseminar var deltagerne positive ved udsigten til et muligt samarbejde med hinanden. Der ser dermed ud til at være grundlag for, at apoteket kan indtage en mere proaktiv rolle i den kommunale forebyggelse.

*Afdækningsundersøgelsen viser, at beslutning om samarbejde imellem aktører (kommune og apotek) styrkes af en strategisk beslutning om samarbejde hos de implicerede aktører.*

Forundersøgelse III viser, at de kommuner, der har indskrevet samarbejde med eksterne aktører i deres sundhedspolitik, også har et samarbejde med apoteket. For apotekerne ser det ligeledes ud til, at deres ledelsesmæssige og strategiske tilgang til samarbejdet med kommunen har en betydning for, hvor langt de når med etableringen af et samarbejde.

De samarbejdsformer, der er afdækket mellem kommuner og apoteker, har forskellig grad af formalisering. Samarbejdet handler dog ofte enten om gensidig orientering, koordinering eller om enkeltstående indsatser.

Partnerskaber beskrives i litteraturen som en særlig lovende samarbejdsform i forhold til arbejdet med sundhedsfremme. Partnerskaber vinder i stigende grad indpas på sundhedsområdet. Partnerskabstankegangen kan ses som en ramme for samarbejde, hvor afsæt er fælles mål og værdier i forhold til det område, der samarbejdes om. Når der er skabt en fælles formaliseret ramme om et samarbejde, kan nye muligheder for samarbejde opstå indenfor den overordnede ramme. En højere grad af formaliseret samarbejde kan eventuelt være næste skridt i udbygningen af samarbejdet mellem kommuner og apoteker. Med formalisering af samarbejde menes, at samarbejdet er kontinuerligt, organiseret, og at der er en form for samarbejdsaftale. Et formaliseret samarbejde er ikke personafhængigt, men har større sandsynlighed for at fortsætte, selvom nøglepersoner udskiftes. Et formaliseret samarbejde er derved relativt stabilt.

*Ved etablering af samarbejde mellem kommune og apotek er det vigtigt at opnå en fælles forståelse og et sprog omkring borgere, sundhedsfremme og forebyggelse.*

Sundhed ses som en middel til at nå målsætninger på ikke-sundhedsrelaterede områder. Som et eksempel kan nævnes, at Slagelse Kommunes sundhedspolitik ses som løftestang til at nå kommunens overordnede målsætning, der handler om at skabe vækst og erhvervsudvikling. Det at tænke sundhed på tværs af forvaltningsområder giver mulighed for, at flere aktører kan inddrages og er relevante at inddrage i sundhedsarbejdet.

Kommunernes (teoretiske) tilgang til sundhed er blevet bredere de senere år. Således er den traditionelle fokus på de mest almindelige risikofaktorer – sammenfattet i KRAM-tankegangen i flere kommuner udvidet til nu også at omfatte faktorer, der er relateret til mental sundhed (Kompetencer, Relationer, Accept, Mestring). Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker er også et eksempel på, at tilgangen til sundhed er blevet bredere; det kommer til udtryk både i de områder, som forebyggelsespakkerne dækker og navngivningen af dem (fx *mental sundhed* i stedet for *psykiske lidelser*, *seksuel sundhed* i stedet for *seksuelt overførte sygdomme*, *mad og måltider* i stedet for *kost*). Sundhedstilgangen afspejler sig især tydeligt i kommunernes tilgang til borgerne, hvor en sundhedspædagogisk sundhedsfremmetilgang skal sikre, at borgeren mødes "i øjenhøjde", og at indsatser er tilpasset den enkelte borgers værdier, behov og ressourcer. Denne brede teoretiske tilgang til sundhed og borgere sætter rammerne for, hvordan indsatser leveres, og det gør samtidigt, at kommunerne oplever et behov for i højere grad at inddrage borgere og lokalsamfund i tilrettelæggelsen af indsatser.

Apotekets udgangspunkt har traditionelt været salg af lægemidler; dermed har fokus naturligt været på patientrettede indsatser fremfor de borgerrettede. Forundersøgelserne (II-III) peger imidlertid på, at apoteket kan levere forebyggelsesindsatser, der kan være relevante i kommunal kontekst; der er derfor basis for etablering eller formalisering af samarbejde mellem apotek og kommuner. Apotekernes teoretiske tilgang til sundhed har endnu ikke undergået den samme udvikling hen imod en bredere sundhedstilgang som i kommunerne. Der er derfor et behov for, at kommuner og apoteker udvikler et fælles sprog og tilgang til forebyggelses- og sundhedsområdet.

*Et robust samarbejde ser ud til at balancere på to ben: organisering eller formalisering samt en uformel eller relationsbåret del. Begge dele ser ud til at være vigtige ingredienser i et robust samarbejde.*

Forundersøgelse III samt resultater fra det tværkommunale inspirationsseminar peger på, at især to forhold ser ud til at være vigtige til at gøre et samarbejde robust. Ofte er samarbejde baseret på en god personlig relation. Et samarbejde, der udelukkende er baseret på personlige relationer, er imidlertid sårbart, hvis den ene part skifter job, eller der sker omorganisering. Derfor er der også behov for, at et samarbejde formaliseres, fx i form af en samarbejdsaftale. Det forpligter parterne til at fortsætte samarbejdet, selvom den ene part i relationen forsvinder.

*Afdækningsundersøgelsen viser, at det eksisterende udbud af sundhedsindsatser i kommuner og på apoteker dækker aktørernes umiddelbare ønsker og behov. I første omgang er der derfor behov for at imødekomme aktørernes behov for støtte til etablering eller udbygning af samarbejde snarere end til at udvikle nye indsatser.*

Kommuner og apotekers ønsker til, *hvad* de i fremtiden kan samarbejde om, handler i høj grad om bedre udnyttelse og implementering af eksisterende indsatser på tværs af kommune og apotek. I første omgang peger forundersøgelserne således ikke på et behov for at udvikle nye indsatser, men snarere på et behov for at få skabt en fælles ramme for, *hvordan* der kan samarbejdes.

I interviewundersøgelsen var kommuner og apotekers idéer og ønsker til (udbygning af) samarbejde med apotekerne begrænset. De fleste ønsker omhandlede tidlig opsporing og henvisning af relevante borgere til hinandens indsatser. Afdækning af muligheder for samarbejde i forbindelse med inspirationsseminaret viste til gengæld en større bredde af idéer til samarbejde, der også handlede om organisering af samarbejdet. En mulig forklaring kan være, at de på tidspunktet for seminaret havde haft længere tid til at reflektere over samarbejdsmuligheder med hinanden. En anden mulig forklaring er, at de på seminaret allerede i de indledende samtaler med hinanden har fået en øget viden og forståelse for hinandens kompetencer.

Idéerne til samarbejde handlede for deltagerne således ikke kun om, hvad der kan samarbejdes om, men også om hvorfor og hvordan et samarbejde kan formaliseres såvel som konkretiseres. Dette blev afsættet for udarbejdelsen af inspirationskataloget.

Resultater af forundersøgelserne peger på, at jo mere forpligtende et samarbejde er, desto mindre sårbart ser det også ud til at være. Resultaterne peger på, at der kan være behov for, at kommuner og apoteker får redskaber, der kan lette etablering og udbygning af deres samarbejde. Der er ikke afdækket redskaber, der kan hjælpe kommuner og apoteker med at føre et samarbejde fra et niveau til et andet. Der er afdækket en del litteratur, der omhandler samarbejde og partnerskaber mellem kommuner og lokalsamfund, men der er ikke i samme grad fundet dansk litteratur, der beskriver potentielt samarbejde mellem kommuner, apoteker og lokalsamfund. I inspirationskataloget er behovet forsøgt imødekommet, men redskaberne er endnu ikke afprøvede eller evaluerede.



*Kommunerne udtrykker et ønske om, at apotekerne kan have en rolle i tidlig opsporing og ser i øvrigt en fordel i, at apotekets adgang til sårbare borgere kan udnyttes til at nå borgere, der kan være svære at nå for kommunen.*

Et af de samarbejdsområder, der blev nævnt af alle tre kommuner, både i interview og til inspirationsseminaret, var samarbejdet om tidlig opsporing af sårbare borgere. Her ser kommunerne en stor fordel i at udnytte apotekernes placering og kontakt med borgere. For apotekerne vil det være en ny rolle at skulle opspore og henvise sårbare borgere. Eventuelt vil det kræve, at apotekerne styrker deres kompetencer på dette område.

*Mekanismer, der påvirker samarbejde mellem kommuner og apoteker.*

Kommunerne arbejder allerede på tværs af forvaltningsområder om forebyggelse og sundhedsfremme. Samarbejdet om implementering af forebyggelsen på tværs i kommunerne har imidlertid vist sig at være udfordrende. Der er et politisk ønske om, at kommunerne også skal samarbejde med eksterne aktører om levering af sundhedsindsatser. De tre kommuner, der har deltaget i projektet, har etableret samarbejde med eksterne aktører, fx apoteker eller patientforeninger, med forskellig grad af formalisering og centralisering. De udfordringer, der er med at samarbejde på tværs internt i kommunen, må formodes også at være til stede i etablering eller udbygning af samarbejdet med eksterne aktører. Da det er de samme udfordringer, der skal løses, kan der drages læringspointer ud fra kommunernes interne tværgående samarbejde om forebyggelse. Samarbejde med eksterne aktører giver dog også nogle yderligere udfordringer, som ikke er til stede internt i kommunerne. Det kan være udfordringer relateret til etablering og formalisering af samarbejde, eller faktorer relateret til formalisering, drift eller finansiering af samarbejdet og de tilknyttede indsatser.

Apotekernes rolle er delt mellem at være en aktør i sundhedsvæsenet og en privat erhvervsdrivende. Interviewundersøgelsen peger på, at både apotek og kommune finder, at det er en udfordring for samarbejdet, at apoteket har en dobbeltrolle som både privat erhvervsdrivende og aktør i sundhedsvæsenet. På seminaret blev det dog nævnt, at kommunerne har andre samarbejdspartnere, som også har denne dobbeltrolle, eksempelvis lægerne. Der er derfor grund til at være nysgerrig på, hvorfor det tilsyneladende forholder sig anderledes i forhold til apotekerne.

### **Diskussion af metode**

Den overordnede metode, der blev anvendt i projektet var *Appreciative Inquiry*. Styrken ved metoden var, at den definerede en ramme, hvori både forundersøgelser og udarbejdelse af idéer til fremtidigt samarbejde mellem kommuner, apoteker og lokalsamfund kunne indeholdes. Metoden bidrog til en strukturering af seminaret, der var bygget op om metodens fem faser. Udfordringen var, at udarbejdelsen af visioner, målsætninger og handleplaner blev oplevet af deltagerne som lidt abstrakt. Dette gjorde, at visioner, målsætninger og handleplaner ikke blev tilstrækkeligt konkrete. Processen gav til gengæld deltagerne et indgående kendskab til hinanden og hinandens kompetencer, der blev oplevet som meget positiv.

På det tværkommunale inspirationsseminar blev deltagerne inddelt i grupper, så de sad sammen på tværs af kommunegrænser. Dette blev gjort bevidst for at øge videndelingen på tværs af kommuner og apoteker, og det havde også til formål at gøre det udviklende arbejde med visioner, mål og handleplaner mindre forpligtende. Ligesom det skulle gøre forslagene mere visionære, da de ikke ville være begrænset af overvejelser om lokale forhold og forventning om, at samarbejdet skulle udmøntes konkret. Deltagerne udtrykte imidlertid ærgrelse over, at de ikke havde haft tilstrækkelig med netværkstid med deres lokale samarbejdspartnere. I næste fase af projektet vil det derfor blive prioriteret, at der faciliteres lokale processer, som bygger på elementerne af inspirationsseminaret.

Det var ikke en del af projektets formål at afdække borgernes perspektiv, men det lå de kommunale deltagere meget på sinde, at dette perspektiv kommer med – ikke nødvendigvis i forhold til udformningen af rammen for samarbejde, men gerne i udformning, tilrettelæggelse eller tilpasning af konkrete indsatser. I næste fase af projektet bør deltagernes ønske om at etablere lokale netværk og lære hinanden at kende samt inddrage borgere, tilgodeses, ligesom de

redskaber, der er foreslået i inspirationskataloget, bør afprøves, evalueres og tilpasses. Det er også oplagt, at der lægges et større arbejde i, at invitere lokale aktører med i samarbejde i et fremtidigt projekt.

## Tværgående konklusion og perspektivering

- Kommuner og apoteker vil gerne samarbejde og kan se muligheder for samarbejde, der kan blive til gavn for borgerne.
- Afdækningsundersøgelsen viser, at samarbejde imellem aktører (kommune og apotek) styrkes af en strategisk beslutning, der sætter specifikke rammer for samarbejdet mellem de implicerede aktører.
- Ved etablering af samarbejde mellem kommune og apotek er det vigtigt at opnå en fælles forståelse og et sprog omkring borgere, sundhedsfremme og forebyggelse.
- Et robust samarbejde ser ud til at balancere på to ben: organisering eller formalisering samt en uformel eller relationsbåret del. Begge dele ser ud til at være vigtige ingredienser i et robust samarbejde.
- Der eksisterer viden om kommuners samarbejde med lokale aktører, men ikke om kommuners samarbejde med apoteker.
- Afdækningsundersøgelsen viser, at det eksisterende udbud af sundhedsindsatser i kommuner og på apoteker dækker aktørernes umiddelbare ønsker og behov. I første omgang er der derfor behov for at imødekomme aktørernes behov for støtte til etablering eller udbygning af samarbejde snarere end til at udvikle nye indsatser.
- Kommunerne udtrykker et ønske om, at apotekerne kan have en rolle i tidlig opsporing og ser i øvrigt en fordel i, at apotekets adgang til sårbare borgere kan udnyttes til at nå borgere, der kan være svære at nå for kommunen.
- De væsentligste mekanismer, der påvirker samarbejde mellem kommuner og apoteker, angives af deltagerne til at være finansiering, organisering, kendskab til hinandens kompetencer samt fælles sprog.

## Referenceliste

- 1 Sundhedsministeriet. Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. 2014.
- 2 Kommunernes Landsforening. Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver. KL; 2014.
- 3 <http://www.interventionsforskning.dk/userfiles/files/politik-og-praksis/midtvejsrapport-2014.pdf>
- 4 [http://www.patientuddannelse.info/media/57128/job\\_sygdom\\_beslutningstagere.pdf](http://www.patientuddannelse.info/media/57128/job_sygdom_beslutningstagere.pdf)
- 5 Folketinget. Lov om Ændring af apoteksvirksomhed. 2015.
- 6 <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/1.6.2.html>
- 7 Brown D, Portlock J, Rutter P. Review of services provided by pharmacies that promote healthy living. Int J Clin Pharm 2012 Jun;34(3):399-409.
- 8 <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/1.6.2.html>
- 9 [https://www.pharmakon.dk/media/3093/samlet-arbejdsrapport\\_resume\\_final\\_tryk.pdf](https://www.pharmakon.dk/media/3093/samlet-arbejdsrapport_resume_final_tryk.pdf)
- 10 [https://www.pharmakon.dk/media/3937/evaluering-btb\\_rapport\\_web\\_samlet.pdf](https://www.pharmakon.dk/media/3937/evaluering-btb_rapport_web_samlet.pdf)
- 11 [https://www.pharmakon.dk/media/3115/rapport\\_final\\_med\\_bilag.pdf](https://www.pharmakon.dk/media/3115/rapport_final_med_bilag.pdf)
- 12 [https://www.pharmakon.dk/media/3046/medicingennemgang-med-compliancerettet-raadgivning\\_web.pdf](https://www.pharmakon.dk/media/3046/medicingennemgang-med-compliancerettet-raadgivning_web.pdf)
- 13 [http://www.apotekerforeningen.dk/~media/Apotekerforeningen/analysertilgaengelighed/29082011\\_dk\\_skandinaviens\\_kort\\_afstand.ashx](http://www.apotekerforeningen.dk/~media/Apotekerforeningen/analysertilgaengelighed/29082011_dk_skandinaviens_kort_afstand.ashx)
- 14 [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy\\_2010\\_4\\_1\\_kontakt\\_til\\_praktiserende\\_l%C3%A6ge.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_2010_4_1_kontakt_til_praktiserende_l%C3%A6ge.pdf)
- 15 [http://www.apotekerforeningen.dk/~media/Apotekerforeningen/analysersundhed/26092013\\_aldersfordelt\\_receptindloesning.ashx](http://www.apotekerforeningen.dk/~media/Apotekerforeningen/analysersundhed/26092013_aldersfordelt_receptindloesning.ashx)
- 16 **Australien:** <http://www.guild.org.au/docs/default-source/public-documents/tab---the-guild/strategic-direction/public-health-promotion-.pdf?sfvrsn=0>.  
**Canada:** <http://www.pharmaceutical-journal.com/publications/tomorrows-pharmacist/an-overview-of-pharmacy-practice-in-canada/11088547.article> og <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-192>.  
**England:** <http://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2013/08/HLP-evaluation.pdf> OG [http://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2013/07/public\\_health\\_book\\_all.pdf](http://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2013/07/public_health_book_all.pdf).  
**Østrig:** [http://www.univie.ac.at/phc/e/tx\\_10303\\_42.htm](http://www.univie.ac.at/phc/e/tx_10303_42.htm).  
**New Zealand:** [https://www.psnz.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder\\_id=86&File=PSNZPharmacistServicesFramework2014FINAL.pdf](https://www.psnz.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder_id=86&File=PSNZPharmacistServicesFramework2014FINAL.pdf)
- 17 Hjære M. Partnerskaber – på vej mod en ny samarbejdskultur? Rapport fra et følgestudie af tre partnerskaber mellem offentlige og frivillige sociale organisationer. Center for frivilligt socialt arbejde 2005.
- 18 Høyer-Kruse J, Thøgersen M, Støckel JT, Ibsen B. Offentlige-frivillige partnerskaber omkring børn og fysisk aktivitet. Center for forskning i idræt, sundhed og civilsamfund. Syddansk Universitet 2008.
- 19 Charter for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige. Social, børne og integrationsministeriet, Kulturministeriet, Økonomi og indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse 2013.
- 20 Idékatalog. Idékatalog i forbindelse med Charter for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige. Social, børne og integrationsministeriet, Kulturministeriet, Økonomi og indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse 2014.
- 21 Vallgård 1999, p. 36 (har lånt nyere version af bogen på bibl. afventer derfor nyere reference)
- 22 Cooperrider DL, Whitney D. A Positive Revolution in Change: Appreciative Inquiry.
- 23 Sundhedspolitik 2015-2025 – sunde rammer hele livet. Slagelse Kommune.

- 
- <sup>24</sup> Sundhedspolitik 2015-2018. Gladsaxe Kommune.
- <sup>25</sup> Sundhedspolitik 2012. Sundhed, helbred og trivsel i Ikast-Brande Kommune.
- <sup>26</sup> Apoteket tættere på dig. Strategi for apotekerne i Danmark. Danmarks Apotekerforening 2015.
- <sup>27</sup> Vallgård S. Sammenlignende undersøgelser. I: Koch L, Vallgård S (red). Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 2. udgave. Munksgaard Danmark 2003.
- <sup>28</sup> Blank RH, Bureau V. Comparative Health Policy. Palgrave Macmillan 2004.
- <sup>29</sup> <http://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/apotek/standardsæt/Generelle%20standarder/Lægemedler%20og%20lægemedlerrådgivning/2-1-7>
- <sup>30</sup> Apotekerloven, kapitel 3, paragraf 12, stk. 2.  
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=164756#Kap3>
- <sup>31</sup> <http://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/apotek/standardsæt/Generelle%20standarder/Lægemedler%20og%20lægemedlerrådgivning/2-1-7>

# Apoteket som aktør i sundhedsfremme og forebyggelse

Inspiration til samarbejde mellem kommune og apotek



**Pharmakon**



## Indhold

Introduktion .....	5
Projektets konklusioner .....	5
Hvorfor bør kommuner og apoteker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme? .....	6
Hvordan kan kommuner og apoteker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme? .....	7
Redskab til overvejelser vedrørende etablering og formalisering af samarbejde .....	9
Hvordan kan kommuner og apoteker planlægge en indsats i samarbejde? .....	11
Redskab til planlægning af samarbejde om en indsats .....	12
Eksempler på mekanismer, der kan påvirke samarbejde mellem kommune og apotek om forebyggelse og sundhedsfremme .....	13
Oversigt over forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser, som apoteker kan levere og samarbejde om .....	14
Eksempler på samarbejde mellem apoteker og kommuner .....	16
Kort om projektet .....	18
Litteratur .....	18





## Introduktion

Dette inspirationskatalog er udarbejdet som et produkt af projektet ”Sammenhængende sundhedsfremme og forebyggelse – kommune, lokalsamfund og apotek”. Projektet er gennemført af Pharmakon – Apotekernes Uddannelsescenter i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning og Statens Institut for Folkesundhed. Projektet blev gennemført fra april til december 2016. Projektet blev finansieret af Sundhedsstyrelsens sundhedsfremmepulje, Pharmakon og Danmarks Apotekerforening. På bagsiden af dette inspirationskatalog kan du læse lidt mere om projektet.

Inspirationskataloget præsenterer en række redskaber, der er afdækket eller udviklet i projektet, som kan støtte samarbejdet imellem en kommune og et apotek. Inspirationskataloget har til formål at inspirere kommuner og apotekerne til at samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme. Inspirationskataloget kan endvidere bruges til at reflektere over nye muligheder i eksisterende samarbejder.

Inspirationskataloget er baseret på undersøgelser af kommuner og apotekers forebyggelsesarbejde samt input fra de kommuner og apoteker, der deltog i projektet. Herudover er redskaberne i inspirationskataloget inspireret af og tilpasset i forhold til litteratur om, hvordan samarbejdet om sundhedsfremme og velfærd kan foregå mellem offentlige og frivillige aktører (se litteraturliste på bagsiden). Redskaberne i inspirationskataloget er ikke testet.

Inspirationskataloget er skrevet til ledere og medarbejdere med ansvar for forebyggelse i kommuner og på apoteker. Inspirationskataloget støtter læseren i at besvare spørgsmålene:

- Hvorfor bør kommuner og apoteker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvordan kan kommuner og apoteker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvordan kan kommuner og apoteker planlægge et samarbejde om en konkret indsats?
- Hvad kan kommuner og apoteker samarbejde om?

## Projektets konklusioner

- Kommuner og apoteker vil gerne samarbejde og kan se muligheder for samarbejde, der kan blive til gavn for borgerne.
- Forundersøgelserne viser, at samarbejde imellem aktører (kommune og apotek) styrkes af en strategisk beslutning, der sætter specifikke rammer for samarbejdet mellem de implicerede aktører.
- Ved etablering af samarbejde mellem kommune og apotek er det vigtigt at opnå en fælles forståelse og et sprog omkring borgere, sundhedsfremme og forebyggelse.
- Et robust samarbejde ser ud til at balancere på to ben: organisering eller formalisering samt en uformel eller relationsbåret del. Begge dele ser ud til at være vigtige ingredienser i et robust samarbejde.
- Der eksisterer viden om kommuners samarbejde med lokale aktører, men ikke om kommuners samarbejde med apoteker.
- Forundersøgelserne viser, at det eksisterende udbud af sundhedsindsatser i kommuner og på apoteker dækker aktørernes umiddelbare ønsker og behov. I første omgang er der derfor behov for at imødekomme aktørernes behov for støtte til etablering eller udbygning af samarbejde snarere end til at udvikle nye indsatser.
- Kommunerne udtrykker et ønske om, at apotekerne kan have en rolle i tidlig opsporing, og ser i øvrigt en fordel i, at apotekets adgang til sårbare borgere kan udnyttes til at nå borgere, der kan være svære at nå for kommunen.
- De væsentligste mekanismer, der påvirker samarbejde mellem kommuner og apoteker, angives af deltagerne til at være finansiering, organisering, kendskab til hinandens kompetencer samt fælles sprog.

Du kan læse mere om forundersøgelserne, projektet og dette inspirationskatalogs tilblivelse i rapporten "Samarbejde mellem kommuner og apoteker om lokal forebyggelse og sundhedsfremme – en afdækning af muligheder".

## **Hvorfor bør kommuner og apoteker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?**

Der er et stigende fokus på tværsektorielt samarbejde om sundhed. Der er samtidig et uudnyttet potentiale i at inddrage apotekerne i forebyggelsesarbejdet.

Erfaringer fra udlandet viser imidlertid, at der er et stort og uudnyttet potentiale i at knytte apotekerne tættere til det nære sundhedsvæsens forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver, og forskning i apoteket som udbyder og samarbejdspartner har været stigende. Således er der i løbet af det seneste årti publiceret et stigende antal artikler, der omhandler apoteket som udbyder af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag.

I England er apotekerne for eksempel en aktiv partner i forebyggelsesarbejdet, og apoteker har mulighed for at blive akkrediteret som et Healthy Living Pharmacy – et apotek, hvor der er systematisk fokus på forebyggelse, og hvor specialuddannet apotekspersonale har til opgave at levere en række kvalitetssikrede forebyggelsesindsatser.

Danske erfaringer viser, at apoteket kan levere indsatser målrettet borgere såvel som plejepersonale vedrørende medicinbrug og medicin håndtering i samarbejde med medicinbrugere, plejepersonale fra plejehjem, hjemmepleje, botilbud, jobcentre samt patientforeninger.

De tre afgørende argumenter for at benytte apoteket til at støtte samt levere kommunale forebyggelsesindsatser er:

1. **at apoteket har høj tilgængelighed og lokal forankring** (i gennemsnit har danskerne 3,8 km til nærmeste apotek; der er ingen tidsbestilling, og åbningstiderne er lange).
2. **at apoteket ser størstedelen af befolkningen.** Apoteket har en unik mulighed for at nå borgere, herunder udsatte borgere, der ikke opfanges af kommunale instanser som social, sundheds- og beskæftigelsesforvaltning (96 % af den voksne befolkning kommer på et apotek i løbet af et år, mens 78 % ser deres praktiserende læge i løbet af et år).
3. **at andre lande har gode erfaringer med at anvende apoteket aktivt** til at understøtte samt levere borger- såvel som patientrettede forebyggelsesindsatser – også til udsatte grupper.

## **Hvordan kan kommuner og apoteker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?**

Samarbejde kan have forskellige grader af formalisering. Det kan være alt fra gensidig dialog og orientering til et formaliseret partnerskab med nedskreven samarbejdsaftale. Alle typer samarbejde kan give værdi for begge parter såvel som for borgerne. Graden af formalisering indikerer, hvor stor forpligtelse parterne har overfor hinanden, og hvad de er villige til at investere i samarbejdet.

Nedenfor er eksempler på, hvordan kommuner og apoteker kan samarbejde:

- *Lægge hus til hinandens indsatser*  
Kommunen kommer på apoteket for at rekruttere borgere til en af deres indsatser, eller omvendt bruger apoteket kommunens lokaler, fx til levering af rygestop.
- *Deltage i hinandens faglige kampagner*  
Kommuner, apoteker og lokale aktører samarbejder om en national kampagne med en målgruppe, de har til fælles. Det kunne fx være Mænds Sundhedsuge, Hjertedag eller Diabetesdag.
- *Henvise til hinandens tilbud*  
Kommunen henviser borgere til medicingennemgang eller medicinsamtale på apoteket. Det kunne også være, at apoteket hjalp kommunen med opsporing af ensomme borgere eller henviste til kommunens livsstilshold.
- *Opspore borgere i risiko for sygdom og henvise til læge og/eller kommunale sundhedstilbud*  
Apoteket opsporer ved at lave blodtryksmålinger og henviser til læge/kommunalt sundhedstilbud.
- *Gennemføre indsatser for hinanden*  
Apoteket leverer medicingennemgang til kommunens ældrepleje.
- *Udvikle indsatser sammen*  
Kommune og apotek udvikler sammen en indsats til en målgruppe, der er i særlig fokus. Det kunne være en særlig indsats til nydanskere.
- *Levere indsatser i fællesskab*  
Kommuner og apoteker leverer rygestopkurser i fællesskab.

## Kontinuum af partnerskaber for sundhedsfremme

### Et kontinuum af partnerskaber for sundhedsfremme

Man kan skelne mellem forskellige formål og former for partnerskaber. Det kan være nyttigt at se partnerskaber på et kontinuum, der spænder fra netværksdannelse til samvirke:

**Netværksdannelse** involverer udveksling af information til gensidig gavn. Dette kræver kun lidt tid og tillid mellem partnerne. For eksempel kan apoteker og kommuner mødes jævnligt med henblik på gensidig orientering.

**Koordinering** involverer udveksling af information og justering af aktiviteter med et bestemt formål. For eksempel kan apoteker og kommuner koordinere deres aktiviteter i forbindelse med Mænds sundhedsuge.

**Samarbejde** involverer udveksling af information, justering af aktiviteter og deling af ressourcer. Det kræver mere tid og en højere grad af tillid mellem partnerne, og at man deler sit organisatoriske "territorium". For eksempel kan kommuner og apoteker planlægge en fælles indsats til tidlig opsporing af ensomme borgere.

**Samvirke.** Udover de nævnte aktiviteter involverer samvirke, at partnerne styrker hinandens kapacitet i forhold til et givet formål og til fælles gavn. Det kræver, at man overdrager en del af sit eget ansvarsområde til en anden partner for at skabe bedre og mere sammenhængende ydelser. For eksempel kan kommuner og apoteker samarbejde om levering af rygestopkurser og hjælpe med at fylde hinandens hold.

Oversat og tilpasset efter VicHealth 2016, der bygger på Himmelman 2001(28).

Nedenfor findes et redskab med en række spørgsmål, der kan anvendes af ledere i kommune eller på apotek til refleksion i forbindelse med:

- forberedelse til et samarbejde
- drøftelser med potentielle samarbejdspartnere
- evaluering af eller refleksion over et eksisterende samarbejde

Tag gerne stilling til alle spørgsmålene, og brug eventuelt også spørgsmålene løbende, fx i forbindelse med at en samarbejdsaftale skal fornys.

## Redskab til overvejelser vedrørende etablering og formalisering af samarbejde

<b>1. Ønske om samarbejde</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke bevæggrunde er der hos apotek og kommune for at etablere et samarbejde?<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvad ønsker hhv. I hver især at opnå med samarbejdet?</li><li>• Hvordan støtter samarbejdet op om det, I begge ønsker at opnå?</li></ul></li><li>• Hvordan er den ledelsesmæssige opbakning til at etablere et samarbejde mellem kommune og apotek?</li></ul>
<b>2. Indledning af samarbejde</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan er ledelsens opfattelse af behovet for samarbejde?</li><li>• Hvor er der fælles interesseområder mellem kommune og apotek? (Se evt. side 12 for idéer til, hvad kommuner og apoteker kan samarbejde om.)</li><li>• Hvordan er kendskabet til samarbejdsparternes kompetencer og indsatser?</li><li>• Hvad er den fælles vision for samarbejdet?</li><li>• Hvad er det fælles mål for samarbejdet?</li><li>• Hvordan er forståelsen for det fælles mål?</li><li>• Hvordan er forpligtelsen i forhold til det fælles mål?</li><li>• Hvordan kan det fælles mål evalueres?</li><li>• Hvad er værdien af samarbejdet for borgerne?</li><li>• Hvilke tiltag er iværksat eller kan iværksættes for at opnå en fælles forståelse og sprogbrug i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme?</li></ul>
<b>3. Aftale om rammer for samarbejde</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke aftaler er der indgået om, hvordan der skaffes ressourcer til etablering eller drift af samarbejdet (tid, kompetencer, finansiering)?</li><li>• Hvilke rammer er der aftalt for samarbejdet, og hvor er de skrevet ned?</li><li>• Hvilke mødefora er der aftalt?</li><li>• Hvilke arbejdsgrupper skal nedsættes om specifikke indsatser? (se evt. skema til planlægninger af konkrete indsatser på side 10)</li><li>• Hvilke kommunikationsveje er aftalt?</li></ul>

<b>4. Roller og kompetencer</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan bakker ledelserne op om samarbejdet?</li><li>• Hvordan følger ledelserne op på samarbejdet?</li><li>• Hvilke kompetencer er nødvendige hos samarbejdsparterne?</li><li>• Hvilke aftaler er der lavet vedr. roller og ansvar samarbejdsparterne imellem?</li></ul>
<b>5. Minimering af barriererne for samarbejdet</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke barrierer kan identificeres?</li><li>• Hvilke tiltag kan iværksættes for at minimere dem? (Se evt. skema med mekanismer, der kan påvirke samarbejde mellem kommune og apotek på side 11)</li><li>• Hvordan er forskelle i kommunes og apoteks prioriteter, mål, opgaver og finansiering håndteret?</li><li>• Hvilke aftaler er der indgået vedrørende løsning af eventuelle konflikter?</li><li>• Hvilke strategier sikrer, at alternative synspunkter kan komme til udtryk?</li></ul>
<b>6. Refleksion over og fortsættelse af samarbejdet</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan kan samarbejdet dokumentere eller demonstrere resultater af de fælles indsatser?</li><li>• Hvordan er behovet for og tilslutningen til, at samarbejdet skal fortsætte?</li><li>• Hvilke ressourcer sikrer, at samarbejdet kan fortsætte?</li><li>• Hvilke arbejdsgange er aftalt om, hvordan medlemmer af samarbejdet kan vurderes, hvordan nye kan bringes ind, og andre kan skiftes ud?</li></ul>

### **Hvordan kan kommuner og apoteker planlægge en indsats i samarbejde?**

Et samarbejde vil ofte indebære udvikling, levering eller drift af indsatser. Indsatserne kan være et resultat af et formelt, etableret og tæt samarbejde, eller de kan opstå ad hoc. Måske kan et samarbejde om en indsats give anledning til, at der bliver etableret et tættere og mere formelt samarbejde.

Målgruppen for dette redskab er de medarbejdere i kommune og på apotek, der skal udvikle, levere eller drive indsatser i samarbejde med hinanden. Redskabet kan bruges til planlægning af samarbejde om indsatser og kan eventuelt inspirere til indhold af en samarbejdsaftale.



## Redskab til planlægning af samarbejde om en indsats

<b>1. Formål, mål og succeskriterier for indsatsen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilket problem skal indsatsen løse?</li><li>• Hvad er formål, mål og succeskriterier for indsatsen?</li></ul>
<b>2. Indhold og kvalitet i indsatsen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke kompetencer bringer samarbejdspartnerne ind i samarbejdet?</li><li>• Hvilke aktiviteter skal indgå i indsatsen?</li><li>• Hvilke overordnede krav er der til aktiviteterne?</li><li>• Hvordan er borgerinddragelse tænkt ind i udviklingen af indsatser?</li><li>• Hvordan er tilpasning af indsatser tænkt ind, så de kan skræddersys til den enkelte borger?</li></ul>
<b>3. Organisering af levering af indsatsen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvad er samarbejdspartnernes rettigheder og pligter i forbindelse med indsatsen?</li><li>• Hvordan er arbejds- og ansvarsfordelingen mellem samarbejdspartnerne?</li><li>• Hvordan styres udvikling, levering eller implementering af indsatsen?</li><li>• Hvordan kommunikeres og informeres om indsatsen (internt/eksternt)?</li><li>• Hvilke spilleregler er der for dialog og konflikthåndtering mellem samarbejdspartnerne?</li></ul>
<b>4. Tids- og aktivitetsplan og budget</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan er tids- og aktivitetsplanen for indsatsen?<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan finansieres indsatsen? Udveksles der penge mellem parterne?</li></ul></li></ul>
<b>5. Opfølgning og evaluering af levering af indsatsen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan følges der op på aftaler?</li><li>• Hvordan kan aftaler ændres?</li><li>• Hvordan kan samarbejdet om indsatsen ophøre?</li><li>• Hvordan evalueres indsatsen?</li><li>• Hvordan forankres indsatsen?</li></ul>

## Eksempler på mekanismer, der kan påvirke samarbejde mellem kommune og apotek om forebyggelse og sundhedsfremme

Brug nedenstående liste over mekanismer, der kan påvirke samarbejde mellem kommune og apotek til at identificere, hvilke af dem der er til stede lokalt, og overvej, hvordan de kan imødegås.

	<b>Mekanismer</b>
<b>Ressourcer</b> Penge Bemanding Fysiske rammer Samarbejdspartnere	Allokering af tilstrækkelige ressourcer, finansiering og tid – også til selve driften af samarbejdet Apotekets placering i lokalområdet Apotekets indretning og adgangsforhold Apotekets åbningstider
<b>Fokus</b> Politisk Medier Borgere	Politisk prioritering af forebyggelsesområdet Tværgående ejerskab af sundhedspolitikken Omverdenens reaktioner på, at apoteket tilbyder forebyggende indsatser Apotekernes position som private sundhedsaktører Ønske om at dele arbejdsområder – også med andre faggrupper
<b>Organisationsadfærd</b> Samarbejde på tværs Incitamenter Videns- og læringskultur	Etablere og fastholde tillid i samarbejdet Skabe gode relationer, samarbejde og netværk på tværs af organisationer Tværgående involvering i tilblivelsen af sundhedspolitikken Kendskab til hinandens arbejdsgange og kultur Interessefællesskab Enighed om mål og målsætning Fælles ramme, beslutningstagen og udvikling af nye indsatser Værdiskabelse for samarbejdspartnere Opgaver løftes i flok Dynamisk og cyklisk tilgang Klar fordeling af roller og ansvar Evnen til at omsætte viden til praksis Stabilitet i organisation og personalegruppe Implementeringskapacitet Overblik over, hvem potentielle samarbejdspartnere er Dokumentation og evaluering på et rimeligt niveau
<b>Medarbejdere</b> Viden Motivation Kompetence	Tilstrækkelig viden/kompetencer Viden om hinandens kompetencer Anvendelse af eksisterende kompetencer på tværs Kompetencer ift. at nå sårbare borgere Større kendskab til samarbejdspartneres indsatser og henvisning dertil Fælles forståelse for forebyggelse og sundhedsfremme Følelse af ejerskab hos samarbejdspartnere
<b>Ledelse</b> Synlig Støttende Interesser	Synlig opbakning fra ledelsen Prioritering af samarbejde på tværs Ledelsen sætter rammer for samarbejdet Effektiv ledelse og vejledning Balance mellem fokus på samarbejde og på driftsopgaver
<b>Målgruppe</b> Motivation Ressourcer	Inddragelse af borgere og lokalsamfund Mulighed for at nå (sårbare) borgere – også gennem apoteket Større sammenhæng i sundhedsvæsenet for borgeren Borgernes engagement i samarbejdet

## **Oversigt over forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser, som apoteker kan levere og samarbejde om**

Både kommuner og apoteker tilbyder forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser rettet mod at forebygge eller opspore sygdom hos borgere eller rettet mod patienter med kronisk sygdom.

I det følgende gives en oversigt over de forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser som apoteket kan levere. Oversigten er tænkt som en hjælp til at afdække, hvad kommune og apotek kan samarbejde om. Oversigten er udarbejdet på baggrund af projektets forundersøgelser og input fra de deltagende kommuner og apoteker.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker indeholder 11 områder, og de listede indsatser dækker alle pakker bortset fra forebyggelsespakken "Indeklima i skoler".

### **Indsatser, der kan forebygge sygdom i at opstå - primær forebyggelse**

- Vaccination:
  - oplysning om vaccination
  - rejsevaccination
  - vaccination mod leverbetændelse, HPV-virus og influenza
  
- Seksuel sundhed:
  - oplysning om prævention og nødprævention samt smitte med seksuelt overførte sygdomme
  - udlevering af prævention og nødprævention
  
- Tobak:
  - oplysning om konsekvenser ved rygning
  - tilbud om rygestop
  
- Overvægt:
  - oplysning om konsekvenser ved overvægt
  - slankehold
  
- Stoffer:
  - udlevering af injektionskit
  - overvåget metadonindtag
  - oplysning om konsekvenser ved misbrug
  
- Solbeskyttelse:
  - oplysning om solskader og solbeskyttelse

### **Indsatser til tidlig opsporing af sygdom - sekundær forebyggelse**

- Screeninger for:
  - misbrug
  - seksuelt overførte sygdomme
  - livsstilssygdomme
  - søvnforstyrrelser
  - ensomhed
  - ernæringstilstand
- Udlevering af testkit til screening for tarmkræft
- Rådgivning og henvisning til relevante indsatser ved:
  - misbrug
  - seksuelt overførte sygdomme
  - livsstilssygdomme
  - søvnforstyrrelser
  - ensomhed
  - truet ernæringstilstand

### **Indsatser til bedring af kronisk sygdom - tertiær forebyggelse**

- Støtte til at gennemføre en lægemiddelbehandling:
  - påmindelse om tid til genudlevering af medicin
  - udbringning af medicin til borgere i hjemmet
  - støtte til at tage medicinen korrekt
  - udlevering af doseringsæsker
  - udlevering af medicinoversigter
  - støtte til at rydde op i medicinen
  - medicingennemgang
  - medicinsamtale til nydiagnosticerede kronikere
- Støtte til egenomsorg:
  - livsstilsrådgivning til kronikere
  - faldforebyggelse
  - rådgivning til ernæringstruede borgere
  - udlevering af hjælpemidler
  - opfølgning efter hospitalsudskrivelse
  - henvisning til patientuddannelse
  - undervisning af borgere med kroniske sygdomme
- Støtte til sundhedsprofessionelle:
  - kvalitetssikring af medicinhåndtering i plejesektor og på botilbud
  - kompetenceudvikling om sygdom, medicin og medicinhåndtering

## Eksempler på samarbejde mellem apoteker og kommuner

De tre eksempler stammer fra de kommuner og apoteker, der deltog i projekt "Sammenhængende sundhedsfremme og forebyggelse – en netværksmodel med kommune, lokalsamfund og apotek". Det drejer sig om apoteker og sundhedsforvaltninger i Ikast-Brande, Slagelse og Gladsaxe Kommuner. Casebeskrivelserne beskriver tre forskellige måder for kommuner og apoteker at samarbejde på.

### Kommune 1

Kommunens sundhedsforvaltning og apotekerne samarbejder om at levere rygestop i fællesskab. Begge parter hjælper med at fylde hinandens hold. Der samarbejdes om særlige kampagner eller temadage, fx Mænds Sundhedsuge. Ældreområdet samarbejder med apoteket om medicingennemgang, dosisdispensering og brug og implementering af Fælles Medicinkort. I dette samarbejde deltager almen praksis også. Apoteksfarmaceuter benyttes til undervisning af borgere i korrekt medicinbrug, KOL/astma og smertestillende medicin. Kommunen bruger også apoteket til udgående aktiviteter, fx rekruttering af borgere til indsatser. Medarbejdere fra sundhedsforvaltningen fortæller, at de betragter apotekspersonalet som kolleger. De henviser her til samarbejdet om rygestop, som har været medvirkende til, at de nu samarbejder om andre ting.

Kommunen har derudover et formaliseret samarbejde med patientforeninger, aftenskoler, og Frivilligcentret, som de holder årlige møder og koordinerer aktiviteter med.

Apoteket beskriver også, at de samarbejder med patientforeninger, der kommer på apoteket i forbindelse med temadage. Apotekeren har siddet i bestyrelsen for den lokale afdeling af Hjerteforeningen, derfor kommer foreningen og måler blodtryk på apoteket.

I virksomhedsgrundlaget for apoteket står, at apoteket vil tilbyde sundhedsydelser og samarbejde lokalt med læger, andre sundhedsprofessioner samt med kommunen, patientforeninger og øvrige foreninger for løbende at tilpasse apotekets ydelser til borgerne og institutionerne.

### Kommune 2

Kommunen og apoteket samarbejder om individuelt rygestop, sundhedsuger og patientundervisning i forbindelse med KOL-rehabilitering. Kommunen afholder udgifterne til uddannelse for apotekets rygestopinstruktør. Kommunen har en samlet kontrakt om rygestop med apotekerne i kommunen.

Kommunen samarbejder med patientforeninger og frivillige foreninger. Samarbejdet er ikke centraliseret, men består af en række parallelle samarbejder, der ofte er person- eller relationsbårne. Der er ikke fælles mødefora.

Apotekeren er repræsentant for Diabetesforeningen i frivilligcentrets bestyrelse og beskriver, at vedkommende har en stærk lokalsamfundsforankring. Vedkommende har været apoteker i mange år og oplever, at det er svært at holde styr på samarbejdspartnere i kommunen. Der er stor udskiftning og hyppig omorganisering.

Som en del af deres vision angiver apoteket desuden, at de tilbyder et relevant udvalg af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ydelser, at de samarbejder med andre aktører i sundhedsvæsenet, med sundheds- og socialektoren og andre relevante instanser, samt at de ønsker at være en troværdig, kompetent og aktiv del af sundhedssektoren.

### **Kommune 3**

Kommunen beskriver samarbejdet med apoteket som meget uformelt. Samarbejdsrelationen holdes ved lige gennem årlige uformelle møder mellem apotekeren og kommunens ældrechef. Det er apotekeren, der plejer at tage initiativ til møderne. På møderne er der gensidig orientering. Kommunen beskriver, at de ikke har været særligt opmærksomme på apoteket som mulig samarbejdspartner.

For få år siden havde apoteket og kommunen et projektrelateret samarbejde om medicin-håndtering og medicingennemgang. Ifølge apotekeren havde kommunen et ønske om, at kommunikationen om medicingennemgangen blev anderledes, og da apoteket imødekom det, kunne samarbejdet fortsætte projektperioden ud.

Apoteket beskriver, at de tidligere har haft samarbejde med kommunen om rygestop. Lige efter kommunalreformen var det apoteket, der stod for kommunens rygestop. Senere fik forebyggelsescentret egne rygestoprådgivere. I en periode supplerede apotekets rygestoprådgivere kommunens, men nu har kommunen selv overtaget alle rygestopaktiviteter.

Aktuelt har apoteket opsat en række af kommunens postkort på apoteket. Postkortene bruger kommunen til at oplyse borgerne om forskellige indsatser. Postkortene omhandler alle emner, hvor kommunen tilbyder en indsats. Sommetider giver postkortene anledning til dialog med kunderne, men apoteket gør ikke noget aktivt i forbindelse med kommunens postkort. De samarbejder desuden i en tværgående gruppe om dosisdispensering. Her deltager almen praksis også. Kommunen har en målsætning om, at halvdelen af borgerne i plejen skal have dosisdispensering.

Som en del af deres virksomhedsgrundlag angiver apoteket, at de samarbejder med andre aktører i sundhedsvæsenet, samarbejder med kommunen om projekter og bidrager til at fremme folkesundheden, at de er en sundhedsbutik, og at de har flere sundhedsydelse af interesse for lokalsamfundet.

## Kort om projektet

Inspirationskataloget blev udarbejdet i forbindelse med projekt "Sammenhængende sundhedsfremme og forebyggelse – kommune, lokalsamfund og apotek".

Projektets sigte var at skabe muligheder for sammenhængende sundhedsfremme og forebyggelse mellem kommuner og apoteker. I denne første del af projektet var fokus på at afdække mekanismer, der påvirker samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme mellem kommune og apotek.

Projektet er baseret på tre forundersøgelser og udvikling af nye idéer til samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse mellem kommune og apotek. De tre forundersøgelser var:

- I: Kommunernes implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser – en litteraturundersøgelse
- II: Apotekers arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme – en litteraturundersøgelse
- III: Afdækning af kommuner og apotekers mulighed for samarbejde

I projektet deltog kommuner og apoteker fra Ikast-Brande, Slagelse og Gladsaxe Kommuner i et seminar, hvor de blev inddraget i udviklingen af visioner for fremtidige samarbejdsformer og -muligheder for kommune, apotek og lokalsamfund.

Resultaterne af udviklingsfasen er præsenteret i rapporten og er viderebearbejdet til dette inspirationskatalog, der kan anvendes af andre kommuner eller apoteker, som ønsker at etablere eller udbygge et lokalt samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme.

Projektets Fase 1 forløb fra 1.4.2016 til 31.12.2016. Projektet blev finansieret af Sundhedsstyrelsens Sundhedsfremmepulje og Danmarks Apotekerforening.

Projektet blev ledet af Pharmakon – Apotekernes Uddannelsescenter, i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning, og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

## Litteratur

Dam P, Bang-Hansen N, Faber NHR, Friese B, Hulvej-Rod M, Langkilde SM, Rossing C, Thomsen LA. Samarbejde mellem kommuner og apoteker om lokal forebyggelse og sundhedsfremme – en afdækning af muligheder. Pharmakon, Komiteen for Sundhedsoplysning, Statens Institut for Folkesundhed 2017.

Brown D, Portlock J, Rutter P. Review of services provided by pharmacies that promote healthy living. Int J Clin Pharm 2012 Jun;34(3):399-409.

Himmelman A. On Coalitions and the Transformation of Power Relations: Collaborative Betterment and Collaborative Empowerment. Am J Comm Psych; 29;2 2001.

Hjære M. Partnerskaber – på vej mod en ny samarbejdskultur? Rapport fra et følgestudie af tre partnerskaber mellem offentlige og frivillige sociale organisationer. Center for frivilligt socialt arbejde 2005.

Høyer-Kruse J, Thøgersen M, Støckel JT, Ibsen B. Offentlige-frivillige partnerskaber omkring børn og fysisk aktivitet. Institut for idræt og biomekanik. Syddansk Universitet 2008.

The partnerships analysis tool. A resource for establishing, developing and maintaining partnerships for health promotion. Victorian Health Promotion Foundation 2016.