

# Sundhedscentre i Danmark – organisering og samarbejdsrelationer

Tina Drud Due  
Susanne Boch Waldorff  
Anne Kristine Aarestrup  
Bjarne Laursen  
Tine Curtis



# Sundhedscentre i Danmark

- organisering og samarbejdsrelationer

Tina Drud Due  
Susanne Boch Waldorff  
Anne Kristine Aarestrup  
Bjarne Laursen  
Tine Curtis



## **Sundhedscentre i Danmark – organisering og samabrejdsrelationer**

Tina Drud Due, Susanne Boch Waldorff, Anne Kristine Aarestrup, Bjarne Laursen, Tine Curtis

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2008.

Gengivelse af uddrag, herunder tabeller og citater er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed.

Omslag: Work of Heart

Forsidefoto: Colourbox

Lay-out: Hanne Mortensen SIF

Tryk: Schultz Grafisk

Oplag: 800 eksemplarer

ISBN: 978-87-7899-135-5

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-136-2

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5 A, 2

1399 København K

Telefon: +45 3920 7777

Fax: +45 3920 8010

E-mail: [sif@si-folkesundhed.dk](mailto:sif@si-folkesundhed.dk)

[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

## Forord

Kommunalreformen i 2007 og den nye sundhedslov har stimuleret udviklingen af et nyt koncept i det danske sundhedsvæsen: Det kommunale sundhedscenter. Centrene står for sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til kommunens borgere, herunder borgere med kronisk sygdom.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse understøttede den kommunale udvikling på området med en økonomisk pulje. 63 kommuner søgte, og 18 af dem fik støtte. Ministeriet bad samtidigt Statens Institut for Folkesundhed om at beskrive de støttede centre og følge implementeringen ud fra særlige fokusområder samt diskutere hensigtsmæssigheden af de forskellige modeller for sundhedscentre, som er udviklet gennem de seneste år.

Det er alt for tidligt at foretage en egentlig forskningsbaseret evaluering af de forskellige centre og deres sundhedsmæssige virkninger på individer og kommunens borgeres sundhedstilstand. Centrene skal fortsat udvikles, finde sit leje og ind i en stabil driftsfase. Med denne rapport er der derfor tale om en allerførste vurdering af centrene, og rapporten beskriver centrene, vurderer implementeringen og indeholder en registerbaseret vurdering af udvalgte effektindikatorer. I en fremtidig vurdering bør det sikres, at den bygger på forskningsbaserede vurderinger af effekten af sundhedscentrenes indsatser, når de nye kommunalbestyrelser er på plads i 2010 og har revurde-

ret den kommunale sundhedspolitik og fundet en mere blivende strukturel og funktionel placering for sundhedscentrene i den samlede opgaveløsning. Endvidere ville det være hensigtsmæssigt at sammenligne kommuner med sundhedscentre med kommuner, som ikke har egentlige sundhedscentre.

Statens Institut for Folkesundhed ønsker at takke de mange medarbejdere i kommunerne samt sundhedscentrenes samarbejdspartnere for konstruktiv medvirken til at registrere oplysninger, godkende beskrivelser af de enkelte centre, deltage i interviews med videre.

Desuden skal medlemmerne af en følgegruppe takkes for kvalificerede input undervejs i forløbet. Følgegruppen bestod af direktør Charlotte Fuglsang, Danmarks Lungeforening, afdelingsleder Ole Gregersen, Socialforskningsinstituttet, vicedirektør Henrik Hauschildt Juhl, DSI – Dansk Institut for Sundhedsvæsen, direktør Kirsten Kenneth Larsen, Dansk Sygeplejeråd, assisterende læge Bente Møller, Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen (afdelingslæge Jean Hald Jensen indtil maj 2007), praktiserende læge, forskningsleder, adjungeret professor Frede Olesen, Forskningsenheden for Almen Medicin / formand for Kræftens Bekæmpelse, konsulent Lise Holten, Kommunernes Landsforening (chefkonsulent Helle Schnedler indtil marts 2008) og direktør Susanne Volqvartz, Hjerteforeningen.

Projektet er gennemført med Susanne Boch Waldorff som projektleder og Tine Curtis som forskningsleder. Tina Drud Due og Anne Kristine Aarestrup har deltaget i dataindsamlingen fra efteråret 2007 samt i analyse og rapportskrivning i 2008, mens Bjarne Laursen har stået for registeranalyserne. Jens Kristoffersen og Mette Tuxen Faber deltog i dataindsamling og indledende analyser i 2007.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriet, har finansieret projektet.

København, august 2008

Finn Kamper-Jørgensen  
Direktør  
Statens Institut for Folkesundhed  
Syddansk Universitet

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Resume</b> .....	<b>11</b>
English Summary.....	12
<b>3. Sundhedscentrenes aktiviteter og organisering</b> .....	<b>13</b>
Aktiviteter .....	14
Organisering .....	15
Opsamling.....	17
<b>4. Implementering</b> .....	<b>18</b>
Opsamling.....	19
<b>5. Samarbejdsrelationer</b> .....	<b>21</b>
Praktiserende læger .....	21
Sygehus .....	22
Frivillige organisationer (patientforeninger og idrætsorganisationer) .....	23
Kommunale enheder .....	23
Private samarbejdspartnere .....	25
Øvrige samarbejdspartnere .....	25
Opsummering med diskussion .....	25
<b>6. Sammenhæng i indsatsen</b> .....	<b>28</b>
Kommunernes vurderinger af sammenhæng .....	28
Henvielse til eller henvendelse i sundhedscentret .....	29
Kommunikation og information .....	30
Arbejdsdeling .....	30
Sundhedscentrets opfølgning på borgerne .....	32
Opsamling med diskussion .....	33
<b>7. Diskussion af løsningsmodellens hensigtsmæssighed</b> .....	<b>35</b>
Patientrettede sundhedscentre .....	35
Borgerrettede sundhedscentre .....	38
Patientrettede og borgerrettede sundhedscentre .....	40
Opsummering .....	41
<b>8. Analyse af sundhedscentrenes betydning for brug af sundhedsydelser</b> .....	<b>43</b>
Resultater .....	43
Opsamling med diskussion .....	48

<b>9. Beskrivelser af de enkelte centre .....</b>	<b>51</b>
Bornholms Regionskommune .....	52
Brønderslev Kommune .....	58
Fredensborg Kommune .....	64
Faaborg-Midtfyn Kommune .....	69
Hillerød Kommune .....	75
Horsens Kommune .....	78
Københavns Kommune .....	84
Lyngby-Taarbæk Kommune .....	89
Næstved Kommune .....	95
Odense Kommune .....	101
Odsherred Kommune .....	107
Ringkøbing-Skjern Kommune .....	112
Samsø Kommune .....	118
Sønderborg Kommune .....	122
Vejle Kommune .....	127
Vesthimmerlands Kommune .....	130
Vordingborg Kommune .....	136
Århus Kommune .....	142
<b>10. Sammenfatning og anbefalinger .....</b>	<b>147</b>
Sammenfatning .....	147
Karakteristisk af sundhedscentrene .....	147
Implementering .....	148
Samarbejdsrelationer .....	148
Sammenhæng i indsatsen .....	149
Ændring i kontakt til sundhedssystemet .....	150
Hensigtsmæssige løsningsmodeller .....	151
Perspektivering af rapporten .....	152
Anbefalinger .....	152
<b>11. Metode .....</b>	<b>156</b>
Interviews .....	156
Registreringer fra sundhedscentrene .....	156
Registeranalyser .....	157
<b>12. Litteratur .....</b>	<b>160</b>
<b>Bilag. Oversigt over bevillinger .....</b>	<b>161</b>

---

# 1. Indledning

Kommunale sundhedscentre repræsenterer en ny struktur i det danske sundhedsvæsen, og sundhedscenterbegrebet danner rammen om en bred lokal tolkning af, hvorledes de nye kommunale opgaver inden for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering konkret kan organiseres og udformes.

I 2005 afsatte Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse puljemidler til forsøg med sundhedscentre, og ud af 63 ansøgninger fik 18 sundhedscentre bevilget puljemidler. De 18 sundhedscentre repræsenterer forskellige løsninger med hensyn til centrenes struktur, aktiviteter, målgrupper og samarbejdspartnere, og de er geografisk fordelt over hele landet.

## Kommunalreformen

Med den nye sundhedslov og Kommunalreformen, der trådte i kraft den 1. januar 2007 blev der defineret en ny fordeling af opgaver mellem staten, fem nye regioner og 98 kommuner. Blandt kommunernes nye opgaver hører sundhedsfremme og forebyggelse, rehabilitering, pleje samt genoptræning, der ikke foregår under sygehusindlæggelse. Selvom de 18 sundhedscentre, der fik puljemidler, blev igangsat allerede inden Kommunalreformen trådte i kraft, er centrene udviklet inden for reformens overordnede ramme, idet sundhedscentrene er etableret samtidig med Kommunalreformens planlægning og videreudviklet efter reformens ikrafttræden.

Af sundhedsloven fremgår følgende om arbejdsdelingen mellem kommune og region i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme.

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2. (Sundhedsloven, juni 2005)

I bemærkningerne til lovforslaget til sundhedsloven står desuden, at: *"Forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, varetages fremover af kommunerne."* (Forslag til Sundhedsloven, februar 2005).

Der fremgår imidlertid ikke i lovteksten en ensartet og endelig arbejdsdeling mellem region og kommune. Kommuner og regioner er dog forpligtede til at samarbejde om at skabe sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. Der skal derfor udarbejdes obligatoriske sundhedsaftaler, som blandt andet skal indeholde aftaler om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder en afklaring af arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelsesindsats.

Begreberne borgerrettet og patientrettet forebyggelse fremgår første gang i en lovtekst i bemærkningerne til lovforslaget til sundhedsloven. De to begreber er beskrevet således: *"Kommunernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område omfatter dels en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens even-*



*tuelle komplikationer (patientrettet forebyggelse)”. (Forslag til Sundhedsloven, februar 2005).*

Angående den borgerrettede forebyggelse nævnes i bemærkningerne til lovforslaget til sundhedsloven, at rygning, alkohol, sund kost, svær overvægt, fysisk aktivitet, forebyggelse af ulykker samt seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter, er væsentlige indsatsområder. Angående den patientrettede forebyggelse beskrives store samfundsmæssige udfordringer de kommende år i forhold til indsatsen for kronisk syge personer. Diabetes type 2, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-karsygdom, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og KOL nævnes i denne forbindelse. Der beskrives desuden et behov for tilpasninger i sundhedsvæsenets indsats, hvor behandlingen optimeres, borgerne med kronisk sygdom lærer at tage bedst muligt vare på sig selv, og der etableres sammenhængende patientforløb.

Sundhedscentre indgår i den politiske aftale om Kommunalreformen som en mulig ramme for at løfte de nye kommunale sundhedsopgaver. Konceptet er dog ikke nærmere defineret. Det oplyses at, *”Kommunerne skal kunne etablere nye løsninger på især forebyggelses- og genoptræningsområdet, f.eks. i form af sundhedscentre”* (Aftale om Strukturreform, august 2004).

Sundhedscentre er ikke direkte omtalt i sundhedsloven, men sundhedscentre, som en mulig organiseringsform, omtales i bemærkningerne til lovforslaget. Konceptet er heller ikke her nærmere defineret. I bemærkningerne formuleres at, *”Der kan på pleje-, forebyggelses – og genoptræningsområdet være gevinster i form af styrket kvalitet, tværfaglighed, rekruttering eller stordriftsfordele mv. ved organisatorisk samling af opgaveløsningen i sundhedscentre el.lign. efter lokale behov.” samt at, ”Rammerne om indsatsen kan tilrettelægges på forskellige måder, fx i form*

*af et sundhedscenter.”* (Forslag til Sundhedsloven, februar 2005).

Kommunerne har dermed fået rig mulighed for at tolke sundhedscenterbegrebet ind i en lokal sammenhæng og udvikle modeller, som på forskellige vis forholder sig til lokale problemstillinger. Der er lagt op til, at kommunerne iværksætter pilotprojekter og gør sig erfaringer med forskellige modeller.

## Puljemidler

Etableringen af kommunale sundhedscentre er blevet understøttet økonomisk, idet der i 2005 blev afsat 100 mio. kr. i form af centrale puljemidler til forsøg med sundhedscentre. Puljemidlerne stammer fra Finansloven 2005 og Kræftplan II og administreres af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Selvom det var meget åbent, hvordan sundhedscentre kunne organiseres, prioriterede Ministeriet i fordelingen af puljemidlerne sundhedscentre, der ville understøtte den enkelte borgers oplevelse af sammenhængende tilbud. Ministeriet ønskede, at sundhedscentrene blev indpasset i sundhedsvæsenets samlede opgaveløsning, og der blev derfor lagt vægt på projekter, hvor samarbejde med sygehus og almen praksis indgik. Kommunerne fremsendte i alt 63 ansøgninger til Ministeriet om støtte til etablering af sundhedscentre. Den endelige fordeling af midler blev aftalt mellem Dansk Folkeparti og Regeringen og meldt ud den 31. august 2005. I alt 18 sundhedscentre fordelt geografisk over hele landet fik bevilget puljemidler.

De 18 udvalgte kommuner blev samtidig med bevilgningen bedt om at bidrage til en løbende formidling af resultater og erfaringer, således at andre kommuner kunne få kvalificeret input i oprettelsen af lokale sundhedscentre. Kommunerne blev desuden bedt om

at gennemføre evalueringer af det enkelte sundhedscenter samt indgå i en tværgående vurdering af de 18 sundhedscentre med fokus på fælles problemstillinger.

## En vurdering af puljemidlernes anvendelse

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) fik af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til opgave at gennemføre en vurdering af puljemidlernes anvendelse. Nærværende rapport beskriver resultatet af dette arbejde. Rapporten har fokus på tværgående forhold fra de 18 sundhedscentre og omfatter ikke en evaluering af de enkelte centre.

I vurderingen af puljemidlernes anvendelse er fokus rettet mod

- om implementeringen følger planerne som beskrevet i ansøgningerne til ministeriet
- om centrene indpasses i sundhedsvæsenets samlede opgaveløsning
- om der skabes velfungerende samarbejdsrelationer
- om der skabes effektive og sammenhængende forløb for borgerne.

Det er urealistisk på nuværende tidspunkt, at foretage en egentlig effektvurdering herunder af de sundhedsmæssige resultater, idet sundhedscentre kun har eksisteret i en kort periode. Der er dog foretaget analyser af enkelte effektindikatorer på befolkningsniveau til forsigtige vurderinger af, hvorvidt sundhedscentre på nuværende tidspunkt kan have medvirket til en ændring i kontakten til sygehus og almen praksis.

Rapporten skal desuden bidrage til den aktuelle udvikling af sundhedscentre, hvor igennem forskellige løsningsmodeller afprøves og udvikles. Rapporten

indeholder derfor en diskussion af hensigtsmæssigheden af de forskellige løsningsmodeller. Det er ikke formålet at pege på én løsningsmodel – én type sundhedscenter som vil være hensigtsmæssig i alle kommuner og egnet til at varetage alle typer af opgaver. Det er derimod formålet at diskutere fordele og ulemper, samt forhold kommunerne bør være sig bevidst ved valg af sundhedscentermodel.

Rammerne for vurderingen af puljemidlernes anvendelse har været på 1,1 mio. kr. Rapporten er baseret på tre forskellige informationskilder. Der er foretaget kvalitative interviews i 2006 og 2008 med fokus på centrenes implementering, samarbejdsrelationer og valg af løsningsmodel. Interviewene er foretaget med sundhedscenterpersonale, politisk ansvarlige, forvaltningsansvarlige samt centrets nærmeste samarbejdspartnere.

Sundhedscentre har af to omgange indsendt registreringer af deres organisering og aktiviteter for henholdsvis 2006 og 2007. Der er desuden foretaget registeranalyser til en forsigtig vurdering af, om centrene medvirker til, at der sker en ændring i indlæggelser på sygehus samt ydelser i almen praksis. De tre informationskilder er beskrevet yderligere i rapportens metodekapitel.

Udover nærværende rapport har SIF tidligere udsendt et statusnotat samt to nyhedsbreve, der formidler instituttets indtryk af sundhedscentrenes aktiviteter, organisering og udfordringer.

## Rapportens struktur

Rapporten indledes med et resume med angivelse af de væsentligste informationer. Herefter følger fire tværgående kapitler om sundhedscentrenes aktiviteter og organisering, implementering, samarbejdsrelationer, sammenhæng i indsatsen samt et kapitel med en

---

## Indledning

---

diskussion af fordele og ulemper ved forskellige løsningsmodeller. Derefter følger et kapitel med enkelte effektindikatorer på befolkningsniveau på baggrund af registeranalyser. Endelig et kort kapitel om hvert af de 18 centre omhandlende deres formål, aktiviteter og organisering samt vurderinger om det enkelte centre i forhold til rapportens undersøgelsesspørgsmål. Til slut i rapporten indgår en sammenfatning og en række anbefalinger.

---

## 2. Resume

Med Kommunalreformen fra januar 2007 blev kommunerne anbefalet at gøre forsøg med sundhedscentre som en organisatorisk ramme om nye sundhedsopgaver. Der blev samtidig afsat i alt 100 mio. kr. til medfinansiering af 18 kommuners sundhedscentre. Denne rapport, der er finansieret af Ministeriet for sundhed og forebyggelse, indeholder en vurdering af sundhedscentrenes implementering, samarbejdsrelationer, etablering af sammenhængende forløb samt indpasning i sundhedsvæsenets opgaveløsning. Desuden indgår en forsigtig vurdering af, om sundhedscentrene har medvirket til ændringer i borgernes kontakt til sygehus og almen praksis samt en diskussion af løsningsmodellerne. Rapporten bygger på interviews, skriftligt materiale fremsendt af de medvirkende kommuner samt registeranalyser.

De 18 sundhedscentre har i forskelligt omfang fokus på både patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Den patientrettede forebyggelse består oftest i forløb med undervisning om sygdomme, kost- og motionsvejledning samt fysisk træning. Den borgerrettede forebyggelse fokuserer på kost, rygning samt motion og omfatter sundhedstjek, vejledning samt rammeskabende aktiviteter. De fleste patientrettede aktiviteter forudsætter oftest henvisning, mens de borgerrettede aktiviteter er åbne tilbud. Sundhedscentrene har ansat tværfaglige personalegrupper. Hovedparten af centrene er placeret i bygninger og har eventuelt udgående aktiviteter, mens en mindre del er murstensløse organisationer.

Sundhedscentrene har implementeret planerne, som beskrevet i projektbeskrivelser godkendt af ministeriet. Centrene har dog gjort erfaringer med forskellige aktiviteter og har på den baggrund justeret og afgrænset opgaverne. Udfordringer i samarbejdet med andre sundhedsaktører samt en vis usikkerhed i opgavefordelingen efter kommunalreformen synes at have udgjort en barriere for centrenes implementering. Omvendt har en stor offentlig og politisk op-

mærksomhed samt et stort engagement blandt medarbejderne fremmet etableringen.

Sundhedscentrenes relationer til forskellige samarbejdspartnere har udviklet sig positivt. I starten informerede og henviste de praktiserende læger ikke patienter til centrene i det ønskede omfang, hvilket især skyldtes en manglende viden om centrene. Lægerne udgør nu en væsentlig samarbejdspartner. Centrene samarbejder derudover med kommunale forvaltninger, herunder daginstitutioner, hjemmepleje og sygedagpengeområdet, mens sygehusene udgør en mindre samarbejdspartner. Endelig samarbejdes der med frivillige organisationer om supplerende tilbud for borgerne, samt med private aktører om afgrænsede driftsopgaver så som rygestop og sundhedsskole.

Sundhedscentrene vurderes at udgøre et nyt og supplerende tilbud. Der kan med fordel udvikles en mere klar arbejdsdeling internt i kommunen og mellem kommune og region for at understøtte sammenhæng og optimal udnyttelse af ressourcerne. Enkelte steder beskrives det, at der er skabt mere sammenhæng for borgerne. Sammenhængen er især udviklet i patientrettede forløb, hvor en formel henvisningspraksis binder det enkelte sundhedscenter sammen med de henvisende parter. Flere steder efterlyses elektroniske kommunikationssystemer, der kan understøtte den løbende koordinering mellem sundhedscenter, praktiserende læge og sygehus.

Det er urealistisk på nuværende tidspunkt at foretage en egentlig vurdering af sundhedscentrenes effekt, men via registeranalyser er det undersøgt, hvorvidt der er sket en ændring i borgernes kontakt til almen praksis og indlæggelser for KOL, diabetes og blodprop i hjertet, samt om der er forskelle mellem de kommuner, der har fået bevilget puljemidler, og de øvrige kommuner i Danmark. Det eneste sted, der findes en association, er ved sundhedscentre med en diabetesindsats, hvor der er sket et fald i diabetes-

indlæggelse, mens der er en stigning i resten af Danmark. Det skal dog understreges, at andre diabetesindsatser i regionalt eller kommunalt regi kan være medvirkende til at forklare den observerede udvikling.

Rapporten indeholder en diskussion af fordele og ulemper ved patientrettede, borgerrettede samt patient- og borgerrettede sundhedscentre. Det understreges, at kommunerne har forskellige vilkår, og at det derfor ikke er intentionen at pege på én løsning, der er den rigtige for alle kommuner. Det fremhæves, at det kan være hensigtsmæssigt at placere et patientrettet sundhedscenter i egne bygninger for at sikre synlighed og adgang til lokaler. For de borgerrettede centre er det afgørende at nå ud til borgerne, og her kan en murstensløs organisation være en for-

del. Ved et sundhedscenter, hvor borger- og patientrettet forebyggelse er samlet, skal centret arbejde aktivt for at synergi og sammenhæng bliver en realitet frem for potentielle ulemper i form af unødigt kompleksitet og uoverskuelighed.

Fremover bør det overvejes at analysere effekten af sundhedscentrenes enkelte indsatser mere direkte samt borgernes oplevelser af centrenes indsats. Desuden vil det være relevant at undersøge, om organiseringen sikrer, at de relevante målgrupper nås samt de økonomiske aspekter ved indsatsen.

Afslutningsvis lister rapporten en række anbefalinger op med henblik på at inspirere kommuner og samarbejdspartnere i udviklingen af sundhedscentre fremover.

## English Summary

A health care centre is an organizational model recommended as part of the reform of the Danish public sector that took effect in January 2007. The health care centre embraces municipal health promotion and disease prevention. This report describes 18 different health care centres. The report analyzes whether the centres are being integrated in the existing health care sector, the centres' relations with collaborating partners such as general practitioners, hospitals, patient and sports organizations, other municipal institutions, etc.,

as well as the centres' contribution to the creation of coherence within the health care sector. It is not yet possible to analyze the effect of the health care centres. However, the report does include an analysis of changes in the citizens' use of general practitioners and hospitals. Finally, the advantages and disadvantages of different organizational models are discussed. The report is financed by the Ministry of Health and based on interviews conducted in 2006 and 2008, archival data forwarded by all included municipalities, and analysis of national statistical data.

---

### 3. Sundhedscentrenes aktiviteter og organisering

De 18 sundhedscentre er meget forskellige i forhold til fokus, aktiviteter og organisering. En inddeling af sundhedscentrene i typer kan gøres på forskellige måder med udgangspunkt i eksempelvis aktiviteter eller organisation med mere eller mindre detaljerede grupperinger. I denne rapport er centrene inddelt ud fra deres fokus på henholdsvis borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Dette er valgt med afsæt i sundhedsloven, hvor der skelnes mellem borger- og patientrettet forebyggelse, og fordi de fleste kommuner i etableringen af de nye sundhedscentre har haft en afvejning mellem disse to fokusområder.

#### **Centertype 1 for patientrettet forebyggelse**

For denne type sundhedscenter er kerneopgaven at varetage forebyggelse målrettet borgere med en kronisk sygdom. To af de 18 centre hører under denne centertype.

#### **Centertype 2 for borgerrettet forebyggelse**

Fokus for denne centertype er borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, som skal fremme borgernes sunde livsstil, og forebygge at sygdom opstår. Fire af de 18 centre hører under denne centertype.

#### **Centertype 3 for borgerrettet og patientrettet forebyggelse**

Denne type sundhedscenter har indsatser inden for både borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse og patientrettet forebyggelse i forhold til kronisk syge. 12 af de 18 centre hører under denne centertype. Selvom de fleste af sundhedscentrene er placeret i denne model, er der forskel i deres vægtning af de to områder samt deres målgrupper og aktiviteter. Yderpunkterne er centre, som kun har meget begrænsede aktiviteter inden for det ene område. Eksempelvis har sundhedscentrene i Fredensborg, Lyngby-Taarbæk, Samsø og Vordingborg Kommune primært borgerrettede tilbud, hvor sundhedscentret i Århus Kommune primært har patientrettede tilbud.

Der er ingen overordnede forskelle i, hvilke typer af patientrettede aktiviteter der tilbydes i centre, der kun har patientrettet forebyggelse sammenlignet med de centre, der har både borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Heller ikke inden for den borgerrettede forebyggelse er der generelle forskelle i de borgerrettede aktiviteter blandt de centre, der kun har borgerrettet forebyggelse, og de der samtidig tilbyder patientrettet forebyggelse. Der er dog en tendens til, at de centre, der kun er borgerrettede, har mere fokus på kompetenceudvikling blandt kommunens ansatte end de centre der også er patientrettede.

I forhold til denne inddeling i typer af centre skal det understreges, at afgrænsningen mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse ikke er entydig. Deltagerne i de borgerrettede tilbud kan både være borgere, der ikke endnu er syge, men har behov for livsstilsændringer, eksempelvis rygestop og motionstilbud og borgere med en kronisk sygdom. Deltagerne i de borgerrettede tilbud kan desuden i forskellig grad have symptomer eller være i risiko for sygdom uden dog at have en diagnose. Nogle borgerrettede tilbud til overvægtige minder desuden meget om de patientrettede forløb, der omfatter kost og motionsaktiviteter. Omvendt kan borgere med en kronisk sygdom, som modtager patientrettede tilbud, modtage borgerrettede tilbud, mens de er i et forløb eller efterfølgende som en overgang til, at borgerne selv skal stå for eksempelvis fysisk træning.

Ud over de aktiviteter, hvor sundhedscentrene er i direkte kontakt med borgerne, har flere af centrene desuden opgaver, som ikke er aktivitetsbaserede. Det drejer sig blandt andet om udarbejdelse af kommunale sundhedsprofiler, sundhedspolitikker samt projektudvikling og udarbejdelse af projektansøgninger.

### Aktiviteter

#### Patientrettede aktiviteter

Der er overordnet to typer af patientrettede forløb, rehabiliteringsforløb og patientuddannelse. Sundhedscentre med patientrettede indsatser tilbyder oftest rehabiliteringsforløb med undervisning om konkrete sygdomme, kost- og motionsvejledning samt fysisk træning. Der er dog variationer imellem centrene i forhold til, hvordan forløbene organiseres. I nogle centre er hele forløbet baseret på information, mens der andre steder er information kombineret med eksempelvis fysisk træning. Enkelte centre tilbyder desuden madlavningskurser eller indkøbsture i forbindelse med kostvejledningen. I de fleste centre er holdene diagnoseopdelt, mens de andre steder er etableret på tværs af diagnoser. Principperne for og tilrettelæggelsen af undervisningen og kursernes varighed varierer ligeledes mellem centre, da centrene selv har udviklet deres tilbud ud fra personalets viden og erfaringer samt inspiration fra andre centre og Sundhedsstyrelsen. Målgrupperne er oftest borgere med diabetes eller KOL og mindre hyppigt borgere med hjertekarsygdom. De fleste sundhedscentre har tilbud til borgere med flere forskellige slags kronisk sygdom, mens Sundhedscentret for Kræft i København adskiller sig ved kun at have fokus på borgere med kræft. Der er desuden grupper, som kun et eller to centre har indsatser for, som blandt andet borgere med rygsmerter og depression.

Omkring en tredjedel af centrene tilbyder patientuddannelsesprogrammet "Lær at leve med kronisk sygdom", som er et kursus af 15 timer fordelt på 6 moduler, som henvender sig til mennesker med kroniske sygdomme på tværs af diagnoser samt til pårørende. Patientuddannelsesprogrammet er udviklet på Stanford University og formålet med programmet er at styrke borgerne ressourcer til aktiv egenomsorg og daglig håndtering af hverdagen med en kronisk sygdom

herunder de fysiske og psykiske problemer, den medfører. Kurset ledes af frivillige instruktører, der selv har en eller flere kroniske sygdomme. Instruktørerne har gennemgået en standardiseret instruktøruddannelse og underviser efter en struktureret undervisningsmanual. Eksempler på emner er selvhjælpsteknikker, træthed, smerter, at spise sundt og samarbejde med sundhedsvæsenet. Kurset omhandler ikke specifikke sygdomme, der er ikke praktisk undervisning i eksempelvis gymnastik, og der er ikke sundhedsfaglige undervisere, som kan svare på sundhedsfaglige problemstillinger ([www.patientuddannelse.info](http://www.patientuddannelse.info), Guide til patientuddannelse).

I flere sundhedscentre er der desuden diagnoseopdelte netværksgrupper, hvor borgere med en kronisk sygdom efter et forløb i centret mødes uformelt og deler oplevelser og erfaringer. Via disse grupper kan deltagerne eksempelvis yde støtte til hinanden og motivere og hjælpe hinanden til at iværksætte og fastholde eventuelle livsstilsændringer. Netværksgrupperne er tilbud, som udbydes af patientforeninger, men som flere steder finder sted i sundhedscentrenes lokaler ([www.diabetesforeningen.dk](http://www.diabetesforeningen.dk)).

I sundhedscentret i Horsens Kommune er der desuden en akutstue til ældre mennesker, der er for raske til at være på sygehuset men for syge til at være hjemme. I Vesthimmerland og Brønderslev Kommune er den kommunale genoptræning desuden placeret i sundhedscentret.

#### Borgerrettede aktiviteter

Målgruppen for de borgerrettede aktiviteter er generelt alle kommunens voksne borgere. Dog gælder for sundhedscentret i Odense Kommune, at det har fokus på borgere i Vollsmose, hvor centret er placeret, altså primært er etniske minoriteter. Enkelte andre sundhedscentre har desuden aktiviteter til særlige grupper så som sygedagpengemodtagere, kvinder

med anden etnisk baggrund og socialt udsatte. Enkelte sundhedscentre har også undervisning i skoler, tilbud om barselshold, forældreuddannelse eller forebyggende besøg hos børnefamilier.

Inden for den borgerrettede forebyggelse tilbydes der forskellige typer af aktiviteter. Nogle aktiviteter er kendetegnet ved, at borgerne kommer til sundhedscentret såsom sundhedstjek og forløb for overvægtige, mens andre aktiviteter er kendetegnet ved, at sundhedscentret møder borgerne i dagligdagen gennem eksempelvis undervisning i skoler og kompetenceudvikling af personale i forvaltninger eller institutioner. Der er desuden aktiviteter, som nogle centre har valgt at afholde i selve sundhedscentret, mens andre har valgt at tilbyde aktiviteter på forskellige institutioner eller lokaler i kommunen. Det kan blandt andet være rygestopkurser og motionsaktiviteter.

Sundhedscentrene med borgerrettede aktiviteter har generelt fokus på KRAM-faktorerne – Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Aktiviteter på alkoholområdet er dog begrænset, idet det kun forekommer i tre af sundhedscentrene. De aktiviteter, der er mest typiske inden for den borgerrettede forebyggelse, er sundhedstjek, hvor borgerne får testet forskellige aspekter af deres sundhed, kostvejledning, motionsrådgivning og motionsaktiviteter, tilbud til overvægtige børn samt rygestopkurser. Størstedelen af sundhedscentrene har desuden forskellige enkeltstående aktiviteter som foredrag, temadage og cykelløb. Omkring en tredjedel af centrene tilbyder kompetenceudvikling af kommunens personale i institutioner, skoler og aktivitetscentre. Næsten halvdelen har sundhedstjek på arbejdspladser (kommunale og private virksomheder) eller motionstilbud til udvalgte kommunale arbejdspladser. Der er desuden aktiviteter, som kun tilbydes på ét enkelt center, eksempelvis har ét center har supplerende seksualundervisning, og ét center har køkkenhaver for børn og deres bedsteforældre.

## Organisering

### Sundhedscentrenes placering i den kommunale organisation

Næsten alle sundhedscentrene er organisatorisk placeret som en del af kommunens sundhedsforvaltning eller fagcenter. I nogle kommuner er forvaltningen udelukkende en sundhedsforvaltning, mens det i andre kommuner eksempelvis er en sundheds- og omsorgsforvaltning eller en social og sundhedsforvaltning. Det er desuden forskelligt, hvilke områder der er i forvaltningen, eksempelvis kan børns sundhed og ældreområdet være placeret i samme forvaltning som sundhedscentret eller i andre forvaltninger. Enkelte sundhedscentre er ikke placeret i sundhedsforvaltningen men andre steder i kommunens organisation. I Odense Kommune er sundhedscentret placeret i Direktørsekretariatet i Borgmesterforvaltningen og i Vejle Kommune var sundhedscenterprojektet, da det eksisterede, placeret i kommunens arbejdsmarkedsafdeling. Næsten alle sundhedscentrene har nedsat en styregruppe, med repræsentation fra relevante samarbejdspartner internt i kommunen og eksternt blandt andet sygehus og almen praksis.

### Personale

Generelt er sundhedscentrene bemandedet med tværfaglige personalegrupper. De hyppigste personalegrupper i sundhedscentrene er sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og administrativt personale. I et mindre antal centre er der desuden ansat akademisk personale, ergoterapeuter, socialrådgivere og psykologer. I de fleste centre er lederen af sundhedscentrene en sygeplejerske eller fysioterapeut ofte med en mastergrad som overbygning. I enkelte centre er lederen læge eller har en anden akademisk grunduddannelse.



## Henvisning

I de fleste sundhedscentre er der til de patientrettede aktiviteter et krav om henvisning, mens de borgerrettede aktiviteter er åbne tilbud, hvor borgerne selv kan henvende sig. I centertypen med både patientrettet og borgerrettet tilbud er der oftest henvisningskrav til den patientrettede del, mens der er åben adgang til den borgerrettede del. Sundhedscentrenes henvisningspraksis er uddybet i kapitel 7.

## Centrenes fysiske placering

De tre centertyper afspejler forskelle i opgavefokus, men centrene adskiller sig også i måden, hvorpå de fysisk er organiseret. En variant er centre med en fysisk placering i egne bygninger, hvor alle tilbuddene er placeret. En anden variant er centre, som udelukkende har udgående funktioner, og kan beskrives som murstensløse sundhedscentre, hvor personalet har base på rådhuset, mens aktiviteterne foregår på kommunens skoler, dagcentre, plejecentre og ude i

naturen. En tredje variant er, at sundhedscentre, som har en bygning, også har nogle udgående aktiviteter i lokaler og miljøer forskellige steder i kommunen. Der er desuden centre, både murstensløse centre og centre med en bygning, som har valgt at have en bus. Bussen bruges som et redskab til at komme i kontakt med en bredere borgergruppe, idet den kører rundt i kommunen til blandt andet institutioner og markedspladser. Busserne anvendes ofte til sundhedstjek og informationsformidling. Sundhedscentrenes fysiske organisering hænger overordnet sammen med kommunens lokale rammer og vilkår så som valg af fokus på borgerrettede eller patientrettede indsatser, geografisk størrelse og tilgængelige lokaler.

De tre centertyper kan inddeles i forhold til deres organisering, som skitseret. Centertypen målrettet borgerrettet forebyggelse er primært organiseret som murstensløse sundhedscentre. Sundhedscentret i Odense er det eneste af denne centertype, der er placeret i en bygning. Sundhedscentrene i Fredensborg og Lyngby-Taarbæk Kommune er også murstensløse

Tabel 3.1 Sundhedscentrenes organisering.

	Center i bygning	Murstensløse center	Center i bygning og udgående aktiviteter
Borgerrettet	Odense	Faaborg-Midtfyn Hillerød Vejle	
Patientrettet	København Sønderborg		
Borger- og patientrettet	Samsø Bornholm Næstved Vordingborg Vesthimmerlands Horsens Århus	Fredensborg Lyngby-Taarbæk	Brønderslev Ringkøbing-Skjern Odsherred

centre, og selvom de har visse patientrettede aktiviteter, har de primært fokus på de borgerrettede aktiviteter. Både sundhedscentret i København og Sønderborg Kommune, som kun har patientrettet forebyggelse, samt hovedparten af centrene med både borgerrettet og patientrettet forebyggelse er primært placeret i bygninger. Det skal bemærkes, at inddelingen bygger på oplysninger om bevillingens anvendelse. Der kan således være visse udgående aktiviteter i centre primært placeret i bygninger. Varianten med en bygning og udgående aktiviteter benyttes kun af centre, der har fokus på både borgerrettet og patientrettet forebyggelse.

## Opsamling

De 18 sundhedscentre er meget forskellige i forhold til fokus, aktiviteter og organisering. De 18 sundhedscentre er dog i denne rapport inddelt i tre typer – centre med fokus på patientrettet forebyggelse, centre med fokus på borgerrettet forebyggelse og centre med fokus på begge typer forebyggelse. Størstedelen af sundhedscentrene har fokus begge slags forebyggelse, men med forskellig vægtning af de to områder.

Den patientrettede forebyggelse består oftest i forløb med undervisning om konkrete sygdomme, kost- og motionsvejledning samt fysisk træning. Målgrupper-

ne er oftest borgere med diabetes og KOL og mindre hyppigt borgere med hjertekarsygdom. En anden type patientrettet forebyggelse er patientuddannelse, hvor borgere med en kronisk sygdom undervises af medpatienter på tværs af diagnoser i håndtering af kroniske sygdomme. Den borgerrettede forebyggelse har generelt fokus på KRAM-faktorerne – Kost, Rygning, Alkohol og Motion – og tilbyder sundhedstjek, vejledning, aktiviteter og kurser samt eventuelt rammeskabende aktiviteter. Målgruppen for de borgerrettede aktiviteter er generelt alle kommunens borgere, men enkelte centre har desuden fokus på særlige målgrupper. Til de fleste patientrettede aktiviteter er der krav om henvisning, mens de borgerrettede aktiviteter er åbne tilbud.

Sundhedscentrene har generelt ansat tværfaglige personalegrupper, hvor de hyppigste personalegrupper er sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og administrativt personale. Hovedparten af centrene har en fysisk placering i egne bygninger, hvor de fleste af tilbuddene er samlet. Andre centre er murstensløse, hvor personalet har base på rådhuset, mens aktiviteterne foregår decentralt i kommunen eventuelt ved hjælp af en bus. Nogle af centrene placeret i egne bygninger tilbyder også aktiviteter forskellige steder i kommunen. Næsten alle sundhedscentre er organisatorisk placeret som en del af kommunens sundhedsforvaltning eller fagcenter.

---

## 4. Implementering

I flere af projektbeskrivelserne er der ikke detaljerede beskrivelser af aktiviteterne men i højere grad overordnede beskrivelser af nogle indsatsområder. De oprindelige projektbeskrivelser var karakteriseret ved at omfatte mange forskellige typer af aktiviteter og målgrupper, og ofte stod det angivet, at kommunen ønskede at foretage en konkretisering af aktiviteterne i forbindelse med udviklingen og implementeringen af sundhedscentret. De overordnede beskrivelser gør det i flere tilfælde vanskeligt at vurdere, hvorvidt centrene har implementeret planerne som beskrevet. Vurderingen er således baseret på centrenes egne beskrivelser af implementeringen samt de overordnede indsatsområder i projektbeskrivelserne.

Sundhedscentre har generelt implementeret planerne, som de oprindeligt blev beskrevet i kommunernes projektbeskrivelser indsendt til Ministeriet. Centrene har således iværksat og prøvet kræfter med mange forskellige opgaver inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Nogle centre har valgt at igangsætte få aktiviteter inden for hvert område beskrevet i centrets projektbeskrivelse, mens andre fra start har foretaget en prioritering af indsatserne.

De fleste sundhedscentre havde planer om at tilbyde både borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Af sundhedscentrenes registreringer fremgår det imidlertid, at den patientrettede del i flere centre har fået en mindre prioritering end oprindeligt planlagt. Det drejer sig især om sundhedscentre i Fredensborg, Samsø, Hillerød, Faaborg-Midtfyn, Vesthimmerlands, Vordingborg, Bornholm og Odense Kommune. Justeringen skyldes dels, at det har været nødvendigt at foretage en afgrænsning af opgaverne i forhold til begrænsede ressourcer, men også at nogle kommuner har valgt at afvente en koordinering og afklaring af ansvaret om den patientrettede forebyggelse i forhold til regionen. Det fremhæves derudover, at det har været lettere at iværksætte borgerrettede indsats, fordi centrene på dette område er mindre afhæn-

gige af at skulle samarbejde med andre aktører inden for sundhedsområdet. Eksempelvis forudsætter hold for rygestop og motion ikke henvisning fra samarbejdspartnere – borgerne kan henvende sig direkte i centret. Enkelte centre beskriver desuden, at den borgerrettede forebyggelse formentlig er lettere at forholde sig til politisk, idet indsatserne kan være meget synlige, og de når bredt ud til mange borgere i kommunen.

I Lyngby-Taarbæk Kommune gives der udtryk for, at det har været nødvendigt at foretage justeringer, fordi nogle af aktiviteterne ikke har opnået et tilstrækkeligt antal deltagere. Eksempelvis har man måtte lukke et projekt målrettet borgere med bevægeapparatlidelser. Omvendt har centrets diabetesindsats vist sig meget succesfuld, hvorfor man har flyttet midler fra de mindre velfungerende projekter til dette projekt.

Et par centre har også valgt at tilføje områder, der ikke var omtalt i projektbeskrivelsen. Det gælder eksempelvis Ringkøbing-Skjern Kommune, som har tilføjet misbrugsområdet til sundhedscentrets opgaver. Sundhedscentret i Bornholms Kommune, som har indført træningsmuligheder for udvalgte grupper i sundhedscentret og gentagne målinger af den samme borger, for at undersøge sundhedsforbedringer samt Sundhedscentret i Fredensborg Kommune, som har iværksat aktiviteter, for midaldrende mænd og unge kvinder, efter at en kommunal sundhedsprofil viste, at der var et særligt behov.

En anden væsentlig og generel ændring er, at visse opgaver er blevet placeret i andre dele af den kommunale organisation end oprindeligt planlagt. Dette hænger sammen med de store kommunale omstruktureringer som følge af Kommunalreformen. Generelt er genoptræning således ikke blevet en del af sundhedscentrenes opgaver, som skitseret i en del kommuners projektbeskrivelser, men ofte indplaceret andre steder i den kommunale organisation. Et andet

eksempel er sundhedscentret i Sønderborg Kommune, der besluttede at gennemføre patientrettede forløb i sundhedscentret, mens den borgerrettede del blev placeret i en forvaltning centralt i den nye sammenlagte kommune. I Vordingborg Kommune er et planlagt værksted for udsatte familier overgået til regionen, og sundhedscentret har i stedet iværksat et projekt for arbejdsløse.

Flere sundhedscentre har foretaget ændringer i personalesammensætningen som følge af, at sundhedscentrets implementering har afdækket et behov for andre typer af kompetencer end forventet. I Fredensborg Kommune valgte centret for eksempel at ansætte en administrativ medarbejder i stedet for en sundhedsfaglig medarbejder, da centrets udgående opgaver og samarbejde med relativt mange parter viste at forudsætte et større behov for koordination, information og administration. Desuden oplyser en mindre del af sundhedscentrene, at der har været en stor udskiftning i medarbejderstaben, hvilket har været en barriere for udviklingen af og kontinuiteten i tilbuddene. Omvendt har det generelt været meget fremmende, at centrenes medarbejdere er meget engagerede i udviklingen af centrene. I den forbindelse beskrives det som væsentligt, at medarbejderne, der skal udvikle tilbuddene, er med til at formulere indholdet. I flere sundhedscentre har medarbejdernes interesser og kompetencer påvirket centrets fokus og prioritering af aktiviteter.

Sundhedscentrene har desuden erfaret, at implementeringen har indebåret en lang række praktiske opgaver så som at finde egnede faciliteter og lokaler, gennemføre ansættelser, implementere IT-systemer og udvikle forebyggelsestilbud fra bunden, idet der ikke forelå en færdig skabelon for opgaverne, og fordi indsatsen skal indtænkes i en lokal sammenhæng. I den forbindelse har det været en fordel for et par kommuner, at de allerede har haft tradition for og erfaring med sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

Samarbejdet med de etablerede sundhedsaktører – praktiserende læger og sygehuse – har været en udfordring for implementeringen af sundhedscentre. Udfordringerne er kommet til udtryk gennem manglende henvisninger af borgere til sundhedscentret. Det har i den forbindelse været en fordel for implementeringen i et par kommuner, at de har positive erfaringer med at samarbejde med de relevante samarbejdspartner.

De fleste sundhedscentre beskriver, at Kommunalreformen, som er blevet indført samtidig med sundhedscentrene, har betydet, at både politikere og centrenes kommunale samarbejdspartnere har haft travlt med andre opgaver samt en vis usikkerhed om opgavefordelingen. Omvendt har Kommunalreformen påvirket implementeringen positivt, idet der er kommet et stort fokus på kommunernes nye sundhedsopgaver, og det er blevet tydeligt, at forebyggelse og sundhedsfremme er en kommunal opgave.

Endeligt skal det nævnes, at der generelt i de lokale medier har været stor offentlig opmærksomhed omkring sundhedscentrene, hvormed borgere og samarbejdspartnere er blevet bevidste og orienteret om centrenes aktiviteter. Herudover har sundhedscentrene generelt fået et positivt politisk fokus og opbakning.

## Opsamling

Sundhedscentrene har generelt implementeret planerne, som beskrevet i kommunernes oprindelige projektbeskrivelser, men der er flere steder foretaget justeringer. Nogle centre har valgt at igangsætte få aktiviteter inden for hvert område beskrevet i centrets projektbeskrivelse, mens andre fra start har foretaget en prioritering af indsatserne. Den patientrettede forebyggelse er blevet nedprioriteret i en del kommuner, og der er sket ændringer i centrenes per-

---

## Implementering

---

sonalesammensætning. Nogle indsatser, især genoptræning er desuden blevet placeret andre steder i den kommunale organisation.

Der har været en række udfordringer i implementeringen af sundhedscentrene. Mindre velfungerende samarbejdsrelationer, personaleudskiftninger og vanskeligheder ved at finde egnede lokaler og elektroniske kommunikationssystemer nævnes i den forbindelse. Det beskrives generelt, at Kommunalreformens samtidige gennemførelse har påvirket sundhedscentrenes implementering, idet der har været travlhed i kommunerne og usikkerhed om opgavefordeling. Omvendt har reformen også virket fremmende for en synliggørelse og prioritering af kommunernes forebyggelsesopgave.

---

## 5. Samarbejdsrelationer

De 18 sundhedscentre har en lang række samarbejdspartnere. Valget af samarbejdspartnere hænger i høj grad sammen med hvilket fokus centrene har på enten patientrettet eller borgerrettet forebyggelse samt centrenes organisatoriske opbygning og fysiske placering. Generelt samarbejder alle sundhedscentre med almen praksis. Derudover har centre med patientrettede aktiviteter samarbejde med sygehuse, mens centre med borgerrettede aktiviteter i hyppigere samarbejder med foreningslivet og enheder inden for kommunen. Sundhedscentrene fremhæver, at deres samarbejdsrelationer er væsentlige for deres virke.

Samarbejdsrelationerne er oftest ikke formaliserede gennem skriftlige aftaler. Aftalerne er enten uformelle og etableret via møder, eller består i, at samarbejdspartnerne er blevet orienteret om, at der findes en henvisningsmulighed til centrets aktiviteter. Generelt opleves de uformelle aftaler ikke som hindrende for et velfungerende samarbejde. Enkelte steder fremhæves det dog, at samarbejdet muligvis ville være kommet hurtigere i gang, hvis der var etableret formelle aftaler mellem parterne. Enkelte anser desuden de formelle rammer som en nødvendig forudsætning for et velfungerende samarbejde.

### Praktiserende læger

Alle 18 sundhedscentre har etableret et samarbejde med de praktiserende læger i kommunen. I de fleste kommuner består samarbejdet i, at de praktiserende læger henviser borgerne til centrenes tilbud, mens lægerne i andre kommuner informerer og opfordrer deres patienter til at kontakte centret. De fleste sundhedscentre vurderer, at de praktiserende læger ikke informerer og henviser deres patienter i det ønskede omfang, men at samarbejdet generelt er blevet forbedret, og at antallet af henvisninger er steget undervejs i perioden.

Det enkelte sundhedscenter har informeret de praktiserende læger om centret via møder i lægelige foreninger, besøgsrunder, praksiskonsulenter, avisartikler og i et enkelt center via en IT-portal for praktiserende læger. Formålet med møderne har været at informere lægerne om centret samt inddrage og diskutere lægernes perspektiv i fremtidige indsatser. Nogle praktiserende læger har desuden henvendt sig til sundhedscentret med forslag til nye aktiviteter, som centret har fulgt op på. I de fleste kommuner oplever de praktiserende læger imidlertid fortsat, at de mangler information om sundhedscentrets tilbud og tilbagemeldinger om borgeren efter et forløb. De praktiserende læger understreger, at en elektronisk kommunikation ville lette samarbejdet i forbindelse med information, henvisning og tilbagemelding fra sundhedscentret om borgerne. I Fredensborg, Horsens og Århus Kommune, hvor der anvendes IT-systemer, beskrives dette at have fremmet samarbejdet.

I flere kommuner har praktiserende læger været repræsenteret i sundhedscentrets styregrupper og arbejdsgrupper, hvilket beskrives som vigtigt for samarbejdet. Det beskrives imidlertid flere steder som en udfordring for samarbejdet, at lægerne ikke er blevet inddraget tidligt, herunder i den indledende fase, hvor kommunen udarbejdede en projektbeskrivelse for centret. Samtidig er det en udfordring, at lægerne ikke har en fælles repræsentant, hvormed deltagelse i styre- og arbejdsgrupper ikke nødvendigvis sikrer, at alle læger i kommunen føler sig involveret, og at informationen når ud til alle. I lidt over halvdelen af de 18 kommuner er der nu ansat en praksiskoordinator. Praksiskoordinatoren beskrives flere steder at kunne medvirke til at sikre, at perspektivet fra almen praksis bliver inddraget i planlægningen. Praksiskoordinatoren beskrives ligeledes at kunne understøtte, at informationen fra sundhedscentret til de praktiserende læger formidles på en hensigtsmæssig måde. Der er dog også eksempler på kommuner, hvor praksiskonsulenten ikke opfatter det som sin opgave at formidle

information til almen praksis. Betydningen af praksiskoordinatoren beskrives flere steder vanskelig at vurdere på nuværende tidspunkt, idet praksiskoordinatoren oftest ikke har været ansat fra sundhedscentrets start.

Manglende kontinuitet i sundhedscentrenes tilbud fremhæves af de praktiserende læger som en udfordring for samarbejdet. Flere sundhedscentre har erfaret, at det er en fordel, at centret løbende kan udvikle nye tilbud, lukke mindre velfungerende tilbud og med mellemrum gentage visse tilbud. Men selvom sundhedscentrene søger at informere de praktiserende læger om nye tilbud og starttidspunkter for længerevarende holdforløb, så oplever de praktiserende læger, at den manglende kontinuitet gør det vanskeligt at orientere sig i centrets tilbud og dermed henvise borgere til centret.

Det er ikke sundhedscentrenes vurdering, at der generelt er direkte modstand fra de praktiserende læger. De manglende henvisninger skyldes snarere en manglende viden om centrets tilbud, at det tager tid at ændre rutiner, og at lægerne ikke altid husker, at tilbuddet eksisterer. I enkelte kommuner beskrives det, at de praktiserende læger har udtrykt skepsis i forhold til sundhedscentrene. Skepsisen har omhandlet et eventuelt overlap med opgaverne i almen praksis samt lægernes manglende tillid til centrenes faglighed og kvalitet i opgaveløsningen. Det har særligt været i opstartsfasen, at der har været skepsis fra lægerne, men denne skepsis synes at være forsvundet i takt med at lægerne er blevet informeret om centrets tilbud og har erfaret, at centrene har ansat kvalificeret sundhedsfagligt personale.

### Sygehus

I de fleste af de 18 kommuner samarbejder sundhedscentrene med sygehusene men i begrænset om-

fang. De mest etablerede samarbejder findes i sundhedscentre, der har patientrettede tilbud. I nogle kommuner afventes en rolleafklaring med regionen om patientrettet forebyggelse førend samarbejdet med sygehuset etableres eller udbygges.

Samarbejdet mellem sundhedscentret og sygehuset består i de fleste kommuner i, at borgere kan henvises fra sygehuset til sundhedscentret. I Brønderslev, Lyngby-Taarbæk, Vejle og Vesthimmerlands Kommune har sundhedscentret frikøbt personale fra sygehusene enten for at sikre tilstedeværelsen af særlige kompetencer eller for at understøtte videndeling. I enkelte centre som eksempelvis Horsens og Ringkøbing-Skjern Kommune bistår sygehusene desuden med rådgivning og i enkelte tilfælde som i København og Sønderborg Kommune er der undervisning af sundhedscentrets personalet.

I de fleste kommuner, hvor der samarbejdes med sygehuse, er sygehusene repræsenteret i sundhedscentrets styregruppe. Sygehusene har kun i enkelte centre været tidligt involveret i projektbeskrivelsen. Enkelte steder har sygehusafdelinger været inddraget i valget af patientgrupper og inklusionskriterier, mens sundhedscentrene har tilrettelagt selve indholdet i rehabiliteringsforløbene.

Samarbejdet mellem sundhedscentre og sygehuse beskrives generelt som velfungerende. Ligesom for de praktiserende læger beskrives det som centralt for samarbejdet, at personalet i sundhedscentret har en sundhedsfaglig uddannelse eller erfaring fra relevant ansættelse i sygehusregi, da der dermed er ensartethed i sprog og kultur samt en øget tillid til centrets arbejde. Det beskrives som en udfordring, at et sundhedscenter udgør en mindre samarbejdspartner for sygehuset, eftersom sundhedscentrets målgruppe og aktiviteter kun relaterer sig til en meget begrænset del af sygehusets arbejdsområde. Især efter at genoptræningsopgaven kun i enkelte kommuner er ble-

vet placeret i sundhedscentret, virker samarbejds-potentialet set fra sygehusets perspektiv ofte begrænset. Flere sygehuse beskriver det desuden som en udfordring, at sygehuset samarbejder med flere forskellige kommuner, der har forskellige tilbud. Dette bevirker, at det kan være svært for sygehuset at orientere sig i, hvilke kommuner, der har hvilke tilbud, og det vurderes som utilfredsstillende, at alle regionens borgere ikke kan modtage samme kommunale tilbud.

### Frivillige organisationer (patientforeninger og idrætsorganisationer)

De fleste sundhedscentre med patientrettet forebyggelse har et samarbejde med patientforeninger, herunder primært Diabetesforeningen, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening. Samarbejdet består i, at patientforeningerne kan benytte lokaler i sundhedscentret til deres mødeaktiviteter, og at foreningerne fungerer som en slags "udslusning" for borgerne efter deltagelse i sundhedscentrets tilbud ved, at de efterfølgende kan deltage i foreningernes netværksmøder. Sundhedscentre og patientforeningerne orienterer desuden gensidigt borgerne om hinandens tilbud.

Kun enkelte steder har patientforeningerne været med i sundhedscentrets styregruppe. I modsætning hertil er Sundhedscentret for Kræft i København udviklet og fungerer til dagligt i et samarbejde mellem Kræftens Bekæmpelse og Københavns Kommune. Kræftens Bekæmpelse står for rådgivning, mens kommunen står for rehabilitering. Samarbejdet beskrives som velfungerende, men der har været visse organisatoriske udfordringer på grund af forskelle i arbejds måder .

Flere sundhedscentre med fokus især på borgerrettet forebyggelse samarbejder med frivillige organisatio-

ner; primært DGI og lokale idrætsforeninger. I nogle tilfælde består samarbejdet i, at sundhedscentret sikrer, at der er lokale motionstilbud eventuelt tilpasset borgere med særlige behov, mens de lokale foreninger i andre tilfælde er et udslusningstilbud til borgere, som efter kontakt med sundhedscentret kan fortsætte deres træning i foreningerne. I sundhedscentret i Faaborg-Midtfyn Kommune er samarbejdet med de frivillige organisationer så centralt, at der er ansat en frivillighedskoordinator. I Fredensborg Kommune er der etableret samarbejder med forskellige organisationer og indgået en formaliseret partnerskabsaftale med DGI Nordsjælland og Skov- og Naturstyrelsen, Øresund om at udvikle friluftaktiviteter. I andre sundhedscentre består samarbejdet blot i, at idrætsforeningerne informerer om tilbud og deltager i arrangementer afholdt af sundhedscentret.

Samarbejdsrelationerne med frivillige foreninger, herunder patientforeninger, beskrives som velfungerende, men det understreges, at det er en udfordring at samarbejde med frivillige organisationer, da disse foreninger netop er baseret på frivillig arbejdskraft. Kommunen kan ikke pålægge foreningerne opgaver, men motivere og inspirere til samarbejde. Nogle centre har desuden erfaret at den frivillige arbejdskraft kan betyde, at arbejdsprocesserne bliver længere. I forhold til patientforeningerne kan det desuden være en udfordring, at der samarbejdes med mennesker, der er syge og måske af og til har mindre overskud i samarbejdet.

### Kommunale enheder

Flere sundhedscentre, især med borgerrettede aktiviteter, samarbejder med andre forvaltninger, afdelinger og institutioner i kommunen. For nogle sundhedscentre er dette de primære samarbejdspartnere. Samarbejdsrelationerne på forvaltningsniveau er oftest med børne- og ungeområdet, ældreområdet og



social- og arbejdsmarkedsområdet, mens det på institutionsniveau oftest er skoler og børnehaver.

Samarbejdets indhold varierer centrene i mellem. I nogle kommuner, så som Odense Kommune, søger centret at integrere et sundhedsperspektiv i andre af kommunens opgaveområder, herunder arbejdsmarkedsområdet. I andre kommuner medvirker de øvrige kommunale enheder til at udvikle og gennemføre forebyggelsesaktiviteter. Det gælder i Faaborg-Midtfyn Kommune, hvor medarbejdere fra andre enheder deltager i aktiviteter og på skift bemander sundhedscentrets mobile bus. Der er også kommuner som Vesthimmerlands og Vejle Kommune, hvor hjemmeplejen og sygedagpengeafdelingen kan henvise borgere til sundhedscentrets tilbud. I Lyngby-Taarbæk Kommune er strukturen således, at de fleste af sundhedscentrets projekter er forankret decentralt i forpligtende samarbejder mellem sundhedscentret og afdelinger i henholdsvis Social og sundhedsforvaltningen og Børne- og fritidsforvaltningen. Afdelingerne har været med til at udvikle og beslutte projekter, og projektlederskabet og budgetansvaret er placeret i de enkelte afdelinger.

Samarbejdet internt i kommunen beskrives de fleste steder som velfungerende, men det understreges, at det tager tid at få etableret samarbejdet. I flere kommuner etableres der således fortsat projekter andre steder i kommunen, som nogle centre mener de med fordel kunne deltage i eller overtage. I flere kommuner har sundhedscentret som beskrevet desuden oplevet, at de kommunale enheder har haft travlt med at implementere Kommunalreformen, og at der derfor ikke har været tid til at etablere et samarbejde med sundhedscentret. Forskellige faglige kulturer og prioriteringer internt i kommunen beskrives desuden at påvirke samarbejdet. I de kommuner, hvor der ikke har været tradition for samarbejde på tværs, har centrene oplevet barrierer for samarbejdet, mens tradition for samarbejde i andre sammenhænge, fysisk tæt

placering og muligheden for at se fælles formål har virket fremmende for det interne samarbejde. Samarbejde internt i kommunen beskrives i nogle tilfælde som relativt vanskeligere end samarbejdet med de eksterne parter.

Den organisatoriske placering af sundhedscentret i kommunen opleves at have betydning for sundhedscentrenes mulighed for samarbejde og koordineringen af sundhedsopgaverne i kommunen. I langt hovedparten af kommunerne er sundhedscentrene som beskrevet placeret organisatorisk i sundhedsforvaltningen. Man har i en del kommuner erfaret, at der er udfordringer forbundet med en sådan placering, da det har vanskeliggjort samarbejdet med andre kommunale områder, idet forvaltningschefniveauet har skullet inddrages løbende i kraft af, at centret ikke er placeret som en tværgående funktion i kommunen. I andre sundhedscentre har man oplevet en organisatorisk integration af centret i kommunens sundhedsafdeling som fordelagtig, idet de derved er placeret sammen med resten af sundhedsområdet. Et eksempel er sundhedscentret i Faaborg-Midtfyn Kommune, der organisatorisk er placeret i et fagområde med træning, sundhedspleje og tandpleje, hvilket vurderes som fordelagtigt, da et tæt samarbejde med disse funktioner sikres. En anden organisatorisk løsningsmodel er en placering af sundhedscentret under borgmesteren. Dette har man gjort i Odense Kommune, hvor det opleves at have den fordel, at centret ikke oplever mange begrænsninger i at arbejde på tværs af forvaltningerne. Man har dog her også oplevet en ulempe i, at centret har skullet bruge mange kræfter på at skabe synlighed og samtidig har oplevet at mangle forankring i en fagforvaltning. I Lyngby-Taarbæk Kommune er samarbejdet tænkt ind i organiseringen via de decentralt forankrede projekter. Centret beskriver organiseringen som hensigtsmæssig, idet der sikres fokus på sundhed i alle forvaltninger, og at ejerskabet til projekterne sikres ved, at de prioriteres decentralt.

## Private samarbejdspartnere

Sundhedscentrene samarbejder også med private aktører, herunder med apoteker om medicinenemgang og kurser i rygestop. I Næstved Kommune er der etableret et forpligtende partnerskab med en privat virksomhed, idet sundhedscentret er udviklet i et samarbejde med Falck Healthcare, der også har bidraget til udarbejdelsen af den oprindelige ansøgning til Ministeriet. Falck Healthcare driver en sundhedsskole i sundhedscentret, som tilbyder forløb for til borgere med KOL, type 2 diabetes eller hjertesvigt. Samarbejdet beskrives af begge parter som velfungerende. Centret peger på, at det er en fordel, at kommunen kan stille krav til en privat aktør, og at Falck Healthcare har tilført ressourcer til området og løftet opgaven upåvirket af de kommunale omstruktureringer. Der har dog været udfordringer i samarbejdet, idet sundhedsskolen ikke organisatorisk er integreret i resten af sundhedscentret gennem eksempelvis et fælles kommunikationssystem og en fælles mødevirksomhed. Det har samtidig været en udfordring, at sundhedsskolens personale er placeret i selve sundhedscentret, men refererer til en ekstern leder på Falck Healthcare. Disse elementer har været en barriere for en fleksibel ressourceudnyttelse. Det er politiske besluttet at ophøre samarbejdet med Falck Healthcare.

## Øvrige samarbejdspartnere

Ud over de nævnte har en del sundhedscentre etableret samarbejdsrelationer med mange andre partnere. Det gælder blandt andet samarbejde med uddannelsesinstitutioner om kompetenceudvikling og praktikforløb. Visse samarbejdsrelationer udspringer desuden af centres særlige fokus eller lokale placering. Eksempelvis samarbejder sundhedscentret i Odense Kommune med Ungdommens Røde Kors, Amnesty International, Vollsmose Kirke, Imamer og boligfor-

eningerne. En del af sundhedscentret i Brønderslev Kommune er fysisk placeret i den lokale højskoles lokaler og samarbejder om undervisningsforløb, mens sundhedscentret i Samsø Kommune låner lokaler på den lokale højskole og samarbejder om udvikling af tilbud.

## Opsummering med diskussion

Sundhedscentrene samarbejder som skitseret med forskellige partnere om forskellige aktiviteter. Samarbejdet med almen praksis og sygehus omhandler primært henvisninger af borgere til centret og samarbejdet med frivillige foreninger omhandler primært netværksgrupper og idrætstilbud til borgerne. Enkelte steder samarbejdes desuden med private virksomheder, som varetager udvalgte tilbud for sundhedscentrene.

Samarbejdet med de øvrige kommunale enheder omhandler henvisninger, fælles aktiviteter og udbredelsen af et sundhedsperspektiv i de kommunale forvaltninger. Enkelte sundhedscentre varetager den kommunale genoptræning. Det kunne tænkes at være en fordel for de patientrettede sundhedscentre med træningsforløb, at etablere et tæt samarbejde med kommunens genoptræning. Et samarbejde kunne omhandle fælles træningslokaler, fælles personale eller udveksling af erfaringer. Imidlertid beskriver sundhedscentrene, at der ikke er noget samarbejde, og i flere centre gives der udtryk for, at de ikke ved, hvad genoptræningsenheden laver.

Samarbejdspartnerne har generelt ikke været inddraget i udarbejdelsen af den oprindelige projektbeskrivelse til Ministeriet, hvor sundhedscentrets formål og overordnede indhold blev besluttet. I de fleste kommuner er samarbejdspartnerne efterfølgende blevet involveret via styregrupper eller praksiskonsulentordninger. En direkte og tidlig inddragelse af samar-

bejdsparterne tyder på, at bidrage til et velfungerende samarbejde, idet samarbejdsparterne dermed kan opleve, at deres faglige perspektiver bliver inddraget.

Betydningen af formaliserede aftaler er vanskelig at vurdere, idet samarbejdsrelationerne kun få steder har været formaliseret gennem skriftlige aftaler. Enkelte steder opleves den manglende formalisering imidlertid som en hindring og man kunne forestille sig, at det ville være en fordel for sundhedscentrene, at der blev etableret formelle og forpligtende aftaler med de øvrige aktører inden for sundhedsområdet, således at sundhedscentrene kan konsolidere sig organisatorisk og udbygge samspillet med det øvrige sundhedsvæsen.

Sundhedscentrenes samarbejdsrelationer udvikles og forbedres løbende, men beskrives generelt som værende velfungerende. Det understreges, at der har været en del udfordringer i samarbejdet mellem parterne. Udfordringerne har skyldtes manglende viden, manglende tid, forskelle i prioriteringer, sprog og kultur samt manglende tradition for samarbejde. Den skepsis, der enkelte steder i starten blev udtrykt fra praktiserende læger og sygehus, er reduceret gennem information om centrenes indhold og personale samt borgernes positive erfaringer. Angående almen praksis har udfordringerne primært været manglende henvisninger og manglende viden. For sygehusene har udfordringen været en afventning på rollefordeling, manglende henvisninger og at sundhedscentrenes indsatsområder kun udgør en lille andel af sygehusenes arbejdsområder. Samarbejdet med kommunernes øvrige enheder har været påvirket af en manglende tradition for samarbejde internt i kommunen og manglende tid på grund af Kommunalreformen.

En afgørende forudsætning for udviklingen af velfungerende samarbejdsrelationer har været information, herunder især til de praktiserende læger. Samtlige

sundhedscentrene har søgt at informere lægerne om centrenes tilbud, men i de fleste kommuner tyder det alligevel på, at lægerne fortsat mangler viden. Lægerne ønsker en løbende opdatering om sundhedscentrenes tilbud, men også en kontinuitet og overskuelighed i tilbuddene. Ansættelse af en praksiskoordinator ser ud til at understøtte at information fra sundhedscentret til de praktiserende læger formidles på en hensigtsmæssig måde. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at ansættelsen af en praksiskoordinator ikke nødvendigvis sikrer en bred formidling og et godt samarbejde. Der er eksempler på centre, hvor praksiskonsulenten ikke opfatter det som sin opgave at sikre formidlingen til alle læger i almen praksis, og en mail fra en praksiskoordinator sikrer ikke nødvendigvis, at lægerne benytter tilbudet i sundhedscentret. Der er således kommuner, der har deltaget i møder i kommunens lægelaug for at informere lægerne direkte om centrets aktiviteter. Et andet område, som er centralt for et velfungerende samarbejde, er velfungerende kommunikationssystemer til kommunikation om borgerne ved både henvisning og afslutning af forløb. Der efterspørges generelt en udvikling af elektroniske systemer, som menes at ville lette samarbejdet.

Angående samarbejdsrelationerne med frivillige organisationer tyder det på, at inddragelsen af frivillighedsområdet er en gevinst for sundhedscentrene, der dermed kan etablere flere tilbud, end centrets begrænsede midler giver mulighed for. Samtidig kan blandt andet idrætsforeningerne sikre, at der findes tilbud i lokalområderne, som understøtter borgernes mulighed for at fastholde deres livsstilsændringer efter kontakten med sundhedscentret. Patientforeningernes rolle er imidlertid begrænset. Samarbejdet går primært én vej, idet der ofte er tale om centrets udlån af lokaler til foreningerne samt etableringen af netværksgrupper i foreningsregi. Der samarbejdes sjældent om fælles aktiviteter for borgerne, og patientforeningerne har generelt ikke været inddraget

i udviklingen af sundhedscentrenes indsatser. Man kunne imidlertid forestille sig, at patientforeningerne besad en særlig kompetence og viden om behov og hverdagsproblematikker hos borgere med en kronisk sygdom, men det tyder generelt ikke på, at denne viden har været benyttet af sundhedscentrene. Kun i Københavns Kommune samarbejder parterne tæt og udveksler viden om målgruppen, hvilket beskrives som meget udbytterigt. Centrene vurderer generelt frivillige organisationer som vigtige samarbejdspartnere, men fremhæver også, at de frivillige organisationer er baseret på frivillig arbejdskraft, hvorfor der ikke kan stilles skarpe krav til deres arbejde. Desuden kan balancen mellem hvad der er henholdsvis foreningernes og kommunens opgave kan udgøre en udfordring.

Samarbejdet med private virksomheder er vanskeligt at vurdere med denne rapport, idet det ikke er særlig udbredt i de 18 sundhedscentre. Centrene samarbejdsrelationer med apoteker virker dog velfungerende. Én kommune har desuden et samarbejde med Falck Healthcare, som driver sundhedscentrets tilbud om forløb til kronisk syge. Samarbejdet beskrives som velfungerende og fordelagtigt, da der tilføres ressourcer og kan stilles ekstra krav. Udfordringen ved at en privat virksomhed udbyder dele af centrets tilbud er imidlertid integrationen af tilbuddet med resten af sundhedscentret.

---

## 6. Sammenhæng i indsatsen

### Kommunernes vurderinger af sammenhæng

Der er i kommunerne, hos både sundhedscentre og samarbejdspartnerne blandede vurderinger af, om sundhedscentre bidrager til mere sammenhæng i indsatsen end tidligere. Generelt er sundhedscentre lidt mere positive i vurderingerne af sammenhængen, mens de praktiserende læger er mere kritiske. I de fleste kommuner vurderes det, at der ikke er skabt mere sammenhæng, men at dette endnu er for tidligt at konstatere. Blandt de centre, hvor der alligevel vurderes at være skabt mere sammenhæng, er der forskellige bud på, hvilken form for sammenhæng sundhedscentre har bidraget til. Det fremhæves således, at sammenhæng kan skabes mellem aktørerne inden for sundhedsvæsenet gennem samarbejde internt i kommunen og ved at bidrage med viden og overblik hos den enkelte borger.

En mindre del af sundhedscentre beskriver således, at centret har bidraget til en øget sammenhæng inden for sundhedsvæsenet. Sundhedscentret i Sønderborg Kommune fremhæver, at centret skaber øget sammenhæng, idet den praktiserende læge nu har fået lettere ved at overtage borgerne efter sygehusindlæggelse. Sundhedscentret i Københavns Kommune og dets samarbejdspartnere, herunder sygehus og Kræftens Bekæmpelse, vurderer ligeledes, at der er kommet mere sammenhæng i borgerens forløb, idet der nu er etableret et sted, hvor borgere med en kræftdiagnose kan komme før under og efter deres behandling på sygehuset.

I sundhedscentret i Horsens Kommune opleves en sammenhæng ved at centret har undersøgt, hvilke tilbud der manglede i sygehusregi og sikret, at der ikke er overlap, samt at der er et sted, borgerne kan fortsætte efter kontakt til sygehus uden lang ventetid. I Lyngby-Taarbæk Kommune beskrives det, at der for en stor del af borgerne opnås en øget sammenhæng

i indsatsen gennem et team, der på tværs af sektorer dels understøtter den enkelte borger i eget hjem for at undgå en akut indlæggelse og dels koordinerer indsatsen for de borgere, der alligevel indlægges.

Andre sundhedscentre fremhæver, at sammenhængen øges gennem samarbejde internt i kommunen. I sundhedscentret i Brønderslev Kommune vurderes det, at den øgede sammenhæng mellem den patientrettede og borgerrettede forebyggelse har skabt en tværfaglighed i indsatsen med fokus på borgerens "hele" liv. I sundhedscentret i Faaborg-Midtfyn Kommune vurderes det, at sammenhængen i sundhedsindsatsen øges ved, at centret forsøger at integrere sundhedsindsatsen i kommunens øvrige tilbud. I Vejle Kommune har det handlet om at sætte tidligt ind med en koordineret indsats mellem sygedagpengeafdeling og sundhedscenterprojektet.

En tredje måde, som ifølge et par af centrene skaber mere sammenhæng, er, at centrene tilfører borgerne ny viden. Sundhedscentret i Odense Kommune bidrager således til, at borgeren får mere viden om sundhedsvæsenets tilbud og organisering og understøtter derigennem borgernes oplevelse af overblik og sammenhæng. I flere sundhedscentre fremhæves det ligeledes, at borgerne med en kronisk sygdom opnår mere viden om deres sygdom, hvilket er vigtigt for deres oplevelse af sammenhæng. I blandt andet Århus Kommune er det sundhedscentrets vurdering, at borgerne har fået et større kendskab til, hvordan de selv skal gribe problemer an, efter at de har gennemgået et forløb i centret.

Der er imidlertid også nogle sundhedscentre, hvor det fremhæves, at øget sammenhæng ikke er den primære opgave for centret, og at dette ikke er et relevant succeskriterium for vurdering af centret. Det er primært sundhedscentre med fokus på borgerrettet forebyggelse, som sjældnere tilstræber sammenhæng i borgerens forløb.

## Henvisning til eller henvendelse i sundhedscentret

En af måderne, hvorpå sundhedscentre kan bidrage til at skabe sammenhæng inden for sundhedsområdet, er ved at fastlægge en formel henvisningspraksis mellem centret og dets partnere, herunder de praktiserende læger, sygehuse og kommunale enheder.

I cirka halvdelen af sundhedscentre er etableret en praksis, hvor borgerne skal henvises til samtlige eller udvalgte aktiviteter i centret. I de fleste centre er det den praktiserende læge, der henviser, mens det i færre centre er sygehus og kommunale fagpersoner.

Aktiviteter med henvisningskrav omfatter primært forløb målrettet borgere med en kronisk sygdom. Ikke alle patientrettede aktiviteter kræver imidlertid en henvisning. Der er eksempler på centre, som ikke har krav om henvisning til patientrettede forløb, herunder centrene i Ringkøbing-Skjern, Bornholm og Ods herred Kommune, hvor borgerne både henvender sig på eget initiativ og efter henvisning fra praktiserende læge. Patientuddannelsen er desuden et eksempel på et tilbud helt uden henvisning.

En formel henvisningspraksis betyder, at sundhedscentre er afhængige af, at praktiserende læger og andre henvisende parter er opmærksomme på det enkelte center og dets tilbud og henviser borgere dertil. Flere centre har manglet henvisninger og har valgt via lokale medier at informere borgerne om muligheden for at benytte centret. Såfremt borgerne henvender sig direkte i sundhedscentret betyder det, at den praktiserende læge ikke inddrages, mens borgerne i nogle centre sendes til udredning hos egen læge, hvorefter borgerne henvises tilbage til centret via den formelle procedure.

Sundhedscentre modtager også interne henvisninger fra kommunen. I Vejle og Fredensborg Kommune henviser Sygedagpengeafdelingen sygedagpengemodtagere, der er i risiko for at blive langvarigt syge til sundhedscentret. Også på ældreområdet har et par centre udviklet samarbejdsrelationer internt i kommunen, der understøtter sammenhængen i indsatsen. Således identificerer hjemmeplejen i Horsens Kommune løbende borgere, der kunne have behov for et ophold på sundhedscentrets akutstue. Hjemmeplejen kontakter borgernes egen læge med henblik på en mulig henvisning. I Lyngby-Taarbæk identificerer hjemmeplejen borgere i risiko for akut indlæggelse og tilkalder det tværfaglige team med henblik på undersøgelse og eventuelt indlæggelse.

Udover brugen af henvisninger har også selve indholdet i henvisningerne betydning for at skabe sammenhæng ved at sikre overlevering af relevant information om borgerens behov og funktion til en samarbejdspartner. Enkelte steder er der etableret en klar henvisningspraksis, hvor det er tydeligt hvilke undersøgelser, der skal være foretaget inden henvisning og hvilken information, der skal viderebringes ved henvisning. Sundhedscentret i Københavns Kommune, der er målrettet borgere med kræft, modtager primært henvisninger fra sygehus. I dette tilfælde identificerer sygehuset borgere inden for centrets målgruppe, men sygehusets faglige vurdering af borgeren indgår imidlertid ikke i selve henvisningen. Henvisningen indeholder, efter ønske fra sundhedscentret, alene borgerens kontaktoplysninger, hvorefter centret sammen med borgeren afklarer behov og forventninger og udarbejder en plan for forløbet.

I stedet for en formel henvisningsprocedure har enkelte sundhedscentre, eksempelvis i Odense, Bornholm og Samsø Kommune, etableret sig med en helt åben adgang til centret, hvor borgerne kan henvende sig direkte i centret. Disse centre fungerer som en slags "Walk-in" centre, hvor man kan få målt sit blod-

tryk, få rådgivning og lignende. Sundhedscentret i Faaborg-Midtfyn Kommune er også et åbent tilbud, men i stedet for at borgerne kan henvende sig i centret, kan de benytte tilbuddet i en sundhedsbus, der kører rundt i kommunen. Den åbne adgang fremhæves at have nogle fordele frem for en formel henvisning. Således nævnes, at det er motiverende for den enkelte borger, at vedkommende selv kan henvende sig til sundhedscentret og for nogle borgere, som ønsker en anonym rådgivning eller en indsats uden koordinering med det øvrige sundhedsvæsen, kan det være en barriere at skulle via egen læge.

Langt de fleste sundhedscentre, med både patientrettede og borgerrettede tilbud, har etableret en kombination af en formel henvisning og en åben adgang for borgere, der henvender sig direkte i centret. Det gælder eksempelvis Brønderslev, Odsherred og Fredensborg Kommune. Ofte organiserer centrene adgangen således, at den formelle henvisningspraksis omfatter patientrettede tilbud, mens de borgerrettede tilbud er åbne for direkte henvendelser. Sundhedscentret i Fredensborg Kommune har eksempelvis etableret en praksis, hvor de praktiserende læger henviser til den præoperative indsats for hofte/knæ patienter, mens de øvrige tilbud tager udgangspunkt i, at borgerne selv henvender sig. Til de tilbud, hvor der er åben adgang, både de borgerrettede og nogle af de patientrettede, er praktiserende læge og andre samarbejdsparter ikke inddraget i samme omfang. Disse parter kan imidlertid informere borgerne om centrenes tilbud og anbefale, at de benytter tilbuddene.

### Kommunikation og information

Velfungerende kommunikation er en forudsætning for sammenhæng i indsatsen. Som beskrevet i afsnittet om samarbejdsrelationer er der imidlertid en del udfordringer i informationen og kommunikationen mellem sundhedscentre og deres samarbejdspartnere,

da de fleste parter efterlyser information og viden om centrenes tilbud. Især de praktiserende læger, der er borgernes indgang til sundhedsvæsenet, efterspørg information om sundhedscentrenes indhold og aktiviteter, samt om de borgere, som de har henvist til et sundhedscenter. Kun enkelte centre sender information til praktiserende læge om, at borgeren har været på centret og borgerens helbredsmæssige status når en borger har deltaget i centrets aktiviteter.

Generelt kritiseres det, at der mangler et elektronisk kommunikationssystem. De fleste sundhedscentre benytter breve eller fax i kommunikationen med samarbejdsparterne, hvilket beskrives som tidskrævende og mindre overskueligt. De enkelte steder, hvor der benyttes IT-systemer fremhæves det som fremmende for samarbejdet. De fleste centre ønsker således at anvende elektronisk kommunikation med deres samarbejdsparter, idet det forventes at ville øge sammenhængen.

Især de sundhedscentre, der varetager patientrettede aktiviteter, kommunikerer om borgerne med praktiserende læger, sygehus og hjemmepleje. Enkelte sundhedscentre giver udtryk for, at borgeren i denne forbindelse får en central rolle i at skabe gensidig orientering og sammenhæng mellem aktørerne.

### Arbejdsdeling

Det angives i de fleste kommuner, at det er for tidligt at vurdere om etableringen af et sundhedscenter aflaster de øvrige aktører i sundhedsvæsenet, eller om det er en forøgelse af service for borgene. Generelt anses sundhedscentre på nuværende tidspunkt som et supplerende snarere end et subsidierende tilbud i sundhedsvæsenet.

De fleste praktiserende læger fremhæver således, at centrene er et supplerende tilbud og en generel for-

bedring af service. Lægerne har nu et forebyggelses-tilbud, som deres patienter kan orienteres om eller henvises til. Generelt varetager sundhedscentrene opgaver, som ofte angives ikke blev løftet tidligere blandt andet på grund af manglede ressourcer eller kompetencer hos de praktiserende læger. Kun et par praktiserende læger oplyser, at centrene aflaster dem i mængden af daglige opgaver i lægepraksis.

Heller ikke sygehusene vurderer, at sundhedscentrene har betydet en aflastning i opgaverne. Sundhedscentrenes tilbud ses som et supplement til den nuværende indsats, som ikke eksisterende tidligere. Eksempelvis støtter sundhedscentret i Odsherred Kommune borgerne efter konstatering af risiko for hjertekarsygdom, og i sundhedscentret i Københavns Kommune støttes borgerne sideløbende med behandling for en kræftsygdom. En af fordelene beskrives at være, at centrene er meget lidt hospitalsagtige, er mere rummelige og har mere fokus på det hele menneske frem for kun sygdommens udvikling.

Med etableringen af sundhedscentre som et nyt supplerende tilbud i et etableret sundhedsvæsen er det relevant at vurdere, hvorvidt der er skabt en klar arbejdsdeling mellem enhederne. Sundhedscentrene har imidlertid generelt ikke samarbejdet med deres samarbejdspartnere, herunder almen praksis, sygehuse og internt i kommunen om opgavefordelingen.

Kun enkelte sygehuse har været inddraget i valg af et sundhedscenters målgrupper og inklusionskriterier. I sygehusregi findes der samtidig flere lignende forebyggelsestilbud til kronisk syge, herunder hjerterehabilitering og diabetesskoler. Der er imidlertid ikke indgået aftaler om, hvor tilbuddene skal placeres eller stratificering af hvilke borgere, der skal have hvilke tilbud hvor, eventuelt ud fra forskellig sværhedsgrad af deres sygdom. Det er ligeledes ofte ikke velbeskrevet, hvilke visitationskriterier, der forudsætter deltagelse i centret.

Det udtrykkes generelt, at der kun forekommer et mindre overlap i opgaverne mellem sundhedscentrene og de praktiserende læger. Sundhedscentrene varetager ikke lægefaglige opgaver, men fokuserer i stedet på forebyggelse og sundhedsfremme og tilbyder redskaber således, at den enkelte kan håndtere eller forebygge sygdom. Imidlertid er der også eksempler på kommuner, hvor der beskrives et overlap mellem sundhedscentret og almen praksis. En praktiserende læge i Odense Kommune udtrykker eksempelvis, at nogle borgere bruger meget tid på de samme problemstillinger i både sundhedscentret og hos lægen, hvilket han formoder at en bedre kommunikation og opfølgning mellem parterne kunne mindske. I Faaborg-Midtfyn Kommune vurderer praksiskonsulenten ligeledes, at der er uklarhed i opgavefordelingen mellem læger og sundhedscenter og mener, at der i en vis udstrækning sker dobbeltarbejde.

Det nævnes i flere kommuner, at sundhedscentrene af og til glemmes i den kommunale planlægning af sundhedsaktiviteter, at centrenes aktiviteter varetages samtidigt andre steder i kommunen, eller at opgaver placeret andre steder eventuelt ville være mere hensigtsmæssigt placeret i sundhedscentret. Eksempler på spredningen af tiltagene er, at et kommunalt jobcenter er ansvarlig for et projekt om kost og vægt for unge piger, at et par Human Ressource afdelinger er ansvarlige for de kommunalt ansattes sundhed, mens sundhedscentrene beskæftiger sig med borgernes sundhed, samt at der generelt ikke sker en koordinering mellem sundhedscentrene og de kommunale (genop-) træningsenheder.

I forhold til arbejdsdelingen med private aktører, beskrives det, at der findes visse alternativer til sundhedscentrenes tilbud. Det gælder især private fysioterapeuter, der tilbyder træning. Derudover nævnes rygestopkurser på apotekerne, motion i fitnesscentre samt højskoler og aftenskoler med kurser om kost, motion og overvægt. Herudover tilbyder patientfor-



eninger en række tilbud, herunder rådgivning, støttegrupper og netværk, som er beslægtede med sundhedscentrenes aktiviteter. Selvom indholdet i tilbuddene andre steder har ligheder med tilbuddene i sundhedscentrene, adskiller de sig imidlertid på centrale områder. Sundhedscentrene er mere opsøgende, tilbuddene er ofte mere tilpasset borgere med ringere funktionsniveau eller ikke træningsvante, tilbuddene er oftest gratis, og yderligere er tilbuddene i sundhedscentret ofte kombinationstilbud, hvor der tilbydes eksempelvis både kost- og motionsvejledning, træning og rygestop i ét samlet forløb. En stor del af sundhedscentrene har i mere eller mindre grad etableret samarbejde med private aktører og foreninger især om de borgerrettede tilbud, ligesom der flere steder udvikles tilpassede træningstilbud eksempelvis i fællesskab med frivillige foreninger. I sundhedscentret i Fredensborg Kommune er der således etableret et samarbejde om aftenkurser med LOF Øresund, og i Næstved Kommune har sundhedscentret indgået en formel aftale med apotekerne, der udbyder rygestopkurser.

### Sundhedscentrets opfølgning på borgerne

Sammenhæng i indsatsen kan også omhandle tiden efter borgerne kontakt til sundhedscentret. Langt fra alle sundhedscentre følger op på borgerne, og der er stor variation i indholdet og måden, hvorpå opfølgningen tilrettelægges.

Hovedparten af de centre, der tilbyder rehabiliteringsforløb for borgere med kroniske sygdomme, følger op på tidligere deltagere gennem opfølgningssamtaler. Centrene forsøger at skabe kontakt til de tidligere deltagere en eller flere gange og efter forskellige intervaller på en, tre, seks, ni og/eller 12 måneder. Et par centre følger op telefonisk, mens de fleste inviterer til en samtale på centret. I sundheds-

centret i Århus Kommune inviteres de tidligere deltagere ind til tests efter et år. På opfordring fra flere overvægtige borgere overvejer centret i Ringkøbing-Skjern Kommune at indføre kontrolvejninger og at tilbyde ti-turskort til træning efter endt forløb i centret. Det er hensigten, at opfølgningen skal øge sandsynligheden for, at borgerne kan fastholde deres livsstilsændringer efter forløbet i sundhedscentret. Der er dog erfaringen, at deltagelse i opfølgningen falder med tiden. I Odsherred Kommune har centret registreret, at deltagelsen efter seks måneder er nede på en tredjedel. Sundhedscentrene forsøger også flere steder at motivere borgerne i centret til selv at danne netværk for at de sammen kan fortsætte træning og andre aktiviteter. Eksempelvis tilbyder centrene i Ringkøbing-Skjern og Brønderslev Kommune, at borgerne kan anvende centrenes mødefaciliteter til netværksgrupper. Centrenes lokaler stilles desuden til rådighed for lokale patientforeninger, som kan tilbyde borgere med en kronisk sygdom at fortsætte i allerede etablerede netværk.

Sundhedscentrene orienterer i det hele taget om aktiviteter og tilbud i lokale organisationer, patientforeninger, idrætsklubber, fitnesscentre og lignende. Centrene forsøger herigennem at motivere borgerne til at deltage i forebyggelsesaktiviteter efter kontakten med centret. Et par sundhedscentre udarbejder en mappe eller en oversigt over de lokale tilbud og foreninger, som borgerne kan fortsætte i. I sundhedscentret i Sønderborg Kommune anvendes en sådan mappe aktivt, idet der skrives en dato for, hvornår borgeren starter det nye sted. Andre centre, eksempelvis centret i Brønderslev Kommune, organiserer i samarbejde med idrætsforeninger særlige hold, så borgerne kan fortsætte i et andet regi efter et forløb i centeret. En anden form er, som i sundhedscentret i Århus Kommune, at arrangere besøg i idrætsforeninger, således at borgerne lærer disse faciliteter bedre at kende. I Brønderslev Kommune peges der dog på, at mødet med foreningslivet er en udfordring. Bor-

gerne der anvender sundhedscentret er ofte personer, der ikke er motionsvante, og centret vurderer, at idrætsforeningerne ikke er så vant til denne type personer. For at øge sandsynligheden for at borgerne kan fastholde en sundhedsfremmende livsstil efter et forløb i sundhedscentret, er det i sundhedscentret i Næstved Kommune muligt for pårørende at deltage i nogle af kurserne i Sundhedsskolen. Flere sundhedscentre beskriver, at de ønsker at videreudvikle opfølgningen på borgerne og overgangen til eventuelt andre tilbud.

## Opsamling med diskussion

Det er den generelle vurdering, at sundhedscentrene ikke har skabt mere sammenhæng mellem sygehuset, almen praksis og kommunen end tidligere. Det påpeges dog, at det er for tidligt at vurdere. Blandt de centre, hvor der alligevel vurderes at være skabt mere sammenhæng, fremhæves det enkelte steder, at centrene har bidraget til øget samarbejde mellem aktørerne inden for sundhedsvæsenet, øget samarbejde internt i kommunen samt øget viden og overblik hos den enkelte borger.

Sundhedscentrene har til en vis grad, især inden for de patientrettede aktiviteter, formået at skabe sammenhæng mellem sundhedscentret og det øvrige sundhedsvæsen og dermed i borgernes forløb. Dette skyldes etableringen af en formel henvisningspraksis, som kan bidrage til at skabe sammenhæng mellem sundhedscentret og de henvisende parter. Gennem en henvisningspraksis kan eksempelvis de praktiserende læger identificere borgere, der kunne få gavn af et tilbud i et sundhedscenter, undersøge om borgeren tilhører målgruppen og eventuelt motivere vedkommende til at benytte centret. Sundhedscentret får samtidig mulighed for at opnå kontakt til sin målgruppe og kan sikre sig, at de borgere, der henvises, tilhører den afgrænsede målgruppe. Denne prak-

sis åbner desuden op for, at sundhedscentret og de praktiserende læger kan udveksle faglige informationer om borgere de har tilfælles og dermed understøtte sammenhængen i indsatsen for den enkelte samt mindske risikoen for dobbeltarbejde ved, at der ikke foretages samme indsats for borgerne flere steder.

Aktiviteter med henvisningskrav omfatter primært tilbud for borgere med en kronisk sygdom og det er primært praktiserende læger, der henviser disse borgere til sundhedscentrene. Sundhedscentrene giver imidlertid udtryk for, at der har manglet henvisninger, at flere af henvisningerne er meget kortfattede, og at lægerne ikke altid har gennemført de ønskede undersøgelser, inden borgerne henvises til centret. Antallet af henvisninger er dog steget i perioden, hvilket tyder på, at der fremover vil kunne skabes øget sammenhæng med almen praksis. En mere fastlagt procedure for indholdet i en henvisning og relevante undersøgelser ville ligeledes sikre mere sammenhæng, idet relevant information bliver tilgængeligt. Henvisningsproceduren til eksempelvis sundhedscentret i Københavns Kommune sikre således, at der tages udgangspunkt i borgerens oplevede behov, men sammenhængen mellem parterne samtidig mindskes, idet relevant information ikke nødvendigvis videreføres. En øget henvisningspraksis fra sygehuse og kommunale fagpersoner, herunder sagsbehandlere og hjemmepleje, kan ligeledes formodes at bidrage til en øget sammenhæng i indsats og forløb. I den forbindelse vil det være relevant at overveje, hvorledes den praktiserende læge inddrages bedst muligt med henblik på at kunne fungere som borgerens tovholder i sundhedsvæsenet.

Sundhedscentrene med forløb for borgere med en kronisk sygdom har desuden opnået en sammenhæng ved at tilbuddene for eksempel kost og motionsvejledning er samlet i centret, hvor alternativet er at det selvstændigt skal opsøges forskellige steder. For centre med en åben adgang, hvor borgerne selv

henvender sig, skabes der i mindre grad sammenhæng med resten af sundhedsvæsenet. Her er det imidlertid oftest heller ikke formålet at koordinere indsatsen mellem de enheder, som borgeren eventuelt er i kontakt med. Borgerne kan dog opnå en oplevelse af sammenhæng ved at tilbuddene i centret supplerer de øvrige behandlingstilbud og ved at opnå en øget viden og et større overblik over sundhed, sygdom og sundhedsvæsenet. Hermed ikke sagt, at der ikke også er potentiale for sammenhæng inden for den borgerrettede forebyggelse, idet praktiserende læger kan opspore borgere med et behov for forebyggelsestilbud, som så kan orienteres om sundhedscentrets træning og kostvejledning.

I flere kommuner understreges det, at velfungerende kommunikationssystemer er en helt afgørende forudsætning for at skabe sammenhæng i indsatsen ved at information om sundhedscentret formidles på en hensigtsmæssig måde. Sundhedscentrenes samarbejdsparter, herunder ikke mindst de praktiserende læger, efterspørger information om centrenes indhold og aktiviteter. En mere udbredt brug af elektroniske kommunikationssystemer vurderes af parterne at kunne øge sammenhængen – særligt i de patientrettede indsatser med koordinering mellem sundhedscenter, praktiserende læge og sygehus.

Sundhedscentrene vurderes generelt som et serviceløft med tilbud om opgaver, som ikke tidligere blev varetaget. Der er imidlertid generelt ikke sket en koordinering af arbejdsopgaver og ansvar mellem sundhedscentret og de øvrige sundhedsaktører. Enkelte steder beskrives det, at der er et overlap imellem opgaverne i sundhedscentrene og henholdsvis almen praksis og sygehus. En mere klar arbejdsdeling kunne formentlig understøtte sammenhængen i indsatsen samt en mere optimal udnyttelse af ressourcerne. Ved at tydeliggøre arbejdsdelingen mindskes risikoen således for, at der opstår tvivl om, hvor borgeren skal sendes hen, at borgeren modtager det samme

tilbud flere steder, og at nogle af tilbuddene ikke gives, fordi de formodes at blive tilbudt andre steder.

En øget sammenhæng mellem sundhedscentret og almen praksis og sygehus kunne muligvis sikres ved, at parterne sammen udviklede forløbsbeskrivelser, visitationskriterier, en stratificering af hvem der skal modtage tilbud hos de forskellige aktører samt afklarede snitflader mellem parterne og eventuelle overgange i et forløb mellem aktørerne. Også en fælles videndeling mellem sundhedscenter og andre samarbejdsparter med diskussion af cases og erfaringer kunne givetvis bidrage til et mere veludbygget samarbejde og fælles forståelse for relevante problematikker og diskussion af arbejdsdeling og overgange. På et mere overordnet niveau kunne en klarere opgavedeling desuden sikres gennem sundhedsaftalerne mellem region og kommune.

For at motivere den enkelte borger til at deltage i forskellige forebyggelsesaktiviteter efter endt kontakt med sundhedscentret, orienterer centrene generelt om aktiviteter og tilbud i de lokale organisationer, patientforeninger, idrætsklubber, fitnesscentre og lignende. Desuden forsøger centrene at motivere borgerne til selv at danne netværk eller indgå i frivillige foreningers etablerede netværk. Blandt de centre, der tilbyder rehabiliteringsforløb for borgere med kroniske sygdomme, følger de fleste centre op på borgerne ved at tilbyde dem opfølgningssamtaler efter perioder på forskellige måneder. Enkelte centre sender desuden oplysninger til praktiserende læge. Det er imidlertid langt fra alle sundhedscentre, der har etableret en formel opfølgning og introduktion til lokale tilbud med henblik på at understøtte borgerens fastholdelse af livsstilsændringer efter endt forløb i sundhedscentret. En videreudvikling af opfølgningstilbud og sikring af overgangen til lokale tilbud ville således muligvis sikre en bedre sammenhæng i forhold til tiden efter borgernes kontakt til centret.

---

## 7. Diskussion af løsningsmodellens hensigtsmæssighed

I det følgende diskuteres hensigtsmæssige organiseringsformer inden for de tre typer af sundhedscentre – de patientrettede, de borgerrettede, og de der er både er patient- og borgerrettede. Det er ikke intentionen, at fremlægge én optimal model, som er den rigtige løsning i alle kommuner og under alle forhold. I stedet vurderes fordele og ulemper ved forskellige organiseringsformer, samt forhold kommunerne bør overveje i forbindelse med etablering af henholdsvis patientrettede, borgerrettede eller blandede sundhedscentre.

Det skal dog understreges, at der i kommunerne er forskellige lokale forhold og vilkår, som vil have betydning for valg af løsningsmodel. Disse forhold er blandt andet kommunens geografiske størrelse, infrastruktur, politisk ønske om fokus på henholdsvis borger- og patientrettet forebyggelse, den kommunale organisation, størrelsen af bevillingen til etablering af et sundhedscenter og tilgængelige lokaler. Der er i denne rapport ikke løsninger på, hvilke modeller der bør vælges under forskellige omstændigheder, blandt andet fordi rapporten ikke har haft til formål at gå i dybden med specifikke kommunale forudsætninger i de enkelte kommuner. Det indgår i vurderingen, hvordan enkelte af disse kommunale forhold kan påvirke hensigtsmæssigheden af en sundhedscentermodel.

Afsnittet er opbygget således, at de tre typer af sundhedscentre kort opsummeres ud fra beskrivelserne i kapitel 3. Under hver centertype vurderes en række elementer af betydning for denne centertype, herunder fordele og ulemper ved forskellige organiseringsformer. Afslutningsvis opstilles hvilke forhold kommunerne bør overveje i forbindelse med etablering af de tre typer af sundhedscentre.

### Patientrettede sundhedscentre

Denne type sundhedscenter varetager typisk forebyggelsesopgaver målrettet borgere med kronisk sygdom. Målgruppen omfatter hyppigst borgere med diabetes eller KOL, og nogle steder desuden borgere med hjertekarsygdom. Centrets indsats består oftest af længerevarende forløb, som indebærer undervisning i de konkrete sygdomme, kost- og motionsvejledning samt fysisk træning. En stor del af centrene har tilbud om patientuddannelse, hvor borgere med en kronisk sygdom undervises af medpatienter på tværs af diagnoser i håndtering af kroniske sygdomme.

### Elementer i organisering

#### Målgrupper

Det patientrettede sundhedscenter er oftest målrettet udvalgte diagnosegrupper, og de fleste steder tilbydes indsatser overfor tre til fire diagnosegrupper. Af hensyn til tilgængelige ressourcer og kvaliteten af tilbudet forekommer det hensigtsmæssigt at prioritere udvalgte grupper. I en udviklingsfase vil det ligeledes være fordelagtigt at afgrænse tilbuddet, og sikre at de er vellykkede, for senere, hvis der er ressourcer til det, at udvide tilbuddet. Det skal samtidig pointeres, at patientgrundlaget i en kommune inden for målgrupperne vil have betydning for, hvor mange diagnosegrupper det vil være hensigtsmæssigt at have indsatser for.

De fleste centre har valgt at diagnoseopdele de patientrettede forløb og nogle centre har erfaret, at det kan tage lang tid at samle et hold, og at enkelte borgere må vente længe på et tilbud. En løsning herpå kunne være at tilbyde et mere fleksibelt og løbende optag på forløbene. Imidlertid er det så en udfordring at skabe et fællesskab på holdet. I nogle centre er det erfaringen, at det er en fordel for deltageres fællesskab at have lukkede hold, hvor der kun er én op-

start. Et alternativ kunne være at tilbyde hold, der ikke er diagnoseopdelt, hvilket enkelte sundhedscentre har haft gode erfaringer med. Hensigtsmæssigheden af de forskellige holdtyper hænger igen sammen med patientgrundlaget i kommunen. I kommuner med få borgere med de udvalgte sygdomme vil det sandsynligvis være nødvendigt med løbende tilmelding eller blandede hold, for at sikre tilstrækkelig deltagelse. Et andet alternativ kunne være at etablere et tværkommunalt samarbejde, hvor borgerne kan benytte sundhedscentre i flere kommuner således, at centret i én kommune har tilbud til nogle diagnosegrupper, og centret i en anden kommune har tilbud til andre diagnosegrupper.

### Personale

Hvad angår personale på det patientrettede sundhedscenter vurderes det af centrene og deres samarbejdsparter, som centralt for kvaliteten af aktiviteterne, at der er ansat sundhedsfaglige personalegrupper, som besidder specifik viden om de relevante sygdomsgrupper og kan varetage træning, kostvejledning samt rådgive om håndtering af en kronisk sygdom. Mange sundhedscentre har erfaret vigtigheden af, at der på centret er ansat sundhedsfagligt personale i forhold til at opnå faglige relationer og tillid i samarbejdet med praktiserende læger og sygehuse.

Flere sundhedscentre har oplevet det som en fordel, at der på centret er ansat personale med forskellig faglig baggrund, som kan indgå i et tværfagligt samarbejde. Samarbejdet opleves dog til tider også som en udfordring grundet forskelle i professioners kultur og baggrund.

### Samarbejdsrelationer

Væsentlige samarbejdsparter for sundhedscentre med patientrettede aktiviteter er praktiserende læger og sygehuse. Det er hensigtsmæssigt, at disse parter informerer og henviser borgere til sundhedscentret,

for at sikre udredning og skabe sammenhæng med de øvrige sundhedsvæsen.

Det vurderes som hensigtsmæssigt, at der til de patientrettede indsatser er et krav om henvisning, idet der dermed er mulighed for at sikre, at de borgere, der får tilbud i sundhedscentret, også har et behov ud fra en lægefaglig vurdering og udredning. Yderligere er henvisningen hensigtsmæssigt, idet lægen på den måde ved besked om deres patienters deltagelse i centret og dermed bevarer sin rolle som tovholder i forhold til borgernes kontakt med sundhedsvæsenet.

For patientuddannelsen og enkelte steder med patientrettede forløb er der etableret en åben adgang til centret, hvor borgerne kan henvende sig direkte. Fordelene herved fremhæves at være, at det er motiverende for den enkelte borger, at vedkommende selv kan henvende sig på centret og samtidig mindskes barrierer for kontakten, idet borgerne ikke skal via praktiserende læge. Man skal dog med denne løsningsmodel være opmærksom på, at det ikke er de svageste grupper, der selv henvender sig på centret og dermed får tilbuddene. Selvom der er krav om henvisning, vil det være fordelagtigt, hvis oplysning om centret sikret bredt, således at borgere selv kan tage kontakt til egen læge om tilbuddet. Forskellige kommunale enheder, som eksempelvis sygedagpengeområdet og hjemmeplejen kan desuden være op-søgende i forhold til målgruppen, med en efterfølgende henvisning fra almen praksis. Patientforeninger og andre frivillige organisationer kan inddrages i forhold til sikring af netværksgrupper og lokale idrætstilbud for at sikre fastholdelse af livsstilsændringer efter deltagelse i sundhedscentret.

### Fysisk organisering

Flere aspekter taler for, at det er mest hensigtsmæssigt, at sundhedscentre med patientrettede aktiviteter er placeret i egne bygninger.

Den patientrettede indsats foregår oftest som længerevarende forløb med involvering af flere faggrupper, hvilket taler for, at centret afholder samtlige aktiviteter på samme fysiske adresse for at sikre oplevelsen af et kontinuerligt forløb. Samtidig skaber den fysiske placering en synlighed om centret, idet både borgere og samarbejdspartnere får lettere ved at forholde sig til centret. De praktiserende læger, der er en væsentlig samarbejdspartner for netop denne centrertype, fremhæver ligeledes, at det er en fordel, at lægerne kun skal forholde sig til ét sted, hvortil borgere med en kronisk sygdom kan henvises. Det fremhæves samtidig, som en fordel ved en fysisk bygning, at den danner rammen om et fagligt miljø for centrets personale.

For denne sundhedscentertype er det desuden væsentligt, at centret har adgang til lokaler, hvor de patientrettede aktiviteter kan foregå. Således er det en forudsætning, at der findes lokaler til træningshold, omklædning, individuel rådgivning, forskellige former for undervisning og eventuelt køkken til madlavning. Yderligere kræver de patientrettede indsatser, at der er det rette udstyr til rådighed, eksempelvis træningsmaskiner og køkkenudstyr. Angående patientuddannelsen, hvor instruktør og deltagere mødes over en periode, er der også brug for mødelokaler, men der er ikke behov for træningslokaler eller udstyr. Ved at centret er placeret i en egen bygning opnås en fast adgang til lokaler og samtidig undgås at skulle flytte udstyr mellem flere lokaliteter. Såfremt der ikke findes ressourcer til, at centret placeres i egne lokaler, kunne et alternativ være at placere centret sammen med lignende aktiviteter, herunder eksempelvis kommunens genoptræning.

Til den faste geografiske placering knytter sig imidlertid en række overvejelser. Enkelte kommuner har givet udtryk for, at det primært er borgere fra den by, hvor sundhedscentret er placeret, som benytter sig af centrets tilbud. Udfordringen ved et sundhedscenter i

en bygning er således at sikre, at centret er tilgængeligt for borgere i hele kommunen. Enkelte steder har man gjort sig gode erfaringer med at placere sundhedscenterfaciliteter, eventuelt satellitfunktioner, i to byer i kommunen som følge af store geografiske afstande og dårlig infrastruktur. Ved flere sundhedscentre i én kommune bør der imidlertid gøres overvejelser om ressourceforbrug. At have flere centre kræver enten, at der er flere hold medarbejdere fast placeret i de forskellige centre, eller at medarbejdere fra ét center skal ud til de forskellige centre. Ét af de 18 centre har valgt en model, hvor medarbejderne tager rundt til flere centre, hvilket beskrives som ressourcekrævende, da meget af medarbejdernes tid bruges på transport. Ved flere centre skal det desuden overvejes, hvordan der sikres fællesskab og videndeling mellem medarbejderne i de forskellige centre.

En anden væsentlig overvejelse vedrører selve bygningerne. De fleste sundhedscentre er placeret i en eksisterende kommunal bygning. Dermed udnyttes bygningsmassen, men det er samtidig væsentligt at være opmærksom på, hvorledes bygningen understøtter centrets aktiviteter.

Ved brug af eksisterende lokaler kan der være udfordringer i hensigtsmæssigheden af lokalerne, idet flere sundhedscentre har oplevet problemer med pladmangel til deres aktiviteter som følge af for få eller for små lokaler.

Ved valg af lokaler er det desuden vigtigt, hvilken signalværdig bygningen sender til borgerne. Således kan sundhedscentre, der har til huse i et nedlagt hospital, opleves problematisk, idet borgerne identificerer centret med sygdom frem for med sundhedsfremme. Ligeledes vurderer nogle centre, at det er en barriere, at centret er placeret på et nedlagt plejehjem, som er en bygning borgerne associerer med et tilbud for ældre mennesker.

### Borgerrettede sundhedscentre

Fokus for denne centertype er borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, som skal fremme en sund livsstil hos borgerne og forebygge, at sygdom opstår. Målgruppen omfatter generelt alle kommunens borgere, men kan også omfatte særlige grupper så som sygedagpengemodtagere, etniske minoriteter og socialt udsatte. Sundhedscentret har oftest fokus på livsstilsfaktorerne kost, rygning og motion, og sjældnere på alkohol. De aktiviteter, der er mest almindelige inden for den borgerrettede forebyggelse, er sundhedstjek, kostvejledning, motionsrådgivning og motionsaktiviteter, tilbud til overvægtige børn, rygestopkurser, undervisning i skoler samt kompetenceudvikling af faggrupper.

#### Elementer i organisering

##### Målgrupper

Sundhedscentre med borgerrettet forebyggelse kan henvende sig til mange forskellige målgrupper afhængig af lokale sundhedsmæssige udfordringer og politisk prioritering. Angående aktiviteterne inden for den borgerrettede forebyggelse fremhæves det flere steder, især blandt samarbejdspartnerne, at centrene skal afgrænse deres tilbud, så de, i stedet for at lave en lidt på mange områder, fokuserer indsatsen for at kvaliteten sikres og sandsynligheden for effekt øges. Antallet af aktiviteter kan således udvides gradvis, i takt med at eksisterende tilbud bliver velintegrerede og overgår til drift, og der er ressourcer til at udvikle nye.

Aktiviteter inden for borgerrettet forebyggelse er i de 18 sundhedscentre, der har fået puljemidler, åbne tilbud, hvor borgerne selv kan henvende sig, hvilket generelt opleves som hensigtsmæssigt. Mange centre benytter sig af at informere om deres tilbud igennem de lokale medier og lokale foreninger. Udfordringen ved denne adgang til tilbuddene, hvor borgerne

selv skal henvende sig, er dog at centret ikke når de grupper, der ikke selv har en opsøgende sundhedsadfærd. Dette er nogle af sundhedscentrene opmærksomme på og har udgående funktioner generelt i kommunen eller opsøger udvalgte sårbare grupper med målrettede sundhedstilbud. Der tilbydes desuden kompetenceudvikling af personalet på eksempelvis skoler, daginstitutioner, aktiveringscentre og væresteder, som efterfølgende skal sikre tilbud til målgruppen.

##### Personale

Ligesom ved det patientrettede center er det for denne sundhedscentertype vigtigt, at der ansættes en tværfaglig medarbejdergruppe, der har kompetencer til at dække de brede borgerrettede forebyggelsestilbud. Det være sig sundhedsfaglige professioner men også andre, der har erfaring og kompetencer inden for forebyggelse. Der er desuden behov for medarbejdere, der kan styre samarbejdsrelationerne og sikre information om sundhedscentret til borgerne og samarbejdspartnerne. Alle borgerrettede centre, men især de centre der ikke har aktiviteter i egne bygninger har behov for at vægte disse kompetencer blandt medarbejderne.

##### Samarbejdspartnere

Idet flere af de borgerrettede aktiviteter ofte foregår i andre regi end sundhedscentret kræves der en høj grad af samarbejde mellem de eksterne parter og sundhedscentret. De borgerrettede centre har øvrige kommunale enheder og frivillige organisationer som en af deres væsentligste samarbejdspartnere. Det er hensigtsmæssigt med disse samarbejdsrelationer, idet der kan sikres sundhedsorienterede tiltag i andre kommunale enheder og lokale aktiviteter via kommunens frivillige organisationer. Praktiserende læger og andre samarbejdsparter har imidlertid også en rolle, idet de informerer deres patienter om centrene tilbud og opfordrer til, at de benytter centret.

### Fysisk organisering

Den generelle holdning i sundhedscentre er, at den borgerrettede forebyggelse skal bringes tæt på borgerne, og at store geografiske afstande ikke skal udgøre en barriere for at borgerne motiveres til at foretage ændringer og fastholde en sund livsstil. Nogle af de borgerrettede tilbud kan være mobile, hvor man kommer ud til borgerne i eksempelvis skoler, daginstitutioner, plejehjem, arbejdspladser, byrum og parker eller mere indirekte via kompetenceudvikling af kommunalt personale. Andre tilbud kræver, at der er adgang til lokaler, som enten skal placeres på et fysisk udformet sundhedscenter eller et andet sted i kommunen.

En murstensløs organisering med dens udgående funktioner fremstår som en hensigtsmæssig løsningsmodel. Fordelene ved en murstensløs sundhedscenterorganisation er, at det er fleksibelt, at tilbuddene kan spredes geografisk, at der ikke er udgifter forbundet med husleje, samt at det er muligt at justere projekter, lukke projekter og opstarte nye tilbud hurtigt. En mere fleksibel organisation kan desuden betyde, at centret har mulighed for at frikøbe og låne personale efter behov til de forskellige aktiviteter. De murstensløse centre er desuden velegnede i forhold til at integrere tilbuddene i borgernes hverdag samt iværksætte rammeskabende aktiviteter som kostpolitikker i institutioner og kompetenceudvikling af personale. Det opleves som en fordel i sundhedscentre, der har organiseret sig murstensløst, at de fysisk er placeret sammen med samarbejdspartnere så som andre forvaltninger eller andre områder i sundhedsforvaltningen. Dette skyldes, at det murstensløse sundhedscenter forudsætter en meget høj grad af samarbejde med andre kommunale enheder. En ulempe ved de murstensløse sundhedscentre er imidlertid, at centrene er afhængige af at låne lokaler rundt omkring i kommunen, og der i flere kommuner været problemer med adgang til lokaler. Den vigtigste udfordring, der nævnes ved denne or-

ganisationsform, er, at skabe synlighed omkring centrets tilbud, så både borgere og praktiserende læge, som skal informere om tilbuddet, ved hvilke tilbud, der er, og hvor de er placeret. Det må i den forbindelse formodes at hensigtsmæssigt, hvis der er ét sted borgerne kan kontakte, som kan formidle relevante tilbud.

Nogle af de sundhedscentre, der har borgerrettede aktiviteter, har valgt at tilknytte en sundhedsbus, der kører rundt i kommunen og laver opsøgende arbejde. Ved dette opsøgende arbejde søger sundhedscentre at nå borgere, der ellers ikke ville benytte sig af centrets tilbud. Sundhedsbussen opleves i de pågældende centre som en hensigtsmæssig måde at nå ud til alle borgerne i de store kommuner samt et redskab til at skabe synlighed om sundhed. En ulempe ved en sundhedsbus er imidlertid, at den hele tiden er placeret forskellige steder, og at der er skiftende temaer, hvilket gør det vanskeligt for praktiserende læge at informere om tilbuddet. Det kan ligeledes være vanskeligt for borgere, der ønsker at benytte et tilbud, at have overblik over, hvor bussen befinder sig, og hvad tilbuddet er, hvis det eksempelvis er skiftet fra blodtryksmålinger til lungefunktionstest. Ved flere af de test, der foretages ved bussen blandt andet blodtryksmåling og lungefunktionstest, er der desuden et vist overlap med undersøgelser i almen praksis. Der er dog den forskel at bussen har en opsøgende funktion. Det må desuden formodes at være ulempe, at bussens tilbud ofte er engangstilbud, hvor der ikke i sundhedscenterregi følges op på for eksempel målinger af blodtryk og lungefunktion med efterfølgende tilbud om rådgivning til vedvarende livsstilsændringer.

Der kan også være fordele forbundet med at placere et borgerrettet sundhedscenter i en fysisk bygning, idet der for dette center gælder de samme overvejelser som for de patientrettede centre hvad angår central placering, synlighed og tilgængelighed, let



adgang til lokaler, samt at det er lettere for borgere og samarbejdspartnere at forholde sig til centret og dets tilbud, hvis det er placeret i fysiske bygninger. Det kan ligeledes være hensigtsmæssigt med en fysisk bygning i mindre lokalområder, hvor der er let adgang til centret eller hvis centret har særlige målgrupper, hvor en konkretisering af tilbuddet via en bygning sikrer, at tilbuddenes benyttes. Hvis man vælger at have bygninger til de borgerrettede aktiviteter, skal man ligeledes være bevidst om, hvor de placeres, så man undgår at borgerne associerer stedet med noget, der mindsker deres lyst til at deltage i tilbuddene.

Sundhedscentre med borgerrettede aktiviteter placeret i en bygning har den ulempe, at de ikke kommer ud til borgerne med tilbud i samme grad, som hvis centret havde været murstensløst. I en del sundhedscentre, som har valgt at have bygninger, er nogle af de borgerrettede aktiviteter samtidig organiseret som udgående funktioner. I disse centre anses det som hensigtsmæssigt at have en bygning, som fungerer som base for fagligt fællesskab og et sted, hvor borgerne kan henvende sig, mens de udgående funktioner anses for nødvendige på grund af kommunens store geografiske størrelse. Et enkelt sted beskrives dog, at der også kan være ulemper ved både at have en bygning og udgående funktioner, da det er tidskrævende for medarbejderne at tage rundt i kommunen.

### Patientrettede og borgerrettede sundhedscentre

Denne type center har indsatsen inden for både borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse samt patientrettet forebyggelse i forhold til kronisk syge. For denne centervariant gælder, at man skal være opmærksom på de samme forhold som beskrevet under henholdsvis borgerrettede sundhedscentre og pa-

tientrettede sundhedscentre, altså behovet for lokaler og faciliteter i forhold til de patientrettede aktiviteter, og udgående og rammeskabende funktioner i forhold til de borgerrettede aktiviteter. I en samling af borgerrettet og patientrettet forebyggelse vil det således være hensigtsmæssigt at have bygninger kombineret med udgående funktioner. Ved et center med begge typer forebyggelse skal man, som ved de to øvrige centertyper, overveje forhold som synlighed af tilbuddene, tværfaglige personalegrupper, kontakt til målgruppen og henvisningskrav til forløb for borgere med kronisk sygdom. Der skal desuden etableres vel fungerende samarbejdsrelationer med parter relevant for både borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Det vil sige både almen praksis, sygehus, frivillige foreninger og forskellige kommunale områder.

Der er både fordele og ulemper ved at have borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud på det samme sundhedscenter. Nogle sundhedscentre oplever fordele i, at samle begge typer forebyggelsestilbud under samme tag, således at der er én samlet indgang til sundhedstiltagene. En samling af områderne beskrives ligeledes at skabe et fagligt miljø på centret, hvor der kan udveksles viden og skabes en synergieffekt mellem områderne. Det vurderes endvidere, at det er lettere at fortsætte fra de patientrettede tilbud til de borgerrettede tilbud, når de to funktioner er fysisk samlet. De borgerrettede tilbud kan således virke som en overgang for borgerne med en kronisk sygdom, som skal lære at fastholde opnåede livsstilsændringer.

Sundhedscentrene har generelt ikke kommenteret ulemper ved at have borgerrettede og patientrettede tilbud samlet i ét center. Enkelte har dog givet udtryk for, at det kan være en ulempe, at det bliver for bredt og uoverskueligt. Nogle centre har derfor fravalgt at have fokus på begge forebyggelsesområder fra start men ønsker på sigt at inkludere begge tiltag. I nogle af de sundhedscentre, der har begge typer af tilbud

nævnes, at det ville være en fordel fysisk at adskille de patientrettede og borgerrettede tilbud, mens de organisatorisk er samlet, idet det ledelsesmæssigt opleves for stort at have områderne samlet. Det er således væsentligt ved denne model, at arbejde aktivt for at sikre, at de potentielle fordele med sammenhæng for personale og borgere bliver en realitet.

## Opsummering

Som det fremgår af ovenstående, er der en række forhold kommunerne bør overveje i forbindelse med etablering af henholdsvis patientrettede, borgerrettede og eller blandede sundhedscentre.

Ved etablering af et patientrettet sundhedscenter bør målgruppen være afgrænset, i hvert fald i en udviklingsfase. Det skal overvejes, hvorvidt holdene skal være diagnoseopdelt eller blandede på tvær af diagnoser, og hvorvidt der skal være lukkede hold eller løbende tilmelding. Patientgrundlaget i kommunen vil have betydning for valg af både målgrupper og holdtyper.

Henvisningsprocedurer skal overvejes, og for at sikre sammenhæng og en lægelig udredning er det hensigtsmæssigt, at der er krav om henvisning. Samtidig er det hensigtsmæssigt med information om centret direkte til borgerne og opsøgende arbejde blandt andre kommunale enheder. Det er hensigtsmæssigt at etablere samarbejdsrelationer med almen praksis og sygehus i forhold til henvisning og arbejdsdeling samt med patientforeninger og andre frivillige foreninger i forhold til lokale tilbud.

Personalemæssigt er det hensigtsmæssigt med tværfaglige og sundhedsfaglige personalegrupper for at sikre et bredt tilbud i centret, kvalitet i tilbuddet og samarbejdsparternes tillid til centret.

Ved patientrettede sundhedscentre er det hensigtsmæssigt med egne bygninger for at sikre synlighed og adgang til lokaler og faciliteter. Kommunerne skal dog overveje bygningens tilgængelighed, især i forhold til kommunens geografiske afstande og infrastruktur, og ved brug af eksisterende lokaler skal lokalernes hensigtsmæssighed vurderes i forhold til størrelse og signalværdig.

Ved etablering af borgerrettede sundhedscentre er det hensigtsmæssigt, hvis centrene fokuserer indsatsen på udvalgte områder, i stedet for at lave lidt på mange områder. Antallet af tilbud kan gradvist udvides.

Det er, som ved patientrettede sundhedscentre, fordelagtigt med en tværfaglig personalegruppe. Der skal desuden etableres velfungerende samarbejdsrelationer for at sikre sundhedsorienterede tiltag i andre kommunale enheder og aktiviteter via kommunens frivillige organisationer samt information til borgerne via praktiserende læge.

Det er afgørende at centrene når ud til borgerne, for at sikre kontakt og tilbud i geografisk store kommuner og til borgere, der ikke selv er opsøgende i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. En murstensløs organisation kan være en fordel i den forbindelse. De murstensløse centre er desuden velegnede i forhold til at integrere tilbuddene i borgernes hverdag samt iværksætte rammeskabende aktiviteter. Udfordringen ved de murstensløse centre er imidlertid at skabe synlighed, lokaler til aktiviteter og at sikre samarbejde og koordination. Der er også fordele forbundet med centre med egne bygninger i forhold til synlighed og adgang til lokaler. Ved valg af egne bygninger er det hensigtsmæssigt at kombinere det med udgående funktioner. I nogle kommuner har de valgt at have sundhedsbus, der kører rundt i kommunen og laver opsøgende arbejde. Ved overvejelser om en sundhedsbus skal kommunen være sig bevidst

om bussens formål samt at busbesøg i højere grad skaber opmærksomhed på sundhed end vedvarende livsstilsændringer. Bussen skiftende placeringer og sundhedsmæssige temaer kan desuden være en udfordring i formidlingen til borgere og samarbejdsparter.

Ved et sundhedscenter, hvor borger- og patientrettet forebyggelse er samlet, bør overvejelserne om de to andre centertyper tages i betragtning i forhold til lokaler og faciliteter, og udgående og rammeskabende funktioner, synlighed, tværfaglige personalegrupper og kontakt til målgruppen. En kombinations-

model med hensynstagen til disse overvejelser bør vælges, og det vil blandt andet være hensigtsmæssigt med egne bygninger i kombination med udgående funktioner. Der skal desuden etableres velfungerende samarbejdsrelationer med parter relevant for både borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Vælges centertypen med begge typer forebyggelse, er det centralt at kommunen arbejder aktivt for at fordelene ved denne model i form af synergi og sammenhæng mellem områderne bliver en realitet frem for de potentielle ulemper i form af unødigt kompleksitet og uoverskuelighed.

---

## 8. Analyse af sundhedscentrenes betydning for brug af sundhedsydelse

Sundhedscentre har uanset vægtningen af patientrettede og borgerrettede aktiviteter til hensigt at øge borgernes sundhed og livskvalitet. I debatten om sundhedscentrenes betydning for det samlede sundhedsvæsen indgår, at sundhedscentrene blandt andet kan medføre øget sundhed og mindre brug af sundhedsydelser, især til direkte behandling af sygdomme.

Der kan i den forbindelse både være tale om en substitutionsmekanisme, hvor tilbuddene flyttes fra de eksisterende sundhedsaktører, som praktiserende læge og sygehus, til sundhedscentrene, eller at sundhedscentrene øger borgernes sundhed og derved medfører et mindre behov for sundhedsydelser.

Sundhedscentrenes effekt på borgernes sundhed kan indirekte undersøges via registeranalyser om brugen af sundhedsvæsenet på befolkningsniveau. Det er dog urealistisk på nuværende tidspunkt, at foretage en egentlig effektvurdering, idet sundhedscentrene kun har eksisteret i en kort periode. Der er i stedet foretaget analyser af enkelte effektindikatorer på befolkningsniveau til en forsigtig vurdering af, hvorvidt sundhedscentrene på nuværende tidspunkt kan have medvirket til en ændring i borgernes kontakt til sygehus og almen praksis. Registeranalyserne i denne rapport har således primært til formål, at præsentere eksempler på relevante hypoteser, som om en årrække kan undersøges med gentagne analyser.

Følgende hypoteser undersøges i forhold til måling af sundhedscentrenes effekt på brugen af sundhedsydelser.

1. I de kommuner, hvor de 18 sundhedscentre er etableret, har den borgerrettede forebyggelse medført, at brugen af alment praktiserende læge er faldet
2. I de kommuner, hvor sundhedscentrene har haft en patientrettet forebyggelse rettet mod borgere med diabetes, er antallet af diabetesrelaterede indlæggelser reduceret
3. I de kommuner, hvor sundhedscentrene har haft en patientrettet forebyggelse rettet mod borgere med KOL, er antallet af indlæggelser med KOL reduceret
4. Der ses desuden indlæggelser med blodprop i hjertet, men da den patientrettede forebyggelse i forhold til hjertekarsygdom er begrænset, er der ikke opstillet nogen hypotese herom.

I dette kapitel beskrives registeranalysens resultater for de fire hypoteser på tværs af de 18 kommuner, som har modtaget puljemidler, hvilket sættes i forhold til de øvrige kommuner i Danmark. I de efterfølgende kapitler om de enkelte sundhedscentre præsenteres resultaterne for den første hypotese om brug af almen praksis, mens resultater vedrørende diabetes, KOL og blodprop i hjertet alene præsenteres ved de centre, der har en specifik indsats rettet mod disse sygdomme eller tilbyder patientuddannelse rettet mod alle borgere med en kronisk sygdom.

### Resultater

#### Brug af alment praktiserende læge

Som tabel 8.1 viser, har der både i kommunerne med sundhedscentre og i resten af Danmark været en stigning i antallet af ydelser fra alment praktiserende læger siden 2005 på 3-5%. Stigningen er størst i kommunerne med sundhedscentre, og forskellen er signifikant. Sammenligner man i stedet med 2006, er stigningen lidt lavere, nemlig 0,9% i kommuner med sundhedscentre, sammenlignet med 1,5% i hele Danmark. Ser man på de enkelte kommuner, er stignin-

Tabel 8.1 Brug af alment praktiserende læge, antal ydelser pr. indbygger.

Kommune	År			Ændringer	
	2005	2006	2007	2005-2007	2006-2007
København	8.0	8.2	8.2	2,7%	0,2%
Lyngby-Taarbæk	8.7	8.9	9.0	3,4%	1,4%
Fredensborg	9.8	10.1	10.0	1,9%	-0,9%
Hillerød	8.8	9.0	9.0	2,6%	-0,1%
Odsherred	9.6	10.2	10.2	5,6%	-0,7%
Næstved	9.6	9.9	9.8	2,9%	-0,5%
Vordingborg	10.4	10.7	10.6	1,3%	-1,6%
Bornholm	10.9	11.6	12.2	12,0%	5,8%
Faaborg-Midtfyn	10.1	10.4	10.6	4,5%	1,4%
Odense	10.2	10.5	10.6	4,1%	1,5%
Sønderborg	12.2	12.4	12.3	0,6%	-0,8%
Horsens	10.4	10.5	10.6	1,8%	0,3%
Vejle	9.8	10.0	10.0	1,4%	-1,0%
Samsø	8.4	10.1	10.4	24,3%	2,4%
Århus	9.8	10.1	10.1	3,4%	-0,1%
Ringkøbing-Skjern	9.0	9.6	9.8	8,1%	1,5%
Brønderslev	9.9	10.3	10.3	4,1%	-0,1%
Vesthimmerlands	10.0	10.5	11.3	13,1%	7,1%
Gennemsnit SC	9.8	10.2	10.3	5,3%	0,9%
Resten af Danmark	9.7	10.0	10.1	2,9%	1,5%

gen i antallet af ydelser siden 2005 mindre i 7 af de 18 kommuner med sundhedscentre sammenlignet med gennemsnittet i resten af Danmark. Siden 2006 er stigningen mindre i 14 af 18 kommuner. Udviklingen er altså meget forskellig afhængig af, om man benytter 2005 eller 2006 som basisår, hvilket ikke burde have betydning, og man kan derfor ikke konkludere noget sikkert om sundhedscentrenes betydningen for brugen af alment praktiserende læge. De ændringer, der er observeret, kan have andre årsager.

### Diabetesrelaterede indlæggelser

Af tabel 8.2 fremgår det, at der siden 2005 har været en lidt lavere stigning i indlæggelser med diabetesdiagnose i kommuner med sundhedscenter end i resten af landet, nemlig cirka 0,9% i forhold til 2,5%. Hvis man imidlertid kun ser på de kommuner, der har sundhedscentre med en indsats målrettet borgere med diabetes, har der været et direkte fald i indlæggelserne på 2,4%. Denne forskel er signifikant. Her giver det kun begrænset mening at se på de enkelte

Tabel 8.2 Indlæggelser (pr. 1000) med diabetesdiagnose.

Kommune	År			Ændringer	
	2005	2006	2007	2005-2007	2006-2007
København	1.85	1.90	1.96	6,2%	3,0%
Lyngby-Taarbæk	1.26	1.47	1.05	-16,4%	-28,5%
Fredensborg	1.91	1.71	1.55	-18,9%	-9,1%
Hillerød	1.85	1.52	1.96	5,7%	28,9%
Odsherred	2.92	2.72	2.67	-8,6%	-2,0%
Næstved	1.76	2.18	2.16	22,9%	-0,8%
Vordingborg	1.64	1.98	2.25	37,0%	13,6%
Bornholm	2.68	3.03	3.19	18,9%	5,1%
Faaborg-Midtfyn	1.44	1.40	1.12	-22,6%	-20,4%
Odense	1.54	1.63	1.62	5,1%	-0,7%
Sønderborg	1.58	1.58	1.68	6,2%	6,4%
Horsens	1.48	1.12	1.69	14,1%	50,1%
Vejle	1.57	1.48	1.62	3,0%	9,1%
Samsø	2.89	5.08	3.15	8,9%	-38,1%
Århus	2.00	1.87	1.63	-18,5%	-12,4%
Ringkøbing-Skjern	2.01	1.53	2.01	0,0%	30,9%
Brønderslev	1.73	1.92	1.83	5,8%	-4,8%
Vesthimmerlands	2.14	1.89	2.05	-4,3%	8,7%
Sundhedscentre med indsats	1.84	1.83	1.80	-2,4%	-1,9%
Andre med sundhedscentre	1.78	1.78	1.86	4,3%	4,5%
Alle med sundhedscentre	1.81	1.81	1.83	0,9%	1,3%
Resten af Danmark	1.64	1.66	1.68	2,5%	1,1%

kommuner, da antallet af indlæggelser er så lille, at tilfældige variationer vil give store procentvise ændringer. Ud af de 9 kommuner med en særlig indsats var der i forhold til resten af Danmark tale om en lavere stigning eller reduktion i antallet af indlæggelser i de 4 kommuner. Kun i Århus Kommune var der en signifikant reduktion i antallet af indlæggelser. Ud fra dette kan man med forsigtighed konkludere, at det ser ud til, at der i de kommuner, hvor sundhedscentrene har haft en indsats rettet mod borgere med diabetes, har været et fald i antallet af diabet-

sindlæggelser. Det kan imidlertid ikke vurderes, om det er sundhedscentrene, der har medført dette fald, og det skal understreges, at der i eksempelvis Århus Kommune og på Fyn har været andre initiativer i sundhedsvæsenet på diabetesområdet, som kan være medvirkende til at forklare den observerede udvikling. Ser man på det samlede antal deltagere i diabetesforløbene, er der totalt tale om cirka 700 borgere eller cirka 1-2% af alle borgere med konstateret diabetes. Umiddelbart kan man ikke forvente en effekt, når kun en så lille andel af borgerne nås. Undersøges

i stedet diabetesrelaterede indlæggelser viser det samme tendenser, men forskellene er dog ikke signifikante.

Et fald i antallet af indlæggelser kunne hænge sammen med en stigning i antallet af ambulante kontakter. Dette kunne skyldes en omstilling i sygehusvæsenet og således være uafhængigt af sundhedscentre, eller at sundhedscentre kunne medvirke til, at borgerne med diabetes i stedet kunne nøjes med ambulante besøg. En analyse af indlæggelser giver således ikke det fulde billede af sygehusbelastningen i forbindelse med diabetes. Der har i de senere år været en tendens til i hele Danmark, at diabetesindlæggelser erstattes af ambulante kontakter. Derfor er også udviklingen i ambulante diabeteskontakter undersøgt. De organisatoriske ændringer hen mod ambulante behandling på diabetesområdet kan findes i registrene fra 1998 til 2001. Herefter ses ikke nogen sammenhæng, idet omfanget af diabetesindlæggelser har været konstant, mens antallet af ambulatoriebesøg har varieret voldsomt. Analysen viser desuden et betydeligt fald i antallet af ambulante diabeteskontakter på 30-40% fra 2005 til 2007 i kommuner med såvel som uden sundhedscentre. Når man ser på de enkelte kommuner, er der dog meget store udsving, både i forekomsten af ambulante kontakter og i ændringerne, hvilket gør det meget svært at vurdere betydningen af sundhedscentre i forhold til andre faktorer af betydning for ambulante kontakter.

### Indlæggelser med KOL

Tabel 8.3 viser et generelt fald i antallet af indlæggelser med KOL på 6% siden 2005. For kommunerne med sundhedscentre er faldet kun på 1,1%, og ser man alene på de kommuner, hvor der har været en indsats rettet mod borgere med KOL, er faldet kun på 0,4%. Betragter man i stedet 2006 som udgangspunkt, har der i kommunerne med en KOL-indsats,

været et fald på 10% sammenlignet med 1% i resten af Danmark. Der er ingen umiddelbar forklaring på dette. Der er dog store variationer mellem kommunerne med en KOL-indsats, fra en stigning på 65% i Vesthimmerlands Kommune til et fald på 34% i Århus Kommune. Disse store variationer bør undersøges nærmere, da der kan være tale om ændringer i opsporing og diagnosticering af KOL-indlæggelser, eller ændringer i indlæggelsespraksis. På denne baggrund må det konkluderes, at tallene ikke ser tilstrækkeligt pålidelige ud til at man ud fra dem kan vurdere, om der på nuværende tidspunkt i kommunerne med KOL-indsats rent faktisk er sket et fald i antallet af indlæggelser.

### Indlæggelser med blodprop i hjertet

Tabel 8.4 viser det samme fald i indlæggelseshyppigheden for blodprop i hjertet i kommuner med sundhedscentre som i det øvrige Danmark, både i forhold til 2005 og i forhold til 2006. Der er dog en tendens til et mindre fald i kommuner med sundhedscentre end i de øvrige kommuner, men denne forskel er ikke statistisk signifikant. Ser man på de enkelte kommuner, er der for 8 af de 18 kommuner et større fald end i resten af Danmark i forhold til 2005, mens der i 10 af kommunerne er et mindre fald - heraf var der i 5 kommuner tale om en stigning. Ser man på enkeltkommuner, var der et markant fald i Lyngby-Taarbæk, Odsherred, Faaborg-Midtfyn og Brønderslev Kommune. På nær i Brønderslev Kommune er disse forskelle statistisk signifikante. Af disse kommuner har kun sundhedscentret i Odsherred Kommune haft en indsats rettet direkte mod borgere med hjertekarsygdom, dog kun med 16 deltagere. Lyngby-Taarbæk, Faaborg-Midtfyn og Brønderslev Kommune havde desuden en generel borgerrettet indsats, som muligvis kan forebygge hjertekarsygdomme. En sådan findes dog også i en række andre kommuner. Ud fra dette kan det konkluderes, at der ikke på nuværen-

Tabel 8.3 Indlæggelser (pr. 1000) med KOL.

Kommune	År			Ændringer	
	2005	2006	2007	2005-2007	2006-2007
København	2.88	2.95	2.90	0,9%	-1,6%
Lyngby-Taarbæk	2.98	3.52	3.83	28,7%	8,9%
Fredensborg	3.01	2.98	3.31	9,9%	11,0%
Hillerød	3.16	2.70	3.19	0,9%	17,8%
Odsherred	5.47	6.05	5.82	6,3%	-3,8%
Næstved	1.70	1.92	2.69	58,3%	40,0%
Vordingborg	1.75	2.99	2.38	35,9%	-20,5%
Bornholm	2.96	3.08	2.93	-0,9%	-4,8%
Faaborg-Midtfyn	2.99	2.07	2.04	-31,6%	-1,2%
Odense	3.32	3.30	2.80	-15,7%	-15,0%
Sønderborg	3.78	3.59	2.99	-21,0%	-16,8%
Horsens	3.58	3.22	3.24	-9,4%	0,9%
Vejle	3.68	3.02	3.78	2,7%	25,1%
Samsø	7.95	6.77	6.53	-17,8%	-3,5%
Århus	1.61	2.39	1.57	-2,5%	-34,2%
Ringkøbing-Skjern	3.72	2.44	2.93	-21,2%	19,9%
Brønderslev	3.46	4.49	3.91	13,1%	-12,9%
Vesthimmerlands	4.01	2.91	4.79	19,5%	64,7%
Sundhedscentre med KOL indsats	2.40	2.67	2.41	-0,4%	-9,8%
Andre med sundhedscentre	3.15	3.12	3.10	-1,7%	-0,5%
Alle med sundhedscentre	2.89	2.96	2.86	-1,1%	-3,4%
Resten af Danmark	3.39	3.21	3.18	-6,1%	-0,8%

de tidspunkt kan konstateres en association mellem sundhedscentre og antallet af indlæggelser som følge af blodprop i hjertet.



Tabel 8.4 Indlæggelser (pr. 1000) med blodprop i hjertet.

Kommune	År			Ændringer	
	2005	2006	2007	2005-2007	2006-2007
København	22.4	22.4	22.1	-1,3%	-1,5%
Lyngby-Taarbæk	32.1	30.4	25.3	-21,2%	-16,8%
Fredensborg	27.2	27.3	24.8	-8,7%	-9,0%
Hillerød	23.2	24.1	25.1	7,8%	4,0%
Odsherred	38.7	38.3	34.3	-11,4%	-10,4%
Næstved	24.5	23.9	25.2	2,7%	5,4%
Vordingborg	28.2	27.4	28.2	0,0%	3,1%
Bornholm	34.4	29.4	29.8	-13,2%	1,4%
Faaborg-Midtfyn	24.8	23.7	21.1	-14,7%	-10,8%
Odense	20.4	20.2	20.2	-1,1%	-0,3%
Sønderborg	25.1	22.9	24.4	-2,9%	6,4%
Horsens	25.8	25.6	25.3	-2,1%	-1,1%
Vejle	23.3	25.5	24.2	3,5%	-5,3%
Samsø	55.6	46.4	51.3	-7,8%	10,5%
Århus	21.0	19.6	18.9	-9,9%	-3,4%
Ringkøbing-Skjern	26.4	28.8	28.1	6,3%	-2,5%
Brønderslev	26.5	26.2	23.6	-11,2%	-10,1%
Vesthimmerlands	23.8	26.6	26.9	13,3%	1,1%
Gennemsnit	23.9	23.6	23.0	-3,7%	-2,3%
Resten af Danmark	26.0	25.6	24.8	-4,8%	-3,0%

## Opsamling med diskussion

Ud fra registeranalysen af brugen af praktiserende læge og hospitalsindlæggelser er der kun fundet én association, der muligvis kan tilskrives sundhedscentrene, et fald i indlæggelser med diabetes. I kommuner med sundhedscentre med indsatser rettet mod borgere med diabetes er der sket et fald, mens der i resten af Danmark er sket en stigning. Associationen kan dog også skyldes andre indsatser i disse kommuner eller regioner.

Angående brugen af praktiserende læge har der været en generel stigning i hele Danmark i antallet af ydelser siden 2005. Forskellene mellem kommuner med sundhedscentre og de øvrige kommuner afhænger af om man benytter 2005 eller 2006 som basisår, og der kan således ikke vurderes noget sikkert om sundhedscentrenes betydningen for brugen af alment praktiserende læge.

Indsatsen overfor borgere med KOL eller hjertekarsygdom har tilsyneladende ingen association med

de undersøgte mål på nuværende tidspunkt. Det skal understreges, at disse vurderinger er meget usikre, da der er store variationer mellem de enkelte kommuner og sundhedscentre, og andre forklarende faktorer kan være på spil.

At vurdere sundhedscentrenes effekt på borgernes sundhed ud fra en analyse af registeroplysninger har en række begrænsninger, hvoraf nogle skyldes selve registermetoden, mens andre skyldes tidspunktet for analyserne. De fleste - både borgerrettede og patientrettede indsatser - kan således meget vel have en effekt, som blot ikke er målbar på denne måde eller på dette tidspunkt. Dette kan skyldes flere faktorer:

- Sundhedsfremmende indsatser som kostomlægning og rygestop vil givetvis have en effekt på sundheden, men denne vil indtræde over en årrække og dermed ikke nå at blive registreret i 2007. Ligeledes kan det for nogle indsatser, selv om de på sigt påvirker antallet af indlæggelser, være vanskeligt at se en direkte sammenhæng i registre på grund af det lange tipsperspektiv.
- En række sundhedscentre er lokale, og deres virke kan derfor have stor betydning for sundheden i lokalområdet, men denne "fortyndes" som følge af, at det kun er muligt at få registeroplysninger for hele kommunen.
- Sundhedscentrene kan på nogle områder desuden medføre en øget brug af sundhedsydelser. Dette kan ske ved, at centrene skaber et øget fokus på sundhed eller øger borgernes viden om eksisterende tilbud, hvilket kan føre til et øget brug af visse sundhedsydelser, som eksempelvis helbredstjek, forebyggende undersøgelser, forebyggende medicin med videre. Ligeledes kan sundhedstjek, måling af bloksukker med videre føre til øget brug af sundhedsydelser, hvis centrene opsporer ubehandlede lidelser. Resultatet bliver således, i hvert fald på kort sigt, et øget forbrug i sundhedssektoren.

Der er desuden stor forskel på følsomheden for de enkelte mål. Brugen af ydelser fra praktiserende læge er et meget lidt følsomt mål, da borgere i gennemsnit modtager cirka ti ydelser årligt, og det ikke er muligt at skelne mellem årsagerne til disse ydelser. Der skal altså en urealistisk stor ændring i brugen af praktiserende læge til, før dette vil kunne ses. Desuden er der så mange andre faktorer, der kan påvirke omfanget af brug af læge, for eksempel tilgængeligheden.

De patientrettede indsatser er lettere at måle effekten af, da disse indsatser ofte har til formål at forebygge genindlæggelser. Samtidig er hospitalsindlæggelser registreret på diagnose, så det er muligt at finde et præcist antal borgere med en bestemt diagnose. Alligevel kan der være faktorer, som gør det sværere at følge antallet af indlæggelse. Indlæggelsespraksis kan ændre sig, således at borgere, der før blev indlagt, nu bliver behandlet ambulant. Diagnosekodningen kan ændre sig, så det tilsyneladende antal indlæggelser stiger eller falder, selv om det reelle antal er konstant. Endelig kan der være andre lokale patientrettede indsatser end de, der er knyttet til sundhedscentrene, og de borgerrettede indsatser kan også have en direkte effekt på indlæggelserne.

Når man ser på det landsdækkende billede, kan der desuden være nogle generelle tendenser, som kan skyldes nationale indsatser, ændrede behandlingsformer eller strukturelle ændringer. Desuden kan særlige indsatser og ændringer, der gennemføres i de enkelte regioner spille ind på resultaterne.

Der er desuden kommuner, der ikke er med i denne rapport, som også har etableret sundhedscentre og andre sundhedsfremmende initiativer. En kortlægning foretaget i foråret 2008 viser eksempelvis, at 42% af landets kommuner har etableret et sundhedscenter eller forebyggelsescenter. Der vil således sandsynligvis ske lignende ændringer i brugen af sundhedsydelser i de øvrige kommuner, hvilket bety-

der, at de associationer der undersøges i de 18 sundhedscentre, som har modtaget puljemidler, kan være vanskeligere at konstatere (Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Rambøll Management. Maj 2008).

Det har været overvejet at inddrage andre end de valgte mål. Det har blandt andet været diskuteret, om brug af receptpligtigt medicin kunne være et relevant mål. Det er imidlertid vurderingen her, at der ikke kan konkluderes noget sikkert på baggrund af ændringer i medicinforbruget, da en forøgelse både kan være udtryk for en øget sygdomsbyrde (hvilket er negativt)

og en øget behandlingsfrekvens af de eksisterende sygdomme (hvilket er positivt). Dette mål blev derfor fravalgt.

De registeranalyser, der er foretaget i denne rapport, kan med fordel gentages om nogle år. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, hvornår de potentielle effekter kan forventes at kunne registreres i register. For en mere detaljeret analyse bør de enkelte borgere følges via cpr-nummer i registrene. Dette har imidlertid ikke været muligt inden for rammerne af denne rapport, og de fleste centre anvender desuden ikke registrering af borgerne ved cpr-nummer.

## 9. Beskrivelse af de enkelte centre

---

---

## Bornholms Regionskommune

### Formål

Formålet med Bornholms Sundhedscenter er både at etablere nye og udbygge de eksisterende sundheds-tilbud. Med sundhedscentret vil kommunen markere, at borgerne skal have mulighed for at være så sunde som muligt. Sundhedscentrets målgruppe er dels alle voksne borgere og dels folk med konstateret sygdom (KOL, diabetes og hjertekarsygdom).

### Indsats

Sundhedscentret omfatter både patientrettet og borgerrettet forebyggelse.

I 2006 tilbød sundhedscentret inden for borgerrettet forebyggelse sundhedstjek eventuelt opfulgt af motivationssamtale. Inden for patientrettet forebyggelse var der kurser for borgere med type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdom, patientuddannelse og diabetesrådgivning. I alt var 279 borgere været i kontakt med centret i 2006. I de diagnoserettede kurser deltog 35 personer med diabetes, 32 personer med KOL og 10 med hjertekarsygdom. 15 personer deltog i patientuddannelsen. Der har desuden været 470 borgere til informationsmøder.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet, og hvor mange borgere, der har været i 2007.

Sundhedscentret har desuden afholdt orienteringsmøder om centret for blandt andet praktiserende læger, døgnplejen, ansatte i en børnehave og kommunens rygestopinstruktører samt haft besøg fra blandt andet Scleroseforeningen, Hjerteforeningen og turnuslæger.

### Organisering

Sundhedscentret er fysisk placeret i lejede lokaler i Rønne og i Nexø, og der afvikles undervisning på en skole i Allinge. Afdelingen i Rønne har åbent hver dag, mens afdelingen i Nexø er åben en dag om ugen. Henvendelse til centret kræver ikke henvisning, men praktiserende læger, sygehuset og kommunens døgnpleje kan informere om tilbuddet.

Sundhedscentret blev oprindeligt etableret under Fagsekretariatet for Ældre- og Handicapområdet, men da Bornholms Hospital den 1. januar 2007 overgik til Region Hovedstaden blev Fagsekretariatet slået sammen med sundhedssekretariatet og fik navnet Social- og Sundhedssekretariatet.

Personalet i sundhedscentret er fuldtidsansatte fysioterapeuter og sygeplejersker samt en timelønnet diabetessygeplejerske, klinisk diætist, demenskoordinator, læge, ergoterapeut, fodterapeut og en socialrådgiver. De fastansatte varetager planlægning og gennemførelse af kurser, livsstilssamtaler, informationsmøder og informationsmateriale. De timelønnede varetager undervisning på kurser. Derudover varetager den kliniske diætist og diabetessygeplejersken individuelle vejledninger.

Sundhedscentret kræver ingen henvisning fra praktiserende læge, men lægerne kan lige som sygehus, døgnpleje og patientforeninger informere om sundhedscentret. Borgerene har imidlertid overvejende fået kendskab til sundhedscentret via lokale medier.

Sundhedscentret har en styregruppe med repræsentation fra Social- og Sundhedssekretariatet (tidligere var det Fagsekretariatet for Ældre- og Handicapområdet), kommunens ældreområde, kommunens genoptræning, Bornholms Hospital og praktiserende læger. Implementering

Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Kurser for borgere med KOL, diabetes og hjertekarsygdom med information om egen sygdom, fysisk aktivitet og kost. Test, motionsvejledning og opfølgings samtaler	August 2006 (KOL og diabetes) Oktober 2006 (hjerne)	KOL: 61 Diabetes: 68 Hjerne: 46
Individuel kostvejledning og holdbaseret motionsvejledning til borgere med KOL, diabetes og hjertekarsygdom	September 2006	Kostvejledning: 56 Motionsvejledning: 145
Netværksgrupper for borgere med diabetes	Maj 2007	ca. 30
KOL-café – deltagere fra kursus	August 2007	58
Patientuddannelse	November 2006	46
Demensskole for pårørende	Januar 2007	29
Informationsmøde om demens	August 2007	70 - 80 deltagere
Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Individuel livsstilsanalyse eller sundhedstjek samt opfølgning (alle voksne borgere). Et udsnit får trænings- og diætistvejledning	August 2006	695
Kostvejledning	August 2006	56
Åbent hus og informationsarrangementer om KOL, hjerne, diabetes og demens. Måling af lunge og blodtryk	Løbende i 2006 og 2007	ca. 800

Centrets overordnede fokus var ifølge den oprindelige ansøgning patientvejledning, sundhedsfremme samt vedligeholdelses- og genoptræning. Centret har etableret tilbud inden for de to første områder, men ikke inden for vedligeholdelses- og genoptræning. Det var oprindeligt en del af projektbeskrivelsen, at sundhedscentret skulle have et tilbud til borgere med muskel-skeletsygdomme med formål at reducere frakturer via balancetræning. Dette tilbud er imidlertid ikke oprettet, idet der allerede eksisterede faldforebyggelse i kommunen.

Der er desuden iværksat nogle nye aktiviteter i forhold til ansøgningen. Der var ikke lagt op til, at der skulle tilbydes fysisk træning, men der er blevet etableret enkelte træningshold for borgere med et særligt behov. Sundhedscentret anser derudover de borgerrettede aktiviteter som en tilføjelse til ansøgningen.

Centret valgte at tilbyde sundhedstjek af borgere, ansatte på virksomheder og ansatte i hjemmeplejen. En anden tilføjelse er, at sundhedscentret har tilbudt, at borgerne kan få gentagne målinger af blandt andet blodtryk og kondital samt individuel vejledning.

Kommunen ønskede at etablere et sundhedscenter med tre forskellige afdelinger - én i Rønne, én i Nexø (i tilknytning til plejehjem) og én på Nordbornholm. Det blev besluttet, at Rønne skulle udgøre det primære tilbud med daglig åbningstid, mens afdelingen i Nexø skulle være åben en dag om ugen. Det var imidlertid ikke muligt at finde egnede lokaler på Nordbornholm, og det blev i stedet besluttet, at patientrettede kurser skulle afvikles på en skole i Allinge.

Medarbejderne har primært arbejdet i afdelingen i Rønne og derfra taget til Nexø og Allinge. Der er dog

foretaget ændringer i personalesammensætningen. På grund af manglende kommunale ressourcer blev sårsygeplejersken og inkontinenssygeplejersken i kommunen sparet væk. De kunne derfor ikke give de planlagte tilbud i sundhedscentret. Demenssygeplejerskens tilbud blev ændret fra åbne klinikker, hvor pårørende til demente kunne søge råd og støtte til etablering af demensskoler for pårørende. Endvidere er der ikke blevet brugt midler til lægefaglig konsulentbistand til opkvalificering af sygeplejersker, idet de to ansatte sygeplejersker har specialviden fra Hospitalet (lunge- og hjerteområdet).

Der har været en række udfordringer i implementeringen af sundhedscentret. Der har været problemer med manglende lokaler og samarbejdsvanskeligheder med almen praksis og sygehus. Der har desuden været en stor udskiftning i styregruppens medlemmer i forbindelse med sammenlægningen af de to fagsekretariater samt tiltrædelsen af en ny hospitalsdirektør. Ændringerne har udgjort en barriere for kontinuiteten, og centret vurderer samtidig, at parterne ikke har bakket op om centret.

## Samarbejdsrelationer

Generelt har sundhedscentrets samarbejdsparter deltaget i styregruppen, men ikke i udviklingen af sundhedscentret. Sundhedscentret er stødt på vanskeligheder i samarbejdet med parterne, herunder især de praktiserende læger og sygehuset.

Samarbejdet med almen praksis beskrives af sundhedscentret som nærmest ikke-eksisterende. Centret fremhæver en mangel på lægernes henvisninger og information til deres patienter, men antallet af læger, der henviser til sundhedscentret, anses dog for at være steget gennem perioden. Centret peger på, at der har været en direkte modstand fra nogle af de praktiserende læger, som ikke ønsker at deltage i in-

formationsmøder og tage imod besøg fra sundhedscentret. Centret vurderer desuden, at lægerne ikke har haft tillid til, at et sundhedscenter kan være velfungerende uden lægefaglig visitation og bistand, og at lægerne har manglet kendskab til, hvad sundhedscentret kunne bruges til. Dette beskrives dog at være forbedret. Centret mener ikke, at det er muligt at etablere et velfungerende samarbejde, før området indgår i overenskomsten med de praktiserende læger. Kommunen har ansat en praksiskoordinator, som dog er tiltrådt så sent, så det ikke har haft nogen indflydelse på samarbejdet med de praktiserende læger.

Der er på nuværende tidspunkt ikke samarbejde mellem sundhedscentret og sygehuset. Centret vurderer, at det manglende samarbejde udspringer af, at både Socialudvalget og Sundhedsudvalget ønskede at søge midler fra sundhedscenterpuljen. Udfaldet blev en ansøgning fra Socialudvalget, som fik tildelt midlerne. Sundhedsudvalgets ansøgning var en model, hvor sundhedscentret var placeret på sygehuset. Sygehuset ønskede således selv at huse et sundhedscenter og anså socialudvalgets sundhedscenter som et konkurrerende tilbud. Den direkte modstand fra sygehuset kom mest til udtryk i starten, og der er med tiltrædelsen af en ny sygehusdirektør nu en mere positiv indstilling overfor centret. Den interviewede læge fra sygehuset beskriver desuden, at hans afdeling informerer deres patienter om sundhedscentret og anbefaler dem at kontakte centret. Sygehuslægen mener, at samarbejdsproblemerne til dels også har skyldtes, at der ikke har været en formel henvisningspraksis. Relationen ville kunne forbedres, hvis der blev etableret nogle rammer for samarbejdet oppefra. Eksempelvis kunne Samordningsudvalget, der blev etableret i forbindelse med Kommunalreformen, være et forum for at indgå aftaler mellem sygehus og sundhedscenter.

Sundhedscentret samarbejder med flere patientforeninger, herunder Osteoporoseforeningen, Lungefor

eningen, Hjerteforeningen og Diabetesforeningen. Samarbejdet beskrives af patientforeninger og sundhedscenter som velfungerende. Samarbejdet består i, at parterne informerer borgerne om hinandens tilbud.

Diabetesforeningen har desuden været sparringspartner i centrets opstart ved at svare på spørgsmål om diabetes og livet som diabetiker. Diabetesforeningen og Lungeforeningen har desuden samarbejdet med sundhedscentret om at etablere netværksgrupper, hvor borgere med diabetes og KOL kan fortsætte efter forløb i sundhedscentret.

Sundhedscentret samarbejder internt i kommunen med udviklingssygeplejerskerne i visitationsafdelingen og forebyggelseskonsulenterne i sundhedssekretariatet. Samarbejdet beskrives som velfungerende. Sundhedscentret mener dog, at forebyggelseskonsulenterne med fordel kunne være placeret i centret. Centret samarbejder desuden med døgnpleje og hjemmepleje. Samarbejdet omhandler både fælles målgrupper i et forsøg på at undgå indlæggelser samt sundhedstjek i arbejdstiden af døgnplejens medarbejdere. Sundhedstjek tilbydes til flere kommunale arbejdspladser, eksempelvis Teknik og Miljøområdet, Jobcentret, Psykiatri- og Handikapområdet. Samarbejdet beskrives som velfungerende.

## Sammenhæng i tilbud

Sundhedscentret anses for at være et nyt tilbud, som udfylder et behov, der tidligere var udækket. Sundhedscentret anses ikke for at have medført øget sammenhæng i tilbuddet til borgerne og heller ikke for være en del af det etablerede sundhedsvæsen. Det forventes dog, at de forløbsbeskrivelser for kronisk syge, der bliver udarbejdet og eventuelt bliver en del af lægernes overenskomst, vil kunne forbedre sammenhængen. En anden form for sammenhæng er, at sundhedscentret tilbyder kurser for borgere med en

kronisk sygdom, som derved får mere viden om deres sygdom og et bedre sygdomsforløb.

Det beskrives, at der ikke er klarhed i opgavefordelingen mellem sundhedscentret og sygehuset. Sygehuset fremhæver, at der mangler et systematisk samarbejde om opgavefordelingen, og at det er svært at definere hvem, der underviser hvilke borgere. Sygehuset fik i samme periode, som sundhedscentret blev etableret, midler til et KOL-projekt. Sygehus og sundhedscenter har således ensartede tilbud til borgere med KOL og diabetes. Områdechefen fra fagsekretariatet mener, at sundhedscentret og sygehuset i en vis grad har sloges om den samme målgruppe. Sundhedscentret vurderer dog, at der ikke er overlap i opgaverne, og centret har sendt borgere til sygehuset, hvis dette tilbud passede borgeren bedre. Tilbuddet på sygehuset er primært rettet mod borgere med type 1 diabetes og i mindre grad type 2 diabetes, mens sundhedscentret er rettet mod borgere med type 2 diabetes.

I forhold til at sikre sammenhæng til tiden efter kontakten til sundhedscentret tilbyder centret gentagne målinger af blandt andet blodtryk og kondital for at se eventuelle forbedringer. Borgere med diabetes og KOL har desuden netværksgrupper.

## Resultater fra registeranalysen

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 473.000 i 2005 til 526.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 10,9 og 12,2 ydelser pr. borger, en stigning på 12% fra 2005 til 2007, heraf en stigning på 6% fra 2006 til 2007. Den borgerrettede indsats har omfattet knap 2000 af kommunens 43.000 borgere. Man kan derfor ikke forvente en målbar effekt på brugen af lægeydelser.



Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose steg fra 116 (98 personer) i 2005 til 137 (98 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 2,7 til 3,2. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 19%, og fra 2006 til 2007 var stigningen på 5%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der en stigning på 7% fra 2005 til 2007, og en stigning på 18% fra 2006 til 2007. Der har været en patientrettet indsats omfattende 103 borgere med type 2 diabetes, med start i august 2006. Man kunne godt forvente, at denne indsats kunne måles, men det ser ikke ud til at være tilfældet, eller også skyldes stigningen i antallet af indlæggelser tilfældigheder.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose faldt fra 128 (92 personer) i 2005 til 126 (85 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 3,0 til 2,9. Faldet fra 2005 til 2007 var på 1%, og fra 2006 til 2007 var der et fald på 5%. Der har været en patientrettet indsats fra august 2006 omfattende 93 borgere. Man kunne godt forklare faldet i indlæggelser med KOL med denne indsats, men faldet i antallet af indlæggelser kan lige så godt skyldes tilfældigheder.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose faldt fra 1489 i 2005 til 1283 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 34 til 30. Faldet fra 2005 til 2007 var på 13%, men fra 2006 til 2007 var der en stigning på 1%. Der har været en patientrettet indsats med start i oktober 2006 omfattende 56 borgere med hjertekarsygdom. Det er for få til at kunne forklare faldet i indlæggelser fra 2005 til 2007, men det kan ikke udelukkes at indsatsen er medvirkende til dette fald.

## Løsningsmodel

Sundhedscentret beskrives som et nyt tilbud, der ikke eksisterede tidligere. På centret er der mere tid

til at gå i dybden og sikre, at den enkelte får redskaber til at foretage livsstilsændringer. Sundhedscentret udgør desuden et sted, hvor folk henvender sig, inden de bliver syge. Borgere med kontakt til centret beskrives at opnå øget indsigt i egne problemer og få viden om deres sygdom. Der er kommet et øget fokus på livsstilsændringer og kronisk sygdom. Det understreges dog, at centret ville være en større succes, hvis sygehus og praktiserende læger officielt støttede centret.

Sundhedscentret er som nævnt fysisk placeret i bygninger to steder på øen samt låner lokaler til enkelte kurser på en skole nord på øen. Det vurderes generelt som vigtigt, at centret hovedsageligt har egne lokaler. Modellen med flere lokaliteter er der imidlertid uenighed om. Diabetesforeningen og døgnplejen mener, at det er hensigtsmæssigt at sikre en geografisk spredning. Sundhedscentret anser det imidlertid for uhensigtsmæssigt, fordi der bruges for meget tid på transport mellem lokaliteterne.

Lokalerne i Nexø er placeret på et plejehjem, hvilket opleves som uhensigtsmæssigt på grund af signalværdien. Det beskrives desuden som en barriere for folk at skulle derhen. Centret i Rønne er placeret centralt i byen, men der er alligevel problemer med synligheden og tilgængeligheden, idet centret er placeret på første sal. Angående synligheden er centret i konkurrence med andre private tilbud i kommunen, som også har betegnelsen "sundhedscenter", hvilket skaber forvirring blandt borgerne. Synligheden beskrives at have været en udfordring for centret, og det har været svært at nå ud til folk med informationer om tilbud.

I forhold til den kommunale organisering vurderer sundhedscentret det som mere hensigtsmæssigt, at genoptræningen og forebyggelseskonsulenterne blev kombineret med sundhedscentret.

Angående visitationen er der delte meninger om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at der ikke er krav om henvisning til sundhedscentret. Sundhedscentret selv mener ikke, at det vil være bedre med lægelig visitation, og Diabetesforeningen understreger, at det er en fordel, at borgerne kan komme anonymt i centret. Sygehuset derimod mener, at det ville være mere hensigtsmæssigt, hvis borgerne henvises, da tilbuddet dermed ville blive mere konkret og afgrænset, hvilket menes at ville forbedre samarbejdet.

Sundhedscentrets medarbejder anser det for vigtigt, at centret tilbyder mulighed for individuel rådgivning, således at der tages udgangspunkt i den enkelte frem for en generel rådgivning om kost og motion. Desuden vurderes det som mere hensigtsmæssigt, hvis centret frem for kun at introducere borgerne til træning kunne tilbyde egentlige træningsforløb, således at borgernes sundhed kunne forbedres, mens de er i sundhedscentret. Tilbuddet skulle være for borgere, der ikke dyrker idræt i lokale foreninger. Hjerteforeningen mener derimod, at det er tilstrækkeligt, som det er i dag.

Det var hensigten, at centret også skulle nå de mest udsatte grupper, men dette er ikke lykkedes. Sundhedscentret beskriver, at det indtil udgangen af 2007 primært var middelklassen, centret var i kontakt med. Senest har centret dog haft kontakt til lavere social-

grupper, blandt andet via sundhedstjek i hjemmeplejen. Inden for KOL-området vurderes det, at der skal gøres en øget indsats for at finde borgerne. Politikerne mener ikke, at der har været tilstrækkelig mange borgere i sundhedscentret, og at der er kapacitet til flere, mens sundhedscentret beskriver, at centrets tilbud har været fyldt, og borgere har måttet afvises. Det understreges desuden af Diabetesforeningen, at der tidligere intet tilbud var, så uanset om centret når sin målgruppe, er tilbuddet langt bedre end tidligere.

Det er blevet besluttet, at sundhedscentret i sin nuværende form skal nedlægges, idet politikerne vurderer modellen som værende for omkostningstung. Dette anser af det nuværende center som ærgerligt, da centret oplever, at arbejdet har været et langt sejt træk, der nu endelig giver afkast. Der skal i stedet etableres et virtuelt center, hvor al borgerhenvendelse sker via telefon, hjemmeside, mail og sms. Der skal ansættes en sundhedskoordinator, som ved henvendelse henviser til tilbud og har overblik over alle kommunens forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i samarbejde med øvrige medarbejdere på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Tilbuddene skal gives i samarbejde med blandt andet idrætsforeninger, motionscentre og oplysningsforbund. Det nye center skal have fokus på borgerrettet forebyggelse, mens det patientrettede anses for at være en regional opgave.

---

## Brønderslev Kommune

### Formål

Sundhedscentret i Brønderslev Kommune har til formål at skabe en organisatorisk ramme for sundhedsopgaverne og samarbejdsrelationerne. Centret skal sikre sammenhæng i borgerrettede ydelser og patientrettede forløb. Centret skal sætte fokus på forebyggelse og sundhedsfremme og sikre, at det foregår i miljøer, hvor borgerne færdes. Det skal sætte fokus på tidlig opsporing og egenomsorg og sikre, at det sundhedsfaglige miljø styrkes, at de tværfaglige indsatser prioriteres, samt at der sker en løbende metodeudvikling og kvalitetssikring.

### Indsats

Sundhedscentret har indsatser inden for både borgerrettet og patientrettet forebyggelse samt genoptræning. Nogle aktiviteter er etableret i sundhedscentret, mens flere aktiviteter eksisterede før sundhedscentret, men videreføres og videreudvikles i dette regi. Allerede i 2006 havde centret således en stor del af dets tilbud samt været i kontakt til en stor del borgere. I omstående tabel er alene medtaget de borgere, der var i kontakt med sundhedscentret i 2007.

### Organisering

Brønderslev kommunes sundhedscenter er finansieret af henholdsvis puljemidler og kommunale midler. Der er ét fælles budget, og det er således ikke opdelt, hvilke aktiviteter der er finansieret med hvilke midler. For nogle af sundhedscentrets aktiviteter er der desuden indført brugerbetaling.

Der er lokaliteter i henholdsvis Brønderslev og Dronninglund. Som centrum for den patientrettede forebyggelse er der indrettet nye træningsfaciliteter i et nedlagt plejehjem i Dronninglund. I Brønderslev fun-

ger lejede træningsfaciliteter og kontorer på Brønderslev sygehus som satellitfunktion for den patientrettede indsats. Som centrum for den borgerrettede forebyggelse er der i Brønderslev etableret et Sundhedshus som Sund By butik i en fløj på Nordjyllands Idrætshøjskole med reception, kontorer, samtalerum og møderum. Sundhedscentret lejer desuden timer i bevægelsesrum og mødelokaler på Idrætshøjskolen. En del af de borgerrettede træningsaktiviteter er placeret på Brønderslev Sygehus, da det ikke er muligt at få tilstrækkelig mange lokaler på Idrætshøjskolen. Sund By i Dronninglund udgør en satellitfunktion for den borgerrettede forebyggelse. Borgerrettede motions- og træningsaktiviteter i Dronninglund foregår i træningsfaciliteterne på det tidligere plejehjem.

Henvisning til KOL- og Diabetesrehabilitering sker via praktiserende læge, sygehus eller kommunale fagpersoner. Genoptræning efter sundhedsloven og træning efter Serviceloven udføres i sundhedscentret. Myndigheden for begge opgaver ligger i kommunens visitation. Sund By i Brønderslev og i Dronninglund har som del af idégrundlaget åben adgang for borgerne. I praksis benytter samarbejdspartnere som alment praktiserende læger, ældreområdet og flere sygehusafdelinger også muligheden for at henvise til Sund By's tilbud.

Brønderslev Kommune er organiseret med tre fagenheder; Børn og kultur; Sundhed, omsorg og beskæftigelse og Teknik og forsyning samt en række tværgående stabsfunktioner – herunder en Udvikling- og planlægningsstab. Sundhedscentret er forankret i Fagenheden for Sundhed, omsorg og beskæftigelse i afdelingen for Forebyggelse og træning, mens nogle udviklings- og planlægningsopgaver er i Udviklings- og planlægningsstaben.

Til sundhedscentret er tilknyttet lederen af sundhedsområdet (tandplejer og master i humanistisk sundhedsvidenskab), lederen for afdelingen for forebyg-

<b>Patientrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktivitet</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
KOL rehabilitering – Samtale, kostvejledning, undervisnings- og træningsforløb	Opstart fra september 2007	17
Diabetesrehabilitering – Samtale- og træningsforløb	Opstart fra september 2007	9
Genoptræning – sundhedsloven og serviceloven	1.1.2007	Sundhedslov: 253 Servicelov: 220
<b>Borgerrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktivitet</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Kostvejledning til alle borgere inklusiv børn og unge	1. februar 2006	379
Fysioterapeutisk rådgivning	Eksisterende tilbud i Brønderslev Kommune. Fra august 2006 udvidet til Dronninglund	332
<i>Motion:</i>		
a) Livsstilshold – kost og motion	a. Forskellige holdtyper fra september 2006	a. 93
b) Åbent træningsværksted	b. Eksisterende tilbud i Brønderslev. Fra januar 2007 udvidet til Dronninglund	b. Ikke registreret
c) Motion på recept	c og d. Eksisterende tilbud	c. 73
d) Motion for særlige målgrupper: KOL-hold, balancehold, skavankhold, hjertevenlig motion, rygproblemer, overvægtige		d. 160
Motion, kostvejledning og familieaktiviteter for børn i 3. klasse med risiko for overvægt + familien	Eksisterende tilbud i Dronninglund. Fra sept. 2007 udvidet til Brønderslev	30 børn med familier (incl. 2006)
Undervisning om kost til skoler og institutioner supervision i dagplejen	Februar 2006	Ikke registreret
Etableret legepatrulje på skolerne	Igangsatt forår 2006	7 skoler er med i 2007
Børneterapeut	Eksisterende tilbud	120
Rygestopkursus – hold og individuelt, arbejdsplads og skoler, Socialpsykiatrien	Eksisterende tilbud	55
Barselshold – førfødselshold (træning og kost og spædbørns motorik)	<i>Barselshold:</i> Eksisterende træningstilbud <i>Førfødselshold:</i> Start forår 2006	Barselshold: 67 Førfødselshold: 7
Ugentligt tilbud om måling af blodtryk og blodsukker – trivselssamtale	Eksisterende tilbud	570 borgere
Enkelt aktiviteter som messer, foredrag og temadage, undervisning på skoler for lærer og elever og oplæg på de to rådhus om Sund Livsstil	Løbende i perioden	-
Øvrige aktiviteter som en sundhedsprofil, en sundhedspolitik, sundhedsaftaler og et forskningsprojekt	Løbende i perioden	-

gelse og træning (cand.mag.), to diætister, seks fysioterapeuter, fire sygeplejersker, tre administrative medarbejdere og en ph.d.-studerende. Brønderslev Kommune har i efteråret 2007 ansat en praksiskon-sulent i 12 timer om måneden.

Byrådet har nedsat en styregruppe, som er det besluttende organ for sundhedscenterprojektet. I gruppen indgår politikere, embedsmænd, regionen, sygehuse, læger, patientforeninger og Nordjyllands Idrætshøjskole.

## Implementering

Overordnet har sundhedscentret gennemført planerne som beskrevet i projektbeskrivelsen, og der er kun forekommet mindre ændringer. I forhold til bevil-lingen er der sket den ændring, at sundhedscentret i udviklingen af en model for rehabiliteringstilbud til borgere med KOL og diabetes har haft et samarbejde med Marselisborg Centret finansieret af lønmidler oprindeligt til fysioterapeuter i den patientrettede del. Yderligere har der ikke været ansat en psykoterapeut, men i stedet anvendes lønmidlerne til at fastholde alle nuværende ansatte i projektet i hele 2008. Hvad angår aktiviteter har sundhedscentret udbygget de eksisterende borgerrettede tilbud i kommunen med flere aktiviteter og en kvalitetsøgning af eksisterende aktiviteter med mere fagligt personale. Sundhedscentret har erfaret, at samarbejdet om rehabilitering og udviklingen af en model for rehabilitering har taget tid, og rehabiliteringstilbuddene er derfor startet sent. Kommunalreformen nævnes som den største udfordring i forhold til at gennemføre planerne for sundhedscentret, men det har dog lettet gennemførelsen, at loven har understøttet arbejdet med sundhedsopgaverne. Det har desuden været en fordel, at der i kommunen er en stor tradition for og erfaring med at arbejde med den borgerrettede forebyggelse. Yderligere fordele har været, at sundheds-

centrets medarbejdere har været med til at formulere ansøgningen, idet de dermed brænder mere for arbejdet, samt at der politisk har været fokus på sundhed og en stor bevidsthed i den kommunale organisation om sundhedscentrets tilstedeværelse.

Ansøgningen blev oprindeligt udarbejdet af forvaltningen. Det har vanskeliggjort det politiske ejerskab for projektet, at der ikke i ansøgningsperioden var tid til en politisk proces og godkendelse af projektet. Dette har medført, at der fra politisk hold kom andre signaler om, hvordan centret skulle udmøntes, hvorfor planlægningsprocessen blev længerevarende. Fra politisk side har der desuden gennem perioden været en skepsis i forhold til sundhedscentret, idet politikerne ikke havde indtryk af, hvad sundhedscentret bestod af. Der er yderligere sket en stor udskiftning i styregruppen igennem perioden, hvilket har påvirket kontinuiteten og den fælles afklaring af centrets indhold.

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscenterprojektet samarbejder med en række forskellige aktører. En af de væsentligste samarbejdspartnere er de praktiserende læger, som henviser til tilbud i både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. I projektperioden har sundhedscentrets personale besøgt de praktiserende læger i kommunen for at informere om projektet og drøfte lægernes ønske til samarbejdet. De praktiserende læger har været med i arbejdsgruppen om rehabilitering og udviklet standarder for undervisning ved forløb i centret. De har yderligere efterspurgt aktiviteter inden for borgerrettet forebyggelse, som sundhedscentret efterfølgende har etableret. Samarbejdet beskrives fra begge sider som velfungerende, og lægerne henviser generelt til sundhedscentres tilbud. Den praktiserende læge oplever dog, at der har manglet information løbende i perioden og understreger vig-

tigheden af, at lægerne med mellemrum mindes om sundhedscentrets tilbud. Der er ligeledes et ønske om mere tilbagemelding fra sundhedscentret til de praktiserende læger om deres patienter. Især manglende IT-systemer og elektronisk formidling har været en barriere for samarbejdet. Det opleves, at den tilknyttede praksiskonsulent har lettet kommunikationen, og han har blandt andet kontaktet lægerne med ny information og potentielle problemområder. De praktiserende læger var i starten bekymrede for, hvilke opgaver sundhedscentret skulle varetage, og der herskede tvivl om fagligheden i sundhedscentret. Sundhedscentret oplever ikke længere denne tvivl fra lægerne, hvilket begrundes med, at sundhedscentret har ansat sundhedsfagligt personale. De praktiserende læger er repræsenteret i sundhedscentrets styregruppe, hvilket den praktiserende læge mener, er vigtigt. De praktiserende læger har ikke været med i ansøgningsfasen, men den praktiserende læge oplever, at de har haft tilstrækkelig indflydelse på indsatserne.

Sundhedscentret har desuden et samarbejde med flere af sygehusene i området. Repræsentanter fra Aalborg Sygehus og Sygehus Vendsyssel har deltaget i arbejdsgruppen vedrørende rehabiliteringstilbuddet, og sygehusene har mulighed for at henvise deres patienter hertil. Sundhedscentret samarbejder tillige med Brønderslev Neurorehabiliteringscenter og Dronninglund Sygehus om hjemmetræningsprojekter for apopleksipatienter. Derudover har sundhedscentret ansat en medarbejder fra et sygehus én dag om ugen, hvilket sikrer videndeling. Det er planen, at borgere med KOL og diabetes som et udslusningstilbud kan fortsætte fra sygehusene til sundhedscentret, men dette er indtil videre kun sket i begrænset omfang.

Repræsentanter fra patientforeningerne har deltaget i arbejdsgrupperne vedrørende rehabiliteringsprojektet og borgerrettet forebyggelse. Der er en aftale med Diabetesforeningen og en række motivationsgrupper

om, at de kan benytte centrets trænings- og mødefaciliteter og om udslusning af deltagere fra rehabilitering. Der samarbejdes med Hjerteforeningen om projektet Hjertevenlig motion og med Ældresagen om stavgang. Sundhedscentret anser samarbejdet for at være velfungerende.

Af samarbejdsrelationer med andre kommunale enheder kan nævnes, at sundhedscentret samarbejder med ældreområdet, herunder hjemmeplejen, ældrekonsulenter og visitationen. Samarbejdet består i, at der henvises borgere til borgerrettede aktiviteter i Sund By og til rehabiliteringstilbuddet. Samarbejdet er velfungerende, men har taget tid at få etableret. Ved rehabiliteringstilbuddet beskrives det som et problem i forhold til hjemmeplejens opsøgende funktion, at personalet er relativt lavt uddannet. Samarbejdet med sundhedspleje og tandpleje er velfungerende, og det anses som fordelagtigt, at det er under samme leder som sundhedscentret. Således pointeres det af personalet fra sundhedscentret, at samarbejdet med andre enheder i kommunen generelt er velfungerende, og at sundhedscentret ikke er en ø i kommunen.

Hvad angår samarbejde med foreninger og motionscentre er der aftaler og samarbejde om udslusningshold og udslusningsbesøg i idrætsforeninger. Idrætssamvirket har desuden deltaget i arbejdsgruppen vedrørende borgerrettet forebyggelse. Sundhedscentret anser det for at være en udfordring at få folk videre i foreningslivet efter forløb i sundhedscentret. Borgerne i sundhedscentrets tilbud er ofte personer, der ikke er motionsvante, og sundhedscentret oplever, at foreningerne ofte ikke er vant til denne type personer.

Sundhedscentret samarbejder også med Nordjyllands Idrætshøjskole (NIH). Dette samarbejde omfatter et lokalefællesskab, idet Sund By i Brønderslev har lejet sig ind i en fløj på NIH. Ydermere varetager

Sund By-personale undervisningsforløb på nogle af NIH's uddannelsesspor. Lærere og elever fra NIH bidrager til gennemførelse af konkrete enkeltstående aktiviteter i sundhedscentret. Sundhedscentret anser samarbejdet med NIH for velfungerende, men samtidig udfordrende i relation til lokalefordeling. Fra NIH's side oplever man samarbejdet som positivt, og at det har medført et mere sundhedsfagligt perspektiv på højskolen. Yderligere har man fra NIH's side, hvilket beskrives som overraskende, ikke oplevet barrierer i samarbejdet mellem kommunens og højskolens forskellige kulturer. Dette begrundes med, at der på begge sider har været åbne og motiverede folk.

## Sammenhæng i tilbud

I sundhedscentret oplever man, at der er kommet mere sammenhæng for borgerne i kraft af, at sundhedscentret og de praktiserende læger samarbejder og sender borgerne videre til hinanden. Sammenhængen mellem den patientrettede og borgerrettede forebyggelse er også øget. Således har sundhedscentret skabt en øget mulighed for tværfaglighed i indsatserne, hvor der ses på det hele liv. Den praktiserende læge oplever ligeledes, at der med sundhedscentret er kommet øget sammenhæng, men han anser den manglende IT-kommunikation som en væsentlig barriere, da det ville spare tid at kunne modtage information og patienternes journaler elektronisk fra sundhedscentret. Fra sundhedscentrets side har det til gengæld været et bevidst ønske at have journalen som vandrejournal, idet de mener, at dette giver borgeren mere indsigt.

Fra sundhedscentrets side giver man udtryk for, at sammenhængen er lykkedes, fordi der i forvejen var erfaringer med samarbejde med amtet, og fordi regionen har formidlet kontakt til sygehusene direkte. I forhold til praktiserende læger har der været direkte kontakt via besøgsrunder og ikke kun formidling på

papir. Sundhedscentret forsøger desuden at skabe sammenhæng ved, at borgere, der har deltaget i patientrettede tilbud, kan fortsætte i centrets borgerrettede tilbud, ved udslusning til foreningslivet, ved at skabe netværk mellem borgerne i centret og ved at stille lokaler til rådighed for foreninger, som har netværk og aktiviteter.

Private aktører, herunder private fysioterapeuter, har tilbud, som i en vis grad anses for at være et alternativ til sundhedscentret.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 349.000 i 2005 til 366.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 9,9 og 10,3 ydelser pr. borger, en stigning på 4% fra 2005 til 2007, men uændret fra 2006 til 2007. Den borgerrettede indsats i Brønderslev Kommune er relativt bred, og det er svært at vurdere, om den kan have en umiddelbar effekt. De fleste indsatser, for eksempel motion, rygestop og kostvejledning, må forventes først at have en effekt efter længere tid. Antallet af deltagere er i alt omkring 3000 i forhold til et indbyggertal på 35.000, så en reduktion på for eksempel et lægebesøg pr. deltager ville ikke være målbar.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose steg fra 61 (47 personer) i 2005 til 65 (54 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 1,7 til 1,8. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 6%, men fra 2006 til 2007 var der et fald på 5%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der et fald på 12% fra 2005 til 2007, men uændret fra 2006 til 2007. Diabetesindsatsen er først opstartet september 2007, og endda kun delvist, da der kun har været 9 deltagere. Man kan derfor ikke forvente en effekt i 2007.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose steg fra 122 (66 personer) i 2005 til 139 (86 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 3,5 til 3,9. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 13%, men fra 2006 til 2007 var der et fald på 13%. KOL-indsatsen er også først startet sent i 2007, dog med lidt flere deltagere end for diabetes, da der her har været 17 deltagere. Man kan derfor heller ikke her forvente en mærkbar effekt.

## Løsningsmodel

Etableringen af sundhedscentret har ifølge medarbejderne på centret betydet, at man har kunnet fastholde og udvikle eksisterende opgaver samt udvikle nye indsatser. Yderligere har oprettelsen af centret skabt øget sammenhæng, og det skaber en større grad af trykthed, at flere ting er samlet. Sundhedscentret anses for til en vis grad at aflaste de praktiserende læger. For den praktiserende læge skyldes oplevelsen af aflastning, at han har mulighed for at sende sine patienter til et tilbud, han ikke selv har tid til at tilbyde dem.

Udformningen af sundhedscentret anses af sundhedscentrets medarbejdere som hensigtsmæssig hvad angår den fysiske adskillelse af de borgerrettede og patientrettede tiltag. Adskillelsen gør, at det borgerrettede ikke drukner i det patientrettede, og adskillelsen har desuden stor betydning for signalværdien, idet centret har oplevet, at de får andre og bredere grupper i befolkningen i tale efter, at Sund By er flyttet fra sygehuset til NIH. Nogle af interviewpersonerne ser imidlertid også fordele i at samle begge funktioner i samme hus. Alle er enige i, at det er en fordel for sammenhængen, at det borgerrettede og patientrettede er organisatorisk samlet, men ledelsesmæssigt opleves det for stort at have de to områder samlet, så man overvejer på sigt at opdele områderne. Det har endvidere på grund af afstande og

dårlig infrastruktur fungeret godt, at der er sundhedscenterfaciliteter i to byer og ikke på én placering i ét hus i midten af kommunen. Det påpeges, at det kunne være en mulighed at tilknytte en bus til projektet, der kunne køre rundt med tilbud i kommunen, men samtidig anses det som positivt for synligheden, at man har en fast placering. For sundhedscenterprojektet har det været en fordel at bevare Sund By navnet, da borgerne kender det og er bevidste om de aktiviteter, der finder sted der.

Det er en udfordring ved den valgte model, at der er mange forskellige aktiviteter, men det opleves som vellykket, hvilket tilskrives, at kommunen og medarbejderne havde mange erfaringer med området i forvejen. Det har desuden givet udfordringer i markedsføringen, at det ikke er entydigt, hvad sundhedscentret er, blandt andet fordi flere aktiviteter eksisterede i kommunen før sundhedscentret, og det er svært at se, hvad der er nyt.

På grund af den korte ansøgningsfrist for puljemidlerne var der ikke tid til en politisk proces. Pengene var låst i forhold til ansøgningen, og derfor var der ikke plads til politikernes forslag. Politikerne har desuden haft svært ved at finde ud af, hvad sundhedscentret er, og der har ikke været ét fysisk sted, hvor de har kunnet markere sig. Politikerne havde forventet, at sundhedscentret ville være mere opsøgende i forhold til idrætsforeningerne, og denne kobling til idrætsforeningerne har ikke fungeret optimalt. Forvaltningschefen oplever, at politikerne har haft nogle uindfrie forventninger, hvilket har betydet, at der er kommet for meget fokus på det, der ikke er realiseret frem for det, der er realiseret. Der foreligger ingen konkrete planer i forhold til sundhedscentrets fremtid. Man afventer budgetforhandlinger og en ny sundhedscenterpulje fra Ministeriet. Den generelle holdning i sundhedsudvalget er, at der ikke skal tilføres flere penge til sundhedscentret end budgetteret.



---

# Fredensborg Kommune

## Formål

Det overordnede formål med Fredensborg Kommunes sundhedscenter er at løfte kommunens nye opgaver efter Kommunalreformen. Centret er ”murstensløst” og skal udgøre en fleksibel organisatorisk ramme og gøre erfaringer med et tværfagligt samarbejde om sundhed mellem forskellige aktører internt i kommunen og eksternt. Centret har fokus på forebyggelse og ulighed i sundhed og har deltaget i en del udviklingsopgaver, herunder udviklingen af en kommunal sundhedspolitik.

## Indsats

Sundhedscentret har i projektperioden iværksat indsatser inden for patientrettet forebyggelse, men har primært prioriteret indsatser inden for borgerrettet forebyggelse.

Sundhedscentret havde i 2006 aktiviteter med fokus på livsstilsændringer, især fysisk aktivitet og indsatser for børn med fokus på kost og fysisk aktivitet. Det beskrives, at der er god tilslutning til de åbne motionsaktiviteter, at 11 borgere gennemførte rygestopkurser, og at 1200 børn deltog i en aktivitetsdag.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet, og hvor mange borgere, der har været i 2007.

Ud over aktiviteterne ovenfor har sundhedscentret afholdt flere arrangementer såsom ”Skovens dag” med gamle lege og konkurrencer for børn og voksne, ”Ekstrem dag” for alle 9 klasserne, ”Virksomhedsstafet” med fysisk aktivitet i private virksomheder samt test af et koncept for indendørs atletik i gymnastiktimerne. Desuden har centret deltaget i kampagner, herunder Sundhedsstyrelsens ”Get moving” kampagne i 2006/07.

## Organisering

Sundhedscentret er som nævnt organiseret som et murstensløst sundhedscenter, hvor personalet har haft base på Rådhuset, mens aktiviteterne er foregået i kommunens lokaler på skoler, pleje- og aktivitetscentre, institutionerne, Job-huset, skoven med videre. Sundhedscentret har en styregruppe, en projektgruppe samt en følgegruppe bestående af eksterne interessenter. Styre- og følgegruppen har afholdt møder løbende gennem projektperioden. Projektgruppen har været delt i ad hoc grupper med skiftende mødefrekvens.

Personalegruppen har i varierende omfang bestået af følgende: Leder af sundhedscentret (MPH og sygeplejerske), koordinator (bromatolog), kostvejleder (husholdningsøkonom), sundhedsfaglig medarbejder (fysioterapeut), administrativ medarbejder, konsulent på sygedagpenge- og kontanthjælpsområdet (cand.scient.san.publ.), projektleder på partnerskabet ”Gang i Fredensborg” (cand.mag.) samt to idrætspædagoger på kontraktbasis. På timebasis har der endvidere været ansat tre fysioterapeuter, en kvalitetsudviklingsmedarbejder (sygeplejerske), en praktiserende læge som praksiskonsulent samt en ekstern rygestopinstruktør. Endelig har der været tilknyttet en praktikant i kommunikation og tre praktikanter fra Suhrs Seminarium i projektperioden.

Borgerne er kommet i kontakt med sundhedscentret på forskellige måder. De praktiserende læger henviser til den præoperative indsats for hofte/knæ patienter. I starten var det alene praktiserende læger, der kunne henviser til livsstilskurserne, men det blev for snævert og blev senere ændret til at borgerne selv kan tage kontakt. De øvrige tilbud tager udgangspunkt i at borgerne selv henvender sig, herunder om patientuddannelsen, eller at sundhedscentret opfører forskellige målgrupper.

<b>Patientrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktiviteter</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Præoperativ indsats for borgere, som skal have nyt knæ eller ny hofte (træning, rygestop samt vejledning om kost, alkohol og operation)	Marts 2007	24
Patientuddannelse	Oktober 2007	13
<b>Borgerrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktiviteter</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Rygestopkurser - holdundervisning og individuel telefonisk opfølgning	Januar 2007	112
Sundhedstegnet implementeres i institutionerne via foredrag for personale, forældre og bestyrelser om sund mad	Februar 2007	66
Sundhedsfremme for personale på pleje- og aktivitetscentre og i dagplejer for at forebygge fysiske nedslidningsskader	Marts 2007	290
Motion for medarbejdere på Pleje- og aktivitetscentre (hold og individuel)	April 2007	116
"Haver til maver" - køkkenhaver passes af bedsteforældre og børnebørn suppleret med kost, natur og motion	Maj 2007.	43 (flere hundrede på høst marked)
Træning og naturoplevelser for borgere på hhv. kontanthjælp og sygedagpenge	September 2007	9 og 2 henholdsvis
Kompetenceudvikling for personalet i SFO/fritidshjem med rådgivning om børns fysik, gode aktivitetsmuligheder, sjove lege mm.	Oktober 2007	24
Mandeweekend, hvor mænd fik mulighed for at afprøve motionsformer i samvær med andre mænd	Oktober 2007	7
Udendørs sommerdans for midaldrende mænd og deres partnere	August 2007	153
Deltagelse i udarbejdelsen af en Sundhedsprofil, sundhedspolitik, sundhedsaftalen på aftaleområde 5 samt foredrag og kvalitetsudvikling	2006-07	-

## Implementering

I forhold til den oprindelige projektbeskrivelse er der efter aftale med Ministeriet ændret i personalesammensætningen, idet der er ansat en administrativ medarbejder i stedet for en sundhedsfaglig medarbejder. Det var vurderingen, at centrets murstensløse organisering i høj grad kræver administration, koordination og information.

Generelt er det blevet prioriteret at sætte aktiviteter i gang for alle projektbeskrivelsens målgrupper. Dette er især lykkedes inden for den borgerrettede forebyggelse, mens der i forhold til den patientrettede forebyggelse opstod barrierer såsom manglende lokaler og ændringer i prioriteringen samt et ønske om ikke at være et diagnoseorienteret sundhedscenter. Der er således ikke sat aktiviteter i gang for målgruppen "apopleksipatienter". Derudover blev det besluttet

ikke at placere genoptræning i sundhedscentret som ellers oprindeligt planlagt. Sundhedscentret har derimod fulgt op på kommunens sundhedsprofil, der viste et særligt behov hos målgrupperne ”Midaldrende mænd” og ”Unge kvinder”, og på den baggrund iværksat aktiviteter ud over projektbeskrivelsen. Det fremhæves dog, at det er svært at nå de midaldrende mænd og risikotunge grupper.

## Samarbejdsrelationer

Det har været en grundlæggende opgave for sundhedscentret at udvikle samarbejde med forskellige enheder og organisationer. Således har centret initieret partnerskabet ”Gang i Fredensborg” med DGI Nordsjælland og Skov- og Naturstyrelsen, Øresund. Målet har været at udvikle friluft aktiviteter, som appellerer til de befolkningsgrupper, som ikke dyrker motion, og som i stigende grad har sundhedsrelaterede problemer. Aktiviteterne har været en blanding af events og længerevarende forløb. Fokus har været fysisk aktivitet udendørs samt sund kost, socialt samvær og livskvalitet. Samarbejdet tager udgangspunkt i en klar samarbejdsaftale. En interviewperson fra Skov- og Naturstyrelsen fremhæver, at samarbejdet er meget velfungerende og fremhæver, at borgerne gennem centret kan få store naturoplevelser og opdagelse, hvordan skoven kan bruges.

Sundhedscentret samarbejder på tværs af kommunens forvaltningsområder om udvikling og gennemførelse af forebyggelsesaktiviteter for borgere og medarbejdere. Forvaltningsområderne er job og familie, børn og unge, træning samt i et vist omfang sundhedsplejersken. Placeringen af centrets medarbejdere på rådhuset har haft stor betydning i forhold til udvikling af samarbejdet. Parterne vurderer, at der er gevinster ved at indtænke sundhed i kommunens aktiviteter, men samtidig fremhæves det, at det tværfaglige samarbejde er en udfordring, da kulturen er

forskellig i forvaltningerne, og man ikke er vant til at samarbejde. Eksempelvis har sagsbehandlere på sygedagpengeområdet fokus på, at borgeren får de rette økonomiske ydelser, men de ser ikke de samme fordele i at inddrage forebyggelse som sundhedscentret. Sundhedscentret har søgt at inddrage sagsbehandlere i udviklingen af tilbuddet for sygedagpengeomtagere ved at afholde mindre fokusgruppeinterviews med sagsbehandlere om deres oplevelse af borgernes behov for sundhedsfaglige indsatser og borgernes sundhedsrelaterede problemstillinger. Sundhedscentret oplever dog, at sagsbehandlere ikke bakkede op om de iværksatte tilbud. Dialogen og samarbejdet beskrives således som utilstrækkeligt og som en fortsat udfordring. Det fremhæves, at et formelt mødeforum mellem sundhedscentret og sagsbehandlere kunne være en fremtidig hensigtsmæssig ramme for samarbejdet, der kunne nedbryde forestillinger og sikre enighed om tilbud og gennemførelse.

Sundhedscentret har derudover etableret et samarbejde med praktiserende læger. De praktiserende læger kan henvise til centrets præoperative indsats for hofte-/knæpatienter og til livsstilskurser. Parterne vurderer, at der er udviklet en klar arbejdsdeling på disse områder. Desuden kan lægen informere borgere om centrets forebyggelsesaktiviteter, og det fremhæves, at det er blevet lettere for lægen at tale om forebyggelse, idet der nu er mulighed for at følge op gennem sundhedscentret. Centret udsender løbende nyhedsbreve, vedligeholder en hjemmeside og deltager med oplæg på lægernes fællesmøder. Sundhedscentret har derudover ansat en praktiserende læge tre timer om ugen, der rådføres ved udvikling af tilbud og kommunikerer centrets tiltag ud til de lokale praktiserende læger. Det er vurderingen, at de praktiserende læger har været langsomme om at komme i gang med at henvise til centret, men at dette nu er mere udbredt. Det nævnes, at tid og positive oplevelser er nogle af forudsætningerne for, at centret opfat-

tes som en naturlig del af henvisningsrutinerne. Desuden er der nu taget et IT-system (Medcom) i brug, der understøtter samarbejdet positivt.

Det nævnes, at der ikke er etableret samarbejde mellem sundhedscentret og sygehus. Dette bunder i centrets fokus på borgerrettede aktiviteter frem for patientrettede aktiviteter. I forhold til centrets præoperative indsats for borgere, som skal have indsat nyt knæ eller ny hofte, er det alene den praktiserede læge, der kan henvise.

Endelig skal det nævnes, at centret har samarbejdet med en lang række organisationer om udvikling, planlægning og udførelse af specifikke aktiviteter i relation til borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse. Det gælder Friluftsbasen A/S, LOF Øresund, lokale foreninger, virksomheder i kommunen, andre kommuner, patientforeninger m.v.

## Sammenhæng i tilbud

Eftersom sundhedscentret ikke primært har fokuseret på patientrettet forebyggelse, er det ikke vurderingen, at sundhedscentret har medvirket til at skabe en øget sammenhæng i patientforløb. Hertil kommer, at der kun har været få henvisninger fra de praktiserende læger til den præoperative indsats, hvilket dog er ved at komme i gang nu.

Der er ikke iværksat egentlige initiativer, der skal følge op på de borgere, der har været i kontakt med sundhedscentret. Dog afholdes en samtale efter forløbet på livsstilskurserne, og centret overvejer, hvad der skal ske fremover, herunder om der skal afholdes netværksmøder. Desuden arbejdes der på at lave en oversigt over samtlige forebyggelsestilbud i kommunen.

Lokalt findes der alternativer til sundhedscentret.

Dels tilbyder privatpraktiserende fysioterapeuter lignende tilbud, og også regionen udbyder rygestopkurser. Desuden tilbydes der i Jobcenteret et projekt for unge kvinder om kost, vægt og selvværd. Det vurderes, at der med fordel kunne udvikles en mere klar arbejdsdeling mellem region og kommune på disse områder. Sundhedscentret indgår i sundhedsaftalen mellem region og kommune som en del af afsnit fem, der omhandler forløbsaftaler.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 385.000 i 2005 til 393.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 9,8 og 10,0 ydelser pr. borger, en stigning på 1,9% fra 2005 til 2007, men et fald på 0,9% fra 2006 til 2007. Den borgerrettede forebyggelse har dels være en række enkelt aktiviteter, hvor centret er i kontakt med mange borgere på en gang og dels motionsaktiviteter, rygestop og sundhedsfremme for personale på pleje- og aktivitetscentre og i dagplejer som omkring 700 har deltaget. Set i forhold til indbyggertallet på 39.000 er dette for få til at kunne forvente en målbar effekt på brugen af lægeydelser.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose faldt fra 75 (50 personer) i 2005 til 61 (53 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr.1000 borgere faldt i denne periode fra 1,9 til 1,6. Faldet fra 2005 til 2007 var på 19%, og fra 2006 til 2007 var faldet på 9%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der en fald på 16% fra 2005 til 2007, men en stigning på 2% fra 2006 til 2007. Antallet af indlæggelser er dog så lille, at ændringerne sandsynligvis skyldes tilfældigheder. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med diabetes, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med diabetesindlæggelser.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose steg fra 118 (72 personer) i 2005 til 130 (87 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 3,0 til 3,3. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 10%, og fra 2006 til 2007 var der en stigning på 11%. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med KOL, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med KOL-indlæggelser.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose faldt fra 1066 i 2005 til 975 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 27 til 25. Faldet fra 2005 til 2007 var på 9%, og fra 2006 til 2007 var der også et fald på 9%. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med hjertekarsygdom, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med indlæggelse for blodprop i hjertet.

## Løsningsmodel

Sundhedscentret vurderer, at samarbejdet med de eksterne samarbejdspartnere har fungeret nemmere end samarbejdet internt i kommunen. Det fremhæves dog, at centret har bidraget til at skabe samarbejde på tværs af kommunens forvaltningsområder. Der er desuden kommet politisk fokus på sundhed. Dette gælder også i kommunens institutioner, hvor centret har været til stede og påvirket medarbejderne.

Samtlige parter vurderer, at sundhedscentret har fungeret hensigtsmæssigt som murstensløst. Dermed har centret kunnet omfatte den nye kommunes fire bysamfund, der er præget af en usammenhængende infrastruktur. I stedet for at fokusere på lokaler har centret endvidere kunnet bruge ressourcerne på at være rammeskabende og iværksætte aktiviteter dér, hvor borgerne er. Der er således ansat personer, der kan være aktører og bære viden ud i de institutionelle rammer. Spørgsmålet om det murstensløse center angives at være både et økonomisk og et holdningsmæssigt anliggende.

Samtidig understreges det, at netop det murstensløse center forudsætter en meget høj grad af samarbejde mellem forskellige parter. Sundhedscentret mærker desuden, at både borgerne og politikerne har forventninger om, at et sundhedscenter er et synligt sted, hvor borgerne kan komme. Centret har derfor i høj grad brugt kræfter på at orientere om centrets aktiviteter.

Det er besluttet politisk, at sundhedscentret fremover skal overgå til drift. Sundhedscentret vil forsat have til huse på rådhuset med udførende opgaver i lokalsamfundet. Et ønske er etablering af et undervisningskøkken, et undervisningslokale samt indkøb af en sundhedsbus. Borgere, som ikke selv rejser langt for at modtage et sundhedstilbud, vil ved en sådan løsning også i højere grad kunne informeres og rekrutteres. Det overvejes desuden at fokusere indsatsen fremover, selvom dette forventes at være en udfordring. Endelig skal der være mere fokus på ulighed i sundhed eksempelvis gennem lokalsamfundsindsatser.

---

---

## Faaborg-Midtfyn Kommune

### Formål

Formålet med Det Mobile Sundhedscenter i Faaborg-Midtfyn Kommune har til formål at skabe viden og opsamle erfaringer i forhold til at etablere et sundhedscenter som en projektorganisation i en stor landkommune. Fokus er på optimering af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, af viden og kompetencer internt og eksternt samt af samarbejdet med frivillige sociale initiativer.

### Indsats

Sundhedscentret har fokus på borgerrettet forebyggelse.

I 2006 besøgte det mobile sundhedscenter 17 af kommunens 33 børnehaver. 15-20 familier har besøgt bussen, og 10-20 har taget imod tilbuddet om en uddybende kostsamtale. Det beskrives desuden, at bussen har været i lokalområder med problemer, på virksomheder og på væresteder for sindslidende. Desuden beskrives samarbejdet med frivillige foreninger.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet, og hvor mange borgere, der har været i 2007.

Øvrige aktiviteter er udarbejdelse af hjemmeside, rygestopinstruktørkursus, fokusgruppeinterviews om unge og sundhed, oplæg for bestyrelser, Astma- og eksemskole samt udarbejdelse af en sundhedspolitik for kommunen.

### Organisering

I Faaborg-Midtfyn Kommune har de valgt at have et mobilt og murstensløst sundhedscenter, der har til opgave at arbejde med forebyggelse og sundheds-

fremme som en integreret del af kommunens eksisterende opgavefelt med de ressourcer, der er i kommunen. Indsatsen skal finde sted, hvor borgerne er i forvejen. En del af sundhedscentrets indsatser foregår således i virksomheder og ude omkring i de kommunale institutioner dels rettet mod brugerne af institutionerne og dels rettet mod personalet og deres kompetencer i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Det er efterfølgende personalet, der arbejder med eksempelvis KRAM-faktorerne i forhold til deres brugergrupper. Et delelement i det mobile sundhedscenter er en sundhedsbus, der kommer ud til borgerne i lokalområdet og tilbyder råd og vejledning i forhold til KRAM-faktorerne.

Faaborg-Midtfyn Kommune er organiseret i en flad struktur med tre ledelsesniveauer: Direktion, fag- og stabscheferne og institutions- og afdelingsledelserne. Alle aktiviteter styres via aftaler, og der samarbejdes direkte på tværs af fagområder og institutioner. Alle fagområder har en tværgående funktion og refererer ikke kun til et politisk udvalg. Det mobile sundhedscenter er organisatorisk placeret i fagområdet Forebyggelse og sundhed, som indeholder tandpleje, sundhedspleje, træning og rehabilitering og den kommunale sygepleje.

I centret er ansat en projektleder til at igangsætte og koordinere indsatserne, og der er tilknyttet en klinisk diætist, en fysioterapeut, en frivillighedskoordinator og en virksomhedssundhedsvejleder, som alle frikøbes i forskelligt omfang til deltagelse i sundhedscenterprojektet. Personalet, der bemander bussen, er medarbejdere fra relevante områder i kommunen afhængig af fokus for bussens besøg.

Borgerne skal ikke henvises til sundhedscentrets tilbud, idet centret opsøger målgrupperne samt etablerer tilbud, som alle kommunens borgere kan benytte sig af.

Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Sundhedstjek og information	Skolerne maj 2007 Gymnasium september 2007 Pensionistforeninger oktober 2007 Torvebesøg april 2007	7 skoler (ca. 140 elever), ca. 100 gymnasieelever, 6 pensionistforeninger, 13 torvebesøg (ca. 300 kontakter)
Børnehavebesøg – rådgivning til forældre ved bussen, debatskabelse i institutionen og støtte til udvikling af sundhedspolitikker	Oktober 2006	18 børnehaver (ca. 480 forældre) 21 medarbejdere
Udarbejdet en opskrift- og legebog ”Spis, leg og ha’ det godt”	August 2007	10.000 bøger. ¾ er pt. uddelt til forældre og personale
Sundhedstilbud til virksomhederne: sundhedstjek, rygestop, stress håndtering og sundhedsprofil	November 2006	4 virksomheder
Forebyggende besøg til alle familier med børn i 3½ års alderen	September 2007	256 børn + forældre
Tilbud til overvægtige børn og deres familier	September 2007	8 familier
Kompetenceudvikling af medarbejderne, bl.a. aktiveringscentrene og værksted for sindslidende om KRAM	Juni 2007	3 steder, 18 personaler
Sikre motionstilbud i samarbejde med frivillige organisationer tilpasset eksempelvis ældre og overvægtige	Januar 2007	Stolemotionshold: 8 hold per uge i 32 uger med i alt cirka 200 aktive deltagere pr. uge Senior motion: 7 hold pr. uge i 32 uger med i alt cirka 500 aktive deltagere pr. uge
Centret som vidensbank: bl.a. kompetenceudvikling, praktikbesøg og dialogmøder med borgere	Kompetenceudvikling maj 2007 Dialog møder oktober 2006 Praktikbesøg april 2007	39 deltagere, 230 praktikanter og 154 borgere

## Implementering

Sundhedscentret har på de fleste områder fulgt planerne fra projektbeskrivelsen. Hovedfokus for sundhedscentret er imidlertid blevet den borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Genoptræningen og rehabiliteringen fyldte oprindeligt meget i ansøgningen, men er blevet placeret uden for sundhedscentrets regi i en anden del af kommunens organisation. Sundhedscentret samarbejder imidlertid med terapeuter i denne enhed om kompetenceudvikling og deltagelse i bussens aktiviteter. Angående de frivillige organisationer omtales i projektbeskrivelsen samarbejde med patientforeninger. Samarbejdet med frivillige organisationer er blevet en stor del af centrets arbejde, men fokus er på borgerrettede tilbud om tilpasset motion.

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscentret har en lang række samarbejdspartnere. Sundhedscentret samarbejder med andre kommunale enheder samt resten af fagområdet Forebyggelse og sundhed med hensyn til aktiviteter og personale til bussen. Der samarbejdes desuden med kommunens institutioner, herunder børnehaver og skoler. Der beskrives i nogle tilfælde at have været udfordringer med hensyn til kommunikation og arbejdsdeling mellem sundhedscentret og disse enheder. Kommunens medarbejdere har efterspurgt tilbud lig det, der er til virksomheder, men det interne i kommunen vurderes ikke at være centrets opgave, men derimod HR-afdelingens. Sundhedscentret har desuden samarbejdet med flere kommunale sekretariater omkring kommunens sundhedspolitik og kommunens ydelser i forhold til at styrke sundheden. Eksempler herpå er kultur og fritid, børne- og ungeområdet samt handicap og psykiatri.

Sundhedscentrets samarbejde med de praktiserende læger består i, at centrets personale efter anmodning deltager i koordinationsudvalget, som er et mødeforum mellem kommunens fagsekretariat for Forebyggelse og sundhed og foreningen af praktiserende læger i Faaborg-Midtfyn Kommune. På mødet er der mulighed for orientering om centrets tilbud og diskussion af fremtidige indsatser. Praksiskonsulenten mener imidlertid ikke, at der noget reelt samarbejde mellem de praktiserende læger og sundhedscentret og mener, at der mangler kommunikation og information til lægerne om tilbuddene i centret. Den manglende viden om bussens placering og om, hvad der tilbydes, betyder, at han ikke informerer sine patienter herom. Han oplever desuden, at der mangler opfølgning fra centret, idet han ikke modtager information om borgere, der har haft kontakt dertil. Han beskriver, at han generelt har til opgave at kommunikere mellem kommunen og lægerne, men han ser det ikke som sin rolle at informere lægerne om centret ud over at formidle, at der er en hjemmeside. Fra sundhedscentrets side beskrives udfordringer i samarbejdet med lægerne, og de mener, at det skyldes, at der er 37 selvstændige læger i kommunen, samt at lægerne havde et billede af et sundhedscenter som værende mere patientrettet.

Praksiskonsulenten oplever, at der er uklarhed i opgavefordelingen mellem læger og sundhedscenter og tror, at der i en vis udstrækning sker dobbeltarbejde. Praksiskonsulenten mener ikke, at lægerne har været inddraget i udviklingen af sundhedscentret og mener, at dobbeltarbejdet kunne mindskes med øget inddragelse af lægerne og samarbejde omkring grænseflader. De praktiserende læger har ifølge sundhedscentret ikke ønsket at være med i sikringen af centrets kompetencer eller at være faglig back-up for sundhedscentret, hvorfor de i stedet køber ydelsen fra Medicinsk Testcenter på Odense sygehus, hvor de får kompetenceudvikling og faglig sparring i forhold til de test, der er en del af deres sundhedstjek. Ifølge



praksiskonsulenten skyldes det manglende samarbejde herom, at lægerne ikke blev spurgt og at de formodede, at sundhedscentret selv kunne varetage det.

Der er kun lidt samarbejde mellem sundhedscentret og sygehuset, da genoptræningen ikke er blevet en del af sundhedscentret. Der er dog i samarbejde med sygehuset gennemført lungefunktionsmålinger i lokalområderne på KOL-dagen, og der er indgået samarbejde med Hjertereforeningen, Region Syddanmark og Sygehus Fyn om udvikling af et samlet patientforløb for borgere med hjertekarsygdom.

I sundhedscentret vægtes samarbejdet med frivillige organisationer højt, og der er ansat en frivilligheds-koordinator i centret. Samarbejde omhandler primært fysisk aktivitet, og eksempler på samarbejdsparter er Ældre Sagen, Dansk Handicapdrætsforbund og DGI. Det har været en fordel, at der i kommunen er mange foreninger, som har været vant til at have et godt samarbejde med kommunen. Det er dog en udfordring i forhold til samarbejdet med de frivillige organisationer, at de arbejder frivilligt, og kommunen derfor ikke kan pålægge dem nogle opgaver, men blot motivere og inspirere. Ligeledes har det været centralt at afmystificere, hvad kommunerne skal, og hvad frivillige foreninger kan.

Sundhedscentret samarbejder med University College Lillebælt om blandt andet kompetenceudvikling, om udvikling af evalueringsredskaber, om praktikforløb for studerende samt standarder til folkeskolen for undervisningen i forhold til sundhed med involvering af klasselærerne, hjemmekundskabslærerne og idrætslærerne. Sundhedscentret samarbejder desuden med virksomheder i kommunen, idet de tilbyder sundhedstjek, rygestop, stresshåndtering og en sundhedsprofil til virksomheden. Centret er ved at udvikle nogle pakkeløsninger til virksomheder, og den interviewede virksomhedsrepræsentant beskrev det som

en flot færdig pakke, som absolut indfrie deres behov. Samarbejdet beskrives som velfungerende.

Samarbejdsparterne er blevet informeret om centret og dets tilbud via hjemmesiden, personaleblade, konferencer og møder. Mange samarbejdsparter har selv taget kontakt til sundhedscentret med forslag om fælles projekter, og centret tilpasser løbende indsatsen til disse behov. Samarbejdsparterne har således i flere tilfælde været med til at udvikle tilbuddene i sundhedscentret.

## Sammenhæng

I sundhedscentret mener de, at centret har betydet, at der er kommet mere sammenhæng i tilbudene til borgerne, idet de forsøger at integrere deres indsats i kommunens øvrige tilbud. Sundhedscentrets nuværende tilbud har en meget opsporende karakter, og centret er ved at udarbejde en liste med foreninger, hvor borgerne kan fortsætte efter at have haft kontakt til sundhedscentret. Centrets tilbud skal desuden udvides til at omfatte egentlige samtaler om kost og motion for borgere med særlige behov. Praksiskonsulenten mener imidlertid ikke, at der er kommet mere sammenhæng i tilbuddene blandt andet på grund af manglende kommunikation og IT-systemer. Praksiskonsulenten oplever, at mange af de tilbud, der er i centret, kunne varetages og i en vis grad bliver varetaget af de praktiserende læger. Til sammenligning med de praktiserende læger er sundhedscentret dog mere opsøgende i deres indsats ifølge praksiskonsulenten.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 517.000 i 2005 til 548.000 i 2007. Målt i for-

hold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 10,1 og 10,6 ydelser pr. borger, en stigning på 5% fra 2005 til 2007, heraf med 1% fra 2006 til 2007. Der har været igangsat en række borgerrettede forebyggende tiltag, men givet at mange tiltag er sundhedstjek og kompetenceudvikling kan det ikke forventes at se en effekt, som kan genfindes i registeranalyser på nuværende tidspunkt.

## Løsningsmodel

I sundhedscentret oplever de, at etableringen af centret har betydet, at kommunen er kommet langt på sundhedsområdet, og at der er afprøvet mange nye indsatser. Der er desuden udviklet en fællesskabsfølelse i kommunen med de frivillige organisationer. I forhold til borgerne har sundhedscentret medvirket til, at borgere, der ellers ikke er bevidste om sundhed, er blevet det, og nogle borgere, som ellers ikke går til egen læge, har besøgt bussen. Virksomhedsrepræsentanten beskriver, at besøget fra sundhedscentret har betydet, at der tænkes sundhed på virksomheden, og at det ikke længere er et tabu at tale om. Praksiskonsulenten kan ikke vurdere, hvilken betydning etableringen af sundhedscentret har haft og mener ikke, at det har betydet noget for praksissektoren.

Det beskrives som hensigtsmæssigt, at centret har været mobilt, idet kommunen er geografisk stor og har en dårlig infrastruktur. Det har været gavnligt, at indsatsen foregår, hvor borgerne i forvejen befinder sig, da centret dermed når en bredere målgruppe. Økonomisk opleves den murstensløse model desuden som hensigtsmæssig, da der ikke er udgifter til bygninger. Projektorganiseringen har været hensigtsmæssig, da det muliggør fleksibilitet og løbende tilpasning af opgaver, hvilket beskrives som vigtigt ved et nyt og åbent opgavefelt. Der har desuden været

stor fleksibilitet i, at centret har mulighed for forskelligt personale til forskellige aktiviteter, og at de kan frikøbe eller låne personale.

Selvom mange af aktiviteterne foregår indenfor på eksempelvis virksomheder og i pensionistforeninger, hvor bussen ikke er centrum, mener centret, at bussen er en vigtig del af synligheden af centrets arbejde. Bussen beskrives at have god pr-værdi. Det har dog været en udfordring, at interessen for at møde op ved bussen har været sæsonbestemt, da borgerne ikke stopper op på torvet om vinteren. Det understreges, at busbesøg og torvedage skaber opmærksomhed og er et startskud for sundhedsarbejdet, men at det, der har størst betydning, er kompetenceudvikling blandt medarbejderne, der har den daglige kontakt til borgerne. Bussen anses for at være et værktøj blandt andre værktøjer, og det understreges, at det centrale er centrets organisering med vægtning af det udgående arbejde og muligheden for samarbejde på tværs i kommunen. Det betyder ligeledes meget, at det mobile sundhedscenter er placeret i fagområdet sammen med træning, sundhedspleje og tandpleje, da det sikrer et tæt samarbejde med disse funktioner. Det tætte samarbejde med frivillighedsrådet beskrives desuden som vigtigt, fordi centret hermed når ud i lokalområderne, der skabes kontakt til borgerne, og der udvikles en fællesskabsfølelse i kommunen med de frivillige organisationer. Det bliver desuden muligt for færre ressourcer at iværksætte mange aktiviteter.

Sundhedscenter og politikere ser ingen ulemper ved den valgte model. Praksiskonsulenten beskriver, at det er godt, at sundhedscentret er opsøgende og finder uopdaget sygdom, samt at der er mere uformelt end hos lægen. Han anser det dog for problematisk, at der sker dobbeltarbejde i forhold til lægerne, og han kunne desuden tænke sig, at centret var mere målrettet de mere belastede grupper, der ikke kommer hos praktiserende læge.

Der er afsat midler til, at centret skal fortsætte i drift, og bussen, der oprindeligt var leaset, er blevet købt. Det er politisk besluttet, at sundhedscentret har frie hænder, hvis de holder sig inden for de økonomiske rammer. Det er projekteret, at der i løbet af foråret skal være mulighed for individuel kostvejledning og motionsvejledning til borgere med særlige behov enten henvist fra praktiserende læge eller efter kontakt i bussen. Centret vil desuden arbejde videre med de projekter, de har i gang og fortsætte med at udvikle pakkeløsninger til institutioner og virksomheder. Der arbejdes på at få en forløbskoordinator.

---

---

# Hillerød Kommune

## Formål

Formålet med projektet i Hillerød Kommune er at få børn og voksne til at bruge kroppen mere og spise sundere i hverdagen ved at skabe sundhedsfremmende rammer og aktiviteter i dagstilbud, skole og foreningslivet i lokalsamfundet. Målgruppen er de 0-12-årige samt voksne.

## Indsats

Der er i projektperioden gennemført et borgerrettet projekt "Sundhedsfremmede indsats over for børn og voksne med fokus på kost og fysisk aktivitet i lokalsamfundet Gørløse". Aktiviteterne er valgt med udgangspunkt i eksisterende aktiviteter i skole og institutioner, en kortlægning af og fokus på nuværende aktiviteter samt et inspirationspapir fra University College Lillebælt. Projektet består dels af efteruddannelse af personale og dels etablering af en sundhedscafé. Ledere, lærere, pædagoger, dagplejere, repræsentanter fra forældre, sundhedsplejen, tandplejen og foreningslivet uddannes til lokal erfaringskøbelse og udvikling af sundhedsfremmende rammer i dagtilbud, skole og foreningslivet.

## Organisering

Projektet er fra 2007 organisatorisk placeret i direktørområdet Job, Social og Sundhed, afdelingen for Ældre og Sundhed i Sektion for Sundhedsfremme og Forebyggelse i Hillerød Kommune. Til den løbende styring af projektet er nedsat en projektgruppe med en projektleder, ledere fra dagtilbud og skole, en faglig konsulent samt repræsentanter fra foreningslivet. Projektgruppen har planlagt processen og temadage, udarbejdet en fælles mad- og bevægelsespolitik samt arbejdet videre med implementering, resultatmåling og udvikling af den vedtagne politik. Der er desuden nedsat en overordnet styregruppe med en faglig konsulent fra dagtilbud, en skoleleder, sektionslederen for Sundhedsfremme og forebyggelse, KRAM-koordinatoren samt projektlederen.

Projektet udgør en mindre del af arbejdet i Sektion for Sundhedsfremme og Forebyggelse, som har følgende kerneområder: Borgerrettet forebyggelse, forebyggende hjemmebesøg, demenskoordination, Grønnegadecentret og kvalitetssikring. Sektion for Sundhedsfremme og Forebyggelse er placeret i et midlertidigt sundhedscenter, som er etableret efter kommunesammenlægningen, hvor også træningsfunktionen og rehabilitering (blandt andet genoptræning med døgnophold, aflastning og terminalpleje) er placeret.

Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
<i>"Børn, Mad og Bevægelse":</i> Efteruddannelse af personale på 4 temadage og herunder udvikling af fælles mad- og bevægelsespolitik for dagtilbud, skole og foreningslivet i Gørløse	Marts 2007 – november 2008	65
<i>Sundhedscafé:</i> Forsøgsordning med frugtkvarter på skolen og madpakkeværksted for elever og forældre	November 2007 – april 2008	115 elever deltog i Frugtkvarter  35 elever og 55 forældre deltog i madpakkeværkstedet

## Implementering

Projektet er i forhold til den oprindelige ansøgning blevet ændret markant. Formålet er nu afgrænset til en sundhedsfremmede indsats over for børn og voksne med fokus på kost og fysisk aktivitet i lokalsamfundet Gørløse. Projektets titel er således også ændret til Kost og Fysisk Aktivitet (KOFA) fra ansøgningstitlen ”Mere sundhed for pengene”. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse godkendte i februar 2007 Hillerød Kommunens anmodning om afgrænsningen af projektet. Der er ikke sket ændringer i forhold til denne projektbeskrivelse, og projektet er implementeret som beskrevet.

Ansøgningen blev oprindeligt udarbejdet af Skævinge Kommune, men efter kommunesammenlægningen blev det aftalt at afgrænse projektet fordi ansøgningens indhold var alt for omfattende i forhold til, hvad der økonomisk ville være muligt at gennemføre. Den oprindelige ansøgning havde til formål at implementere sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter for alle aldersgrupper, herunder forebyggelse af kroniske sygdomme. Desuden var genoptræning en del af projektet. Da pengene oprindeligt blev bevilget til Skævinge Kommune, valgte man, at midlerne i det nye projekt skulle anvendes til et lokalt projekt i Skævinge.

Der har været nogle udfordringer i forhold til at gennemføre projektet. Kommunesammenlægningen medførte, at der gik lang tid, før planerne blev godkendt, og forvaltningerne og politikerne i kommunen har haft fokus rettet mod større projekter. I daginstitutionerne har der manglet ressourcer, og der har været en stor udskiftning i medarbejderstaben, hvilket betød, at de medarbejdere, der var med i projektets start, ikke var med til at videreføre projektet. Således blev implementeringen i daginstitutionerne sat på pause i en periode, men er dog startet op igen. Der har desuden været udskiftning af ledere.

En anden udfordring har været kommunens opdeling i forvaltninger, og at Sektion for Sundhedsfremme og Forebyggelse ikke organisatorisk er placeret som en tværgående funktion i kommunen. Projektlederen peger på, at projektets placering forholdsvis langt nede i den hierarkiske struktur har vanskeliggjort samarbejdet med de øvrige forvaltninger, idet forvaltningschefniveauet har skullet inddrages løbende. Derudover arbejdes der med børn og sundhed i flere forvaltninger, og det beskrives, at der mangler en koordination i viden- og erfaringsudveksling omkring børn og unges sundhed og trivsel.

Det har på den anden side lettet gennemførelsen af projektet, at der har været en løbende dialog, og at institutionerne og skolerne i Gørløse har været vant til at samarbejde, hvormed projektet kunne bygge videre på eksisterende samarbejdsrelationer.

Projektlederen beskriver, at der har været stor politisk interesse for projektet, og at flere politikere har deltaget i temamøder. Direktøren og politikerne beskriver imidlertid også, at projektet på grund af dets begrænsede omfang ikke har haft stort politisk fokus. Meget andet, især kommunesammenlægningen, har fyldt meget. Projektet har således ikke været drøftet, og der havde politisk heller ikke været overskud til at være imod, hvis dette havde været tilfældet.

## Samarbejdsrelationer

Kommunens samarbejdsparter i forbindelse med projektet har primært været de institutioner, der er en del af projektet. Det drejer sig om dagplejen, Gørløse skole, SFO, Firkløverens Børnehuse, forældre- og skolebestyrelser samt idrætsforeningen. Parterne har deltaget i projektgruppen, været med til at udvikle politikken og deltaget i temadagene. Sundhedsplejen, tandplejen og børnefysioterapeuten har været ressourcepersoner i forbindelse med temadagene,

og medarbejdere fra University College Lillebælt har været proceskonsulenter i forhold til projektets rammer og indhold. De interviewede ledere fra skole og daginstitution har deltaget i projektgruppen, og de beskriver, at selvom grundprojektet var udviklet i det tidligere Fyns Amt, har de haft mulighed for at påvirke dele af projektet samt udvikle politikken. Det har efterfølgende været lederens ansvar at udarbejde handleplaner og igangsætte aktiviteter i eget regi. Projektets input har således været temadage og politikudvikling samt fokus på sundhed.

Alle samarbejdsrelationer beskrives som velfungerende, og der er klarhed i fordelingen af arbejdsopgaver og ansvar som følge af projektets strukturerede form, mange møder og god information. Den væsentligste store udfordring har, som beskrevet, været personaleudskiftning i daginstitutionerne. Derudover beskriver skole- og daginstitutionslederne, at det har været en udfordring at skabe ejerskab blandt medarbejderne, og at lederne selv har skulle være ildsjæle. I forhold til dagplejerne har det været en udfordring, at dette område er mere centralt styret med en fælles gruppe for hele kommunen, men samarbejdet har ved hjælp af en god dialog alligevel været velfungerende. Det kunne have været en barriere for projektet, at lærernes timeplaner er fastlagt et skoleår frem, men lærerne beskrives at have udvist stor fleksibilitet, og timerne til projektet er fremkommet gennem omfordeling af møderessourcer. Det etablerede samarbejde mellem skole og daginstitutioner er med projektet blevet udvidet til også at omfatte idrætsforeninger og lokalrådet.

## Resultater fra registeranalyse

Det er givet projektets fokus ikke relevant at vurdere kontakten til almen praksis eller indlæggelser for KOL, hjertekarsygdom eller diabetes, som er fokus i registeranalysen.

## Løsningsmodel

Projektets organisering beskrives som hensigtsmæssig, og det er vurderingen, at målgruppen bliver nået. Det er blevet observeret, at børnene spiser mere frugt og bevæger sig mere. Der er ikke foretaget baseline-målinger, men projektet har haft en kontrolgruppe i en anden del af kommunen. Personalet tænker desuden mere i muligheder for at forbedre sundheden. Det gælder især lærerne og i mindre grad i institutionerne som følge af den store personaleudskiftning.

Projektet har desuden vist nye metoder at arbejde og samarbejde på. Det beskrives som hensigtsmæssigt, at projektet udvikles nedefra, og at det er forankret lokalt, så institutionerne oplever det som nyttigt og ikke som endnu en opgave, der er pålagt oppefra. Skole- og daginstitutionslederne gav undervejs i projektet udtryk for, at der med de mange møder og temadage var for meget "snak", men nu er det vurderingen, at omfanget var passende.

Projektet er på nuværende tidspunkt midt i implementeringsfasen. Til november 2008 stopper projektlederens ansættelse, og projektet stopper. Planen er dog, at skolerne og institutionerne skal fortsætte arbejdet. Samarbejdspartnerne mener, at hvis projektet skal indføres andre steder, bør det overvejes at tilføje institutioner og skoler ressourcer til frikøb af medarbejdere. Der er på nuværende tidspunkt ikke afsat midler til, at projektet kan indføres på andre skoler og institutioner, men projektet skal politisk drøftes til efteråret. Direktøren forventer, at det fremtidige sundhedscenter, som skal bygge videre på det midlertidige sundhedscenters indhold, i en vis udstrækning vil komme til at ligne det, som var beskrevet i den oprindelige ansøgning. Der er i kommunen stor interesse for et sundhedscenter, men etableringen er udsendt til 2013.

---

---

## Horsens Kommune

### Formål

Formålet med sundhedscentret er at forbedre sundhedstilstanden blandt kommunens borgere gennem sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag så tæt på borgeren som muligt. Sundhedsteamet har til formål at prøve forskellige metoder af i forhold til centrets målgrupper. Akutstuen har til formål at modtage de patienter, der er for raske til at være på sygehuset, men for syge til at være hjemme.

### Indsats

Sundhedscentret består af to overordnede indsatsområder. Dels sundhedsteamet, der varetager forløb for patienter med KOL og diabetes samt borgerrettet forebyggelse, og dels en akutstue.

I 2006 opstartede sundhedscentret kurser rettet mod henholdsvis 28 KOL patienter og 59 diabetespatienter. Desuden gennemførtes forløb for 8 overvægtige børn og minimum en af deres forældre samt rygestopforløb for 13 personer. Også Akutstuen var i funktion i 2006 og blev anvendt til 38 borgere i alt.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet, og hvor mange borgere, der har været i 2007.

### Organisering

Det kommunale sundhedsteam og akutstuen og er to adskilte og ligestillede funktioner i sundhedscentret med hver sin leder.

Sundhedsteamet har fysisk base på Ceres Centret, som i forvejen huser et af kommunens seks sundhedscentre inden for ældreområdet. På centret er placeret et kontor, undervisningslokale, træningskøkken

samt træningshal. Yderligere er lejet en hal samt et undervisningslokale på en skole. Hertil kommer andre udgående aktiviteter, der gennemføres forskellige steder i kommunen. Sundhedsteamet er et tværfagligt team, som består af en klinisk diætist med en bachelor i idræt, en fysioterapeut og en sygeplejerske, der fungerer som teamleder. Henvielse fra læger og sygehus til sundhedsteamets tilbud foregår elektronisk via edifact eller fax/brev. Efter et kursus sender teamet statusbrev tilbage til egen læge/henviser. Et elektronisk system hertil er under udvikling. Angående børneholdene formidles informationen gennem skolerne, og forældrene kan henvende sig til teamet med henblik på at tilmelde deres børn. Henvielse til akutstuen sker via praktiserende læge.

Organisatorisk er akutstuen en del af Sundhedscenter Brædstrup, som er et andet af ældreområdet seks sundhedscentre. Det overordnede ansvar er placeret hos lederen af Sundhedscenter Brædstrup. Der er seks ansatte på akutstuen; to sygeplejersker, to social- og sundhedsassistenter, som dækker dag- og aftenvagter samt to social- og sundhedshjælpere, som dækker nattevagterne. Der er én medarbejder på arbejde af gangen.

Forankringen af centret sker via styregruppen for Voksen og Sundhedsforvaltningen. Chefen for sundhedsteamet indgår i styregruppe og følgegruppe. I den faglige følgegruppe indgår alle sundhedscentercheferne, to praktiserende læger, repræsentanter fra hhv. apoteker, Region Midtjylland og Regionshospitalet Horsens.

### Implementering

I det kommunale sundhedsteam er der forekommet ændringer i forhold til den oprindelige projektbeskrivelse. Det var oprindeligt planlagt, at teamet skulle være murstensløst, men på grund af et behov for træ-

Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Kursus for KOL patienter (træning, undervisning om KOL, kost og rygning).	Marts 2006	40
Kursus for diabetespatienter (træning, undervisning om diabetes, kost og alkohol)	Marts 2006	52
Deltager i Koala pilotprojekt – et kvalitetsikringsprojekt for rehabiliteringsforløb for borgere med KOL i kommunerne	-	-
Akutstue – tre sengepladser forbeholdt ældre medicinske patienter.	Marts 2006	68
Kursus for KOL patienter (træning, undervisning om KOL, kost og rygning).	Marts 2006	40
Kursus for diabetespatienter (træning, undervisning om diabetes, kost og alkohol)	Marts 2006	52
Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Målinger på apotekerne og på Ældrehøjskoledag	2 gange årligt	Ikke oplyst
Sundhedstjek på nogle virksomheder i forbindelse med internationale dage	1 gang årligt + få enkelte episoder	Ikke oplyst
Børnehold – forløb for overvægtige børn og forældre	Oktober 2006	21 børn og min. 1 forældre
Rygestopforløb	Maj 2006	30
Slankekursus efter endt rygestopkursus	Juni 2007	17
Temadag vedr. astma og allergi	Foråret 2007	62
Mad og motion for kvinder med anden etnisk baggrund end dansk	Januar 2007	9
Hjemmebesøg hos kvinder med anden etnisk baggrund end dansk	September 2007	5

ningslokaler og udstyr samt problemer med at låne lokaler andre steder, valgte man at placere alle kurser fast i en bygning. Nogle aktiviteter er imidlertid udgående. Der er desuden sket ændringer i forhold til målgrupper og antallet af medarbejdere, som er blevet justeret i forhold til det bevilgede beløb. Der er således ikke gennemført tiltag rettet mod spædbørn og ikke ansat en sundhedsplejerske i teamet. Som barselsvikar for klinisk diætist været ansat en bachelor i human ernæring i teamet. Det kommunale sundhedsteam startede op med forløb for KOL- og diabetespatienter, mens børn, astma og en indsats mod etni-

ske grupper er kommet til senere. Indsatsen i forhold til allergi er blevet mindre omfattende, fordi teamet har oplevet vanskeligheder i forhold til at afgrænse målgruppen. Der er i det kommunale sundhedsteam sket en vægtning i indsatsen, således at den borgerrettede sundhedsfremme fylder mindre sammenlignet med den patientrettede indsats. Den eksisterende Sund By butik i kommunen varetager en del af den borgerrettede indsats.

Det har været en udfordring for implementeringen, at den nye organisation skulle etableres samtidig med



kommunesammenlægningen. Signalerne har været uklare i forhold til sundhedsområdet, og medarbejderne har oplevet en vis usikkerhed, idet de var ansat i de tidligere kommuner, samtidig med at centret skulle placeres ind i sammenlægningskommunen. Det har senere været en udfordring i implementeringen, at ansøgningen blev udarbejdet i den tidligere sundhedsforvaltning. Patientrettet forebyggelse har desuden været nyt for kommunen, idet Horsens kommune inden sammenlægningen havde fokus på borgerrettet forebyggelse. I den nye kommune er der i høj grad fokus på patientrettet forebyggelse.

På akutstuen er der også i projektperioden sket løbende justeringer, herunder især i henvisningspraksis. I den oprindelige projektbeskrivelse var det planen, at vagtlæge og Medicinsk visitationsafsnit på Horsens Sygehus skulle kunne henvise patienter til akutstuen. De praktiserende læger ønskede imidlertid ikke at påtage sig det lægefaglige ansvar for patienter, som de ikke selv havde vurderet og henvist til akutstuen. Derfor har vagtlæger ikke kunnet henvise – og sygehus kun ved accept fra borgerens egen læge. Den oprindelige plan var endvidere, at Medicinsk visitationsafsnit skulle kunne henvise patienter til behandling på akutstuen med accept fra praktiserende læge, men den medicinske sygehusledelse ønskede dette ændret og har alene udskrevet færdigbehandlede patienter. Derudover var det planen, at den praktiserende læge, som havde henvist borgeren, ved behov skulle tilse borgeren i akutstuen. På grund af de fysiske afstande, blev det dog tilføjet, at konsultationer også kan foregå telefonisk, og hvis dette ikke er tilstrækkeligt, kan borgeren indlægges på sygehus. Der var fra start udarbejdet en vejledning for indsatsen ved forskellige diagnoser. Da henvisning sker på lægefagligt skøn fra patient til patient, har det vist sig u hensigtsmæssigt at være fastlåst på diagnoser. Der var oprindeligt indgået aftale med Brædstrup Apotek om administration af et akut medicindepot på akutstuen. Denne aftale blev annulleret efter Embedslæ-

gens påbud. Endelig har en opfølgning fra akutstuen ved det kommunale sundhedsteam, som var skitseret i projektplanen, ikke været aktuel, idet målgrupperne stort set ikke er sammenfaldende.

På akutstuen har man siden opstarten oplevet meget modvind i forhold til at implementere planerne, idet stuen var et nyt tilbud, der skulle defineres, og der opstod forvirring hos andre aktører om, hvad centret var. Akutstuen vurderer, at det har været mest vanskeligt at formidle tilbuddet til de praktiserende læger. I den oprindelige projektbeskrivelse var det desuden beskrevet, at transport til akutstuen skulle betales af brugeren selv. Dette blev dog oplevet som problematisk og i stedet er det nu akutstuen, der betaler. Akutstuen peger på, at det har lettet gennemførelsen af projektplanerne, at medarbejderne har været meget opsøgende og informeret om tilbuddet, hvilket har bevirket, at mange kender til akutstuens eksistens.

## Samarbejdsrelationer

Det kommunale sundhedsteams primære samarbejdspartnere er de praktiserende læger samt Regionshospitalet Horsens (lungeteamet og diabetessteamet), som kan henvise borgere til kurser. Det kommunale sundhedsteam peger på, at det har været en udfordring at formidle viden til de praktiserende læger og at få henvisninger herfra. Problemet med manglende henvisninger er dog mindsket og 75% af lægerne i Horsens Kommune henviser nu. Teamet kan modtage henvisninger via edifact, hvilket anses for at have understøttet og øget antallet af henvisninger. Yderligere er der kommet et stort fokus på KOL i Horsens kommune, også hos de praktiserende læger. Kommunens praksiskonsulent forsøger at formidle information om sundhedsteamets tilbud til de øvrige læger. Sundhedsteamet har erfaret, at samarbejdet med de praktiserende læger kræver tid og vedholdenhed, men generelt opleves samarbejdet som

velfungerende. Det, der udvikler samarbejdet, er, når lægen ser, at patienterne får noget ud af tilbuddene.

Samarbejdet mellem almen praksis og sundhedsteamet fylder, ifølge praksiskonsulenten, mere end samarbejdet med akutstuen. Samarbejdet med almen praksis er ikke formaliseret via skriftlige aftaler, og ifølge praksiskonsulenten er der lidt uklarheder i arbejdsfordelingen. Praksiskonsulenten har været med i udviklingen af sundhedscentrets tilbud, blandt andet med at synliggøre samarbejdsformer og muligheder i forhold til praksissektoren. Endvidere indgår praksiskonsulenten i samarbejde om kronikerprogrammerne. Samarbejdet med praksissektoren har været meget afhængig af den enkelte læge, men over projektperioden er samarbejdet blevet udviklet og forbedret. Kommunen er bevidst om, at praksiskonsulenten ikke kan repræsentere gruppen af læger, men kun være med til at synliggøre og sikre fælles forståelsesramme.

Sygehuset og sundhedscentret samarbejder i forhold til det kommunale sundhedsteam. Et mindre samarbejde mellem akutstuen og geriatrisk afdeling er ved at blive etableret. Sundhedsteamet har en tæt kontakt til sygehusets lungeteam om faglig kvalitetssikring og gensidig undervisning, og centret har desuden telefonisk kontakt og mødes to gange årligt med medarbejdere fra diabetesområdet. På diabetesområdet har teamet suppleret diabeteskole fra sygehuset.

Sygehuset har været med i udarbejdelsen af projektbeskrivelsen, og det har vægtet højt, at sygehuset skulle kunne stå inde for centrets faglighed. Sygehuset oplever samarbejdet som lærerigt. Der vurderes, at der er klarhed i arbejdsfordelingen mellem sundhedscentret og sygehuset. Samarbejdet er formaliseret på alle relevante områder, på diagnoseniveau, hvor det er beskrevet, hvad henholdsvis sygehus og sundhedscenter tager sig af. Det beskrives i den forbin-

delse som centralt, at de to parter løbende taler sammen. Der beskrives dog også, at organisatoriske problemer i starten var en barrierer for samarbejdet om akutstuen, og at samarbejdet derfor tog tid at etablere. Et øget fagligt kendskab til akutstuen har forbedret samarbejdet.

Sundhedscentret samarbejder yderligere med lokale apoteker, hvor farmakonomer stiller sig til rådighed med undervisning to timer for hvert KOL-hold. Der samarbejdes desuden med kommunens Sund By butik, hvor en medarbejder orientere om butikken på sundhedsteamets undervisningshold. Der opleves ikke at være overlap mellem sundhedscentrets mere patientrettede tilbud og Sund By butikkens borgerrettede indsats. En repræsentant fra Diabetesforeningens Motivationsgruppe har fortalt om denne gruppe på diabetesholdet, og på børneholdet benyttes instruktører fra mange forskellige frivillige foreninger.

Akutstuens primære samarbejdspartnere er de praktiserende læger og hjemmeplejen. Samarbejdet med de praktiserende læger består i, at de henviser til akutstuen og har det lægefaglige ansvar for egne patienter indlagt på akutstuen. Akutstuen vurderer, at der er klarhed i arbejdsdelingen i forhold til de praktiserende læger. Det er primært lægerne fra Brædstrup, der henviser til akutstuen, men antallet af henvisninger også fra Horsens er steget i løbet af perioden. Lægerne har udtrykt en skepsis mod akutstuen, og i starten var der hjemmesygeplejersker, der ønskede indlæggelse af borgeren, mens den praktiserende læge var imod. De læger, der benytter akutstuen, er dog meget tilfredse med tilbuddet.

Placeringen af akutstuen i Brædstrup medførte stor protest fra lægerne i Horsens, hvilket gav projektet en dårlig start og forsinkede processen. Afstanden fra Brædstrup til Horsens har været en udfordring og i nogle tilfælde har lægerne i Horsens ikke følt sig trygge ved indlæggelse på akutstuen via en telefon-

samtale og har derfor valgt at indlægge borgeren på sygehus i stedet. Praksiskonsulenten beskriver, at der ikke længere er direkte modstand mod centret fra de praktiserende læger. Der er dog fortsat modstand i praksisudvalget mod akutstuen, da lægerne anser det for u hensigtsmæssigt, at den praktiserende læge kan risikere at blive holdt ansvarlig, hvis noget går galt, når der kun har været telefonisk kontakt.

De fleste borgere kommer til akutstuen på foranledning af, at hjemmeplejen kontakter praktiserende læge, som henviser til tilbuddet. I mindre grad henvises fra sygehus. Henvisning fra sygehus skal ske med praktiserende læges accept.

I forbindelse med såvel indlæggelse som udskrivelse samarbejder akutstuen tæt med hjemmeplejen for at skabe kontinuitet. Samarbejdet beskrives som meget velfungerende blandt andet på grund af en fælles journal. Akutstuen beskriver, at der er klarhed i arbejdsopgaverne i forhold til hjemmeplejen, men at der har været nogle udfordringer i at sikre dette.

## Sammenhæng i tilbud

Der opleves med sundhedsteamet at være skabt sammenhæng i tilbuddet, idet teamet har undersøgt hvilke tilbud, der manglede på sygehuset, og sikret, at der ikke opstod overlap. Der er desuden kort ventetid fra borgernes kontakt til sygehus til opstarte forløb i sundhedsteamet. Fra sygehuset side opleves øget sammenhæng, idet der nu er et tilbud til de patienter, der ikke er syge nok til at komme på sygehuset, at der er et sted patienterne kan fortsætte efter de har været på sygehuset, og desuden fordi sygehuset får feedback fra sundhedsteamet.

I starten var manglende it-kommunikation en barriere for sammenhængen, idet alle oplysninger blev noteret på papir. Brugen af edifact opleves derfor som en

stor fremgang. Praksiskonsulenten oplever, at der i forhold til diabetes er god sammenhæng, mens der er udfordringer i forhold til KOL på grund af nye retningslinjer for behandling, som sundhedsteamet, men ikke lægerne, er lært op i. Dette kan bevirke, at patienterne ikke altid oplever overensstemmelse i informationen.

Efter deltagelse i sundhedsteamet sikres en sammenhæng ved, at der sendes en status til sygehuset og almen praksis, brugerne har mulighed for at indgå i netværksgrupper, og kursisterne følges både telefonisk og ved individuelle samtaler og test det første år.

Også i forhold til akutstuen opleves det, at de er etableret sammenhæng i brugerne forløb. Sammenhængen mellem systemerne sikres blandt andet ved, at akutstuen anvender samme journal som hjemmeplejen, og praktiserende læge modtager information fra akutstuen ved udskrivelse. Der opleves ingen væsentlige barrierer for sammenhængen ud over afstanden til akutstuen.

## Resultater fra registeranalyser

Brugen af alment praktiserende læge målt i antal ydelser steg fra 808.000 i 2005 til 841.000 i 2007. Dette svarer til henholdsvis 10,4 og 10,6 ydelser pr. borger, hvilket er en stigning på 2% fra 2005 til 2007, men ingen stigning fra 2006 til 2007. Omfanget af den borgerrettede forebyggelse er imidlertid for lille til, at der kan forventes en effekt, som kan genfindes i registeranalyser.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose steg fra 115 (92 personer) i 2005 til 134 (107 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 1,5 til 1,7. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 14%, og fra 2006 til 2007 var stigningen på 50%, hvilket er statistisk signifi-

kant. For diabetesrelaterede indlæggelser var der et fald på -9% fra 2005 til 2007, men en stigning på 11% fra 2006 til 2007. Der har i sundhedscentret været en patientrettet indsats for diabetespatienter (111 deltagere, opstart marts 2006), som potentielt kan have en målbar effekt, men der ses ingen direkte sammenhæng med antallet af indlæggelser, og faktisk var der en signifikant stigning i diabetesindlæggelser.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose faldt fra 279 (171 personer) i 2005 til 258 (159 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 3,6 til 3,2. Faldet fra 2005 til 2007 var på -9%, men fra 2006 til 2007 var der en stigning på 1%. Også for KOL patienter har der været indsats (68 patienter, start marts 2006), som muligvis kunne have en målbar effekt. Hvis blot hver tredje af deltagerne undgik en indlæggelse, ville det svare til den målte reduktion fra 2005 til 2007, men ændringen kan lige så vel skyldes tilfældigheder. Akutstuen har modtaget 106 borgere, og disse henvendelser har muligvis reduceret indlæggelse på sygehuse.

## Løsningsmodel

Der er ikke vurderingen, at der er alternativer til tilbuddet i sundhedsteamet, især fordi tilbuddet kræver et team. Således kunne aspekter af tilbuddet ligge i almen praksis, men dette ville, ifølge praksiskoordinator, ikke være ligeså omfattende. I forhold til akutstuen er der heller ikke alternativer i kommunen. Kommunens eksisterende aflastningspladser er til hjemmeboende ældre, hvis pårørende har behov for aflastning. Sundhedsteamet beskrives at have sikret tilbud, der ikke eksisterede tidligere, samt erfaringer med indsatser inden for nye målgrupper. Fra sygehuse side opleves en aflastning og en tilfredsstillelse ved at vide, at patienterne modtager et tilbud, når de udskrives fra sygehuset. Patientforløbene anses for

at være meget bedre, og der sker en tidligere opsporing.

Sundhedscentermodellen i Horsens Kommune beskrives generelt som hensigtsmæssig. Sundhedsteamet peger dog på, at der er en vis sårbarhed ved, at der kun er ansat tre medarbejdere. Teamet har desuden behov for bedre faciliteter til træning, madlavning og undervisning. Temaet er i gang med at udbedre lokaleproblemet. Praksiskonsulenten anser det for vigtigt, at der er et fysisk center, og sygehuset vurderer, at placeringen er hensigtsmæssig, og at det er godt, at indsatsen er mindre sygehusagtig. Indsatsen for børn vurderes ikke at have været hensigtsmæssigt placeret i regi af sundhedsteamet, og det planlægges derfor at flytte det til Børn og ungeområdet for at kunne inddrage daginstitutioner og skoleområdet.

Angående akutstuen anses det som en fordel, at der her kan ydes en tæt omsorg, og at der er personale hele tiden. Det vurderes imidlertid som en ulempe, at tilbuddet er meget sårbart, da der kun er én medarbejder på arbejde af gangen, hvilket er problematisk ved sygdom og mere krævende patienter. Praksiskonsulenten vurderer, at det ville være mere hensigtsmæssigt, hvis akutstuen var placeret i Horsens, og hvis akutstuen skal fortsætte anser hun det for centralt, at der også er pladser i Horsens. Hun mener dog, at det er for tidligt, at vurdere hvorvidt en model med en akutstue er hensigtsmæssig.

Det er politisk besluttet, at sundhedsteamet fortsætter efter projektperioden, og at der skal være fokus på indsatsen for kronisk syge. Akutstuen har ikke fået en varig bevilling, men projektet er forlænget indtil april 2009.

---

---

# Københavns Kommune

## Formål

Formålet med Sundhedscenter for Kræft i Københavns Kommune er at tilbyde rehabilitering og psykosocial rådgivning til kræft-ramte, så de kan lære at leve bedst muligt med deres kræftsygdom. Sundhedscentret er et supplement både før, under og efter behandling på sygehuset. Sundhedscenter for Kræft-ramte er et samarbejdsprojekt mellem Københavns Kommune og Kræftens Bekæmpelse. Der er i starten etableret tilbud til tre diagnosegrupper, men på sigt skal tilbuddet udvides.

## Indsats

Sundhedscentret tilbyder kommunal rehabilitering til borgere med en kræftsygdom med bopæl i Københavns Kommune. Tilbudene gælder borgere med tre diagnoser – brystkræft, lungekræft og tyk- og endetarmskræft. Et rehabiliteringsforløb består af kostvejledning, madlavningshold, patientundervisning (senfølger, sociale-, fysiske-, seksuelle- og psykiske problemstillinger), rygestop, fysisk træning, afspænding og vejtrækningsøvelser samt samtalegrupper. Nogle hold er diagnoseopdelte, mens andre hold er blandede. Alle får en visitationssamtale, en til fem opfølgningssamtaler samt en afslutningssamtale. Forløbene har ikke en fast længde, og man kan komme i centret både før, under og efter behandling på sygehus. Kræftens Bekæmpelse har en sidestillet rådgivnings-

enhed i sundhedscentret med tilbud til borgere med kræft, pårørende og efterladte. Der er forskellige individuelle og gruppebaserede rådgivnings- og sociale tilbud. De to enheder har en fælles café, som er bemannet med frivillige, der rekrutteres og kvalificeres af Kræftens Bekæmpelse. Disse frivillige har forskellig faglig baggrund. De frivillige fungerer som værter i caféen og byder velkommen, svarer på spørgsmål, viser pjecer, fortæller om sundhedscentrets aktiviteter og har også længere samtaler med de kræft-ramte, pårørende og efterladte. Denne del af sundhedscentret er finansieret af Kræftens Bekæmpelse og ikke af Ministeriets puljemidler.

## Organisering

Sundhedscentret er udviklet og fungerer til dagligt i et samarbejde mellem Københavns Kommune og Kræftens Bekæmpelse. Parterne deles om lokaler og faste udgifter, og derudover står Kræftens Bekæmpelse for rådgivning, mens kommunen står for rehabilitering. Der er ansat to ledere i sundhedscentret: en for Kræftens Bekæmpelses rådgivningsenhed og en for kommunens rehabilitering.

Rådgivningen er tilrettelagt som et åbent tilbud, mens borgerne henvises fra sygehus og praktiserende læger til rehabilitering. Borgerne henvises hovedsageligt fra sygehusene og i mindre grad fra de praktiserende læger.

Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal henviste i 2007
Brystkræft	April 2007	104
Lungekræft	April 2007	109
Tyk- eller endetarmskræft	April 2007	60

Centret er fysisk placeret i renoverede lokaler i en bygning, som ligger centralt, men ikke i sygehusregi. Sundhedscentret er organisatorisk placeret under Center for Faglig Udvikling i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Der er nedsat en fælles styregruppe for centret for at sikre daglig drift, integration og udvikling. Styregruppen består af kommunens sundhedschef og vicekontorchef, de to centerchefer for henholdsvis rehabiliteringsenheden og rådgivningsenheden samt afdelingschef og regionsleder i Kræftens Bekæmpelses Patientstøtteafdeling,

Rehabiliteringsenhedens personale er en lægelig centerchef, tre sygeplejersker, fem fysioterapeuter, to diætister og en kostvejleder samt en lægesekretær. For Kræftens Bekæmpelses vedkommende er centerchefen psykolog og derudover er der tre andre psykologer, to socialrådgivere og to sekretærer.

## Implementering

Projektbeskrivelsen er implementeret som planlagt, men der er foretaget mindre justeringer ud fra de erfaringer, som centret har gjort sig. Der er nu et øget fokus på fysisk træning, da borgerne efterspørger dette tilbud i højere grad end forventet. Centret har i en vis udstrækning søgt inspiration i Kræftens Bekæmpelses center i Dallund, hvor færdigbehandlede kræftframte kan få et seks dages rehabiliteringsforløb, men er dog primært udviklet løbende ud fra personalets egne erfaringer.

Det har været en udfordring at implementere aktiviteterne på grund af et manglende kommunalt IT-dokumentationssystem og manglende fælles booking-system. Kræftens Bekæmpelse og kommunen har to forskellige systemer og må ikke have adgang til hinandens Intranet. Dette er en barriere for at udveksle informationer. Københavns Kommunes journaler er

håndskrevne, hvilket giver problemer i forhold til at dokumentere indsatsen.

Sundhedscentrets personale er tværfagligt sammensat, og medarbejderne har skullet samarbejde anderledes. Det har været en udfordring at finde en fælles platform på grund af forskelle i kultur, sprog og fokus i forhold til borgerne. Det understreges dog, at tværfagligheden er vigtig, og at medarbejderne har lært meget af hinanden.

Af mere praktisk karakter har det været en udfordring at finde egnede lokaler, og kommunens regler for køb af ejendom forudsætter forvaltningens deponering af et relativt stort beløb, hvilket dog er blevet håndteret i centrets opstartsfasen.

Modsat har det lettet implementeringen, at både centerchefen og en medarbejder tidligere har arbejdet som henholdsvis læge og sygeplejerske på onkologisk afdeling på Rigshospitalet. Dette har betydet, at det har været lettere at skabe kontakt mellem centret, sygehuset og de praktiserende læger. Desuden bidrager den sundhedsfaglige uddannelse til, at der fra sygehus og almen praksis side er tillid til kvaliteten af centrets tilbud. Det skal også nævnes, at Kræftens Rådgivnings mangleårige samarbejde med Rigshospitalet, Bispebjerg Hospital og de øvrige hospitaler i Københavns Kommune har gavn timer Sundhedscentret. Rådgivningsenhedens centerchef har således i mange år siddet som repræsentant for Kræftens Bekæmpelse i det daværende H:S's centrale brugerpanel, hvor de københavnske hospitalsledelser deltog.

## Samarbejdsrelationer

Det understreges, at sundhedscentret som et nystartet sted har meget fokus på samarbejde og netværksdannelse. De væsentligste samarbejdsrelationer er

mellem centrets rehabiliteringsenhed og Kræftens Bekæmpelse, sygehuse og praktiserende læger.

Kræftens Bekæmpelse er rehabiliteringsenhedens væsentligste samarbejdspartner. Samarbejdet er formaliseret og beskrives som velfungerende fra begge sider. Kræftens Bekæmpelse var initiativtager til at skabe et fælles projekt med kommunen, var med til at udarbejde ansøgningen og finansierer halvdelen af centrets drift. Det beskrives, at der er stor klarhed i opgavefordelingen. Organiseringen med en leder fra henholdsvis en patientforening og en kommune beskrives som en svær konstruktion, men samarbejdet har fungeret i praksis, fordi de to ledere arbejder godt sammen. Det understreges, at det er vigtigt med en stærk patientforening for at opnå et ligeværdigt forhold og et vellykket samarbejde. Det nævnes samtidig, at det har været en udfordring, at de to parter er forskellige typer af organisationer, hvor Kræftens Bekæmpelse er hurtigere i beslutningsprocesserne.

Sundhedscentrets rehabiliteringsenhed har et tæt samarbejde med hospitalerne i Region Hovedstaden (Rigshospitalet, Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital). Sygeplejerskerne fra sundhedscentret indgår i et netværk med sygeplejersker fra Finsenscentret, og der gennemføres gensidig undervisning. Sygehuse informerer deres patienter om sundhedscentret og henviser dem dertil. Der blev i opstarten afholdt indledende samtaler med sygehusafdelingerne, som blev spurgt til råds i forbindelse med valg af diagnosegrupper og inklusionskriterier for deltagelse i centrets aktiviteter. Sundhedscentret har dog selv tilrettelagt indholdet i rehabiliteringsforløbene. I den forbindelse beskrives det, at forløbsaftaler burde være blevet lavet i fællesskab, men at samarbejdspartnerne ikke havde tid. Personale fra Finsenscentret har undervist personalet i sundhedscentret om de tre aktuelle sygdomme og behandlingsforløb. Ved henvisning oplyses efter ønske fra rehabiliteringsenheden, kun borgerens diagnose. Ved behov har man dog kunnet

få supplerende oplysninger om for eksempel røntgenundersøgelser og tidlig fysioterapeutisk intervention. Samarbejdet mellem sygehus og sundhedscenter beskrives af begge parter som velfungerende, og medarbejderne på sygehuset beskrives som meget åbne og imødekomne. Der er klarhed i opgavefordelingen mellem de to parter, men forvaltningschefen ønsker dog, at fordelingen fremover bør formaliseres, da det er vigtigt at synliggøre sygehusets ansvar for kvaliteten i centrets aktiviteter. Fra sygehusets side ønskes mere systematisk tilbagemelding fra sundhedscentret om borgernes forløb, hvornår der er behov for rehabilitering samt effekten heraf. Det beskrives desuden, at en øget viden på sygehuset om centrets tilbud i løbet af projektperioden har betydet, at antallet af henvisninger er steget.

Samarbejdet med de praktiserende læger er et område, som sundhedscentret arbejder på at udvikle. Sundhedscentret har i opstarten prioriteret samarbejdet med sygehuse, idet de praktiserende læger, der har relativt få kræftpatienter, i mange tilfælde kun har sporadisk kontakt med deres patienter under et kræftforløb på et hospital. De praktiserende læger kan henvise til centret, og der har i sundhedscentret været undervisning af praksispersonale. Centret vurderer det som en væsentlig opgave at styrke den kræftframte borger i at bruge sin egen praktiserende læge, frem for at centret har direkte kontakt til lægerne. De praktiserende læger har ikke vist modstand mod centret, men heller ikke stor interesse. Informationen til almen praksis beskrives samtidig af den praktiserende læge som mangelfuld, og der ønskes en løbende orientering om centrets tilbud. Den praktiserende læge efterlyser et mere struktureret nyhedsbrev om sundhedscentret. De praktiserende læger informeres desuden ikke om, at deres patienter kommer i centret, hvilket sundhedscentret anser for at bunde i et manglende IT-baseret kommunikationssystem.

## Sammenhæng i tilbud

Etableringen af sundhedscentret beskrives at have medført en øget sammenhæng i de kræftramtes forløb, idet der nu er etableret et sted, hvor de kan komme før, under og efter deres behandling på sygehuset. Centret er ifølge medarbejderne kendetegnet ved at være meget lidt hospitalsagtigt, idet det er mere rummeligt og har mere fokus på det hele menneske frem for kun sygdommens udvikling. Sundhedscentrets tilbud vurderes således som et tilbud, der ikke eksisterede tidligere og anses for at være et serviceløft.

Det er primært sygehusene, der henviser til centret. Henvisningerne indeholder alene borgerens navn og telefonnummer, hvorefter centret inviterer borgeren til et første møde med henblik på at afklare behov og forventninger samt udarbejde en plan for forløbets indhold. Sygehusets eventuelle vurderinger af borgeren indgår således ikke.

Fra sygehuset oplyses det, at der kun er kommet positive kommentarer om sundhedscentret. Borgerne beskrives at opleve en syntese i tilbuddene. Kræftens Bekæmpelse beskriver ligeledes, at der er skabt øget sammenhæng for de kræftramte borgere, men finder det problematisk, at borger med andre kræftdiagnoser og borgere fra andre områder, herunder Frederiksberg Kommune, ikke kan deltage i centrets kommunale rehabiliteringstilbud. Det virker forvirrende for borgerne, at alle kan få rådgivning, men ikke rehabilitering.

Tilbuddet beskrives at påvirke borgernes livskvalitet og funktionsevne samt muligvis forebygge genindlæggelser. Det beskrives dog at være vanskeligt at evaluere effekten, da manglende IT betyder, at alle parametre foreligger på papir. Desuden giver målinger af borgernes fysik ikke nødvendigvis mening, da

sygdommen kan forværres og virke i negativ retning samtidig med, at rehabiliteringen virker positivt.

## Resultater fra registeranalyse

Antallet af indlæggelser i forbindelse med brystkræft, lungekræft og tyktarms/endetarmskræft faldt i Københavns Kommune fra 2006 til 2007 med 3%. I resten af landet var antallet konstant. For de øvrige kræftformer var der i Københavns Kommune et fald i indlæggelserne på 2%, og i resten af Danmark på 1%. Ændringerne er imidlertid ikke signifikante og kan alene skyldes tilfældigheder. Der er således ikke tale om en udvikling, der er anderledes i København Kommune i forhold til resten af landet. Hvis man inkluderer alle sygehuskontakter, herunder ambulante kontakter, fås et tilsvarende resultat som heller ikke er signifikant. Resultatet er dog ikke helt overraskende, da sundhedscentrets rehabiliteringsenhed kun har haft kontakt med 275 personer, medens i alt cirka 2100 personer har årligt haft sygehuskontakt i forbindelse med de nævnte kræftformer. Desuden er centrets rehabiliteringsforløb først opstartet i foråret 2007.

## Løsningsmodel

Den valgte sundhedscentermodel beskrives af alle som hensigtsmæssig, og der er enighed om, at det er en fordel, at Kræftens Bekæmpelses og kommunens tilbud er fysisk samlet. Kræftens Bekæmpelse beskriver, at deres kontaktflade øges via samarbejdet, idet de kommer i kontakt med flere og mere svage borgere og borgere fra socialt dårligere grupper end tidligere. Samarbejdet med Kræftens Bekæmpelse beskrives at have haft stor betydning for kommunen, idet Kræftens Bekæmpelse er kendt i befolkningen og har et stort netværk, som kommunen har kunnet



trække på. Samarbejdet har desuden medført, at der er kommet vidensbaseret fokus på det psykosociale område, og patientundervisning om psykiske og sociale problemstillinger gives i fællesskab.

Det anses at være en fordel, at centret er placeret tæt på Rigshospitalet, som er en væsentlig samarbejdspartner, men samtidig ikke som en del af sygehuset. Borgerne med en kræftdiagnose oplever dermed, at der er fokus på det almindelige liv frem for behandling. Centret mener, at målgruppen nås både i bredden og i antal, og at centret omfatter både svagere og mere velfungerende sociale grupper. Henvisningsmodellen beskrives som hensigtsmæssig, da borgere frit kan besøge centret, men skal have en henvisning, hvis de ønsker og har behov for rehabilitering. Det foreslås dog, at borgene muligvis skulle kunne henvende sig selv, hvorefter centret kunne vurdere, om de kan modtage tilbud i centret. Den praktiserende læge understreger imidlertid, at det er vigtigt, at lægen fungerer som tovholder.

Bygningsmæssigt beskrives det hensigtsmæssigt, at centret ligger centralt, og at al kræftrehabiliteringen er samlet på ét sundhedscenter frem for på flere centre. Der har været benyttet arkitekter i indretningen af lokaler, og de fysiske rammer beskrives som vigtige i forhold til at skabe en god atmosfære. Fysisk er der dog for lidt plads, især i forhold til den fysiske træning.

Sundhedscentret fungerer allerede på nuværende tidspunkt som inspirationskilde for andre kommuner, men det understreges, at kommunen skal have en vis størrelse, for at der er borger nok til at have et center med fokus alene på kræftpatienter.

Forvaltningschefen beskriver, at centret i den første fase er et nyt tilbud, der skal etableres, mens det i næste fase skal integreres med det øvrige sundhedsvæsen. Der er endnu ikke politisk vedtaget et endeligt budget for sundhedscentrets fortsatte drift, men det forventes at centret skal fortsætte. Der har hele tiden været politisk opbakning til centret, og ingen udtrykker betænkelighed ved Sundhedscenter for Kræftfrømte

Centret skal med tiden udvides til flere diagnosegrupper for Københavns Kommunes vedkommende, men det har været vigtigt for at bevare overblikket, at rehabiliteringsenheden i starten fokuserede på få grupper. Der er desuden planer om, at centret skal flytte til større lokaler. Kræftfrådgivningen har løbende haft tilbud til alle diagnosegrupper samt pårørende og efterladte. Det vil blive lettere for borgerne og for samarbejdet, når kommunen udvider til alle kræftdiagnoser. I forhold til udvidelsen og de større lokaler er det planen, at Kræftfrådgivningen flytter ind i de større lokaler som lejere – og med selvstændig status. Kræftens Bekæmpelse har ved etableringen flyttet sin allerede eksisterende ”Kræftfrådgivning i København og Frederiksberg” ind i sundhedscentret med det personale og den personalenormering, den hidtil har haft. Denne personalenormering svarer til normeringen på de større af foreningens øvrige kræftfrådgivninger. Der er således ikke planer om at øge indsatsen på dette område i form af flere medarbejdere ved udvidelsen af sundhedscentret, idet Kræftens Bekæmpelse som patientforening ikke på samme måde som kommunen har et ansvar for at servicere alle kommunens borgere.

# Lyngby-Taarbæk Kommune

## Formål

Sundhedscentret i Lyngby-Taarbæk Kommune skal koordinere kommunens sundhedsindsats, implementere sundhedspolitikken samt synliggøre sundhed ved at igangsætte sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende projekter, bidrage til sammenhængende behandlingsforløb, skabe videndeling og samarbejde med lokalsamfundet. Målgruppen er borgere med en adfærd, som risikerer at udvikle sygdom. Sundhedscentrets puljefinansierede tilbud retter sig mod udvalgte målgrupper fordelt på alle livsfaser, hvor kommunen vurderede, at der var et behov for sundhedsfremme, som ikke blev imødekommet forud for projekternes formulering. Udover de puljefinansierede projekter har kommunen iværksat andre

sundhedsfremmetiltag, der retter sig mod alle borgere ud fra et fokus om at opspore sygdom tidligt og mindske social ulighed i sundhed.

## Indsats

Sundhedscentret har i forsøgsperioden iværksat projekter inden for både patientrettet og borgerrettet forebyggelse.

Sundhedscentret havde i 2006 i forhold til borgerrettet forebyggelse etableret tilbud om fødsels- og familieforberedende undervisning, tandlægehjælp for udsatte voksne og undervisning i skolen om sunde madpakker og de otte kostråd. I forhold til patientrettet

Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktivitet	Antal borgere i 2007
Diabetesindsats for overvægtige voksne med forhøjet blodtryk, blodsukker eller kolesterol og/eller en type 2 diabetes diagnose	Efteråret 2006	90 (9 hold)
Tværasektorielt team, der inden for 48 timer udreder og afhjælper kritisk situation for at forhindre akut indlæggelse	Efteråret 2006	70 henviste
Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktivitet	Antal borgere i 2007
Sundhedstest og sundhedssamtale via sundhedsbus	November 2007	100
SMS (skole, madpakke, sundhed), undervisning af skoleklasse om sundhed	Foråret 2007	25
Motion for ikke-motionsvante voksne	Efteråret 2007	15
Motionsportalen på Internettet	Efteråret 2007	-
Kortlægning af motionsruter	Efteråret 2007	-
Dialogkonference om sundhed med de lokale fritids- og idrætsforeninger samt patientforeninger	Sommeren 2007	-
Sundhedsdage	Eftersommeren 2007	Ikke oplyst
Forældreuddannelse – gravide og forældre med børn i børnehave og 3. og 6. klasse.	Efteråret 2006	10 hold med 6-8 vordende forældrepar
Tandeftersyn blandt socialt udsatte	Efteråret 2006	143 mødt op, 19 modtaget behandling på klinik (tandplejer) 16 hos tandlæge

forebyggelse var det tværsektorielle team for ældre truet af akut indlæggelse samt tilbud om udredning for bevægeapparatlidelser og uddannelse for type 2 diabetikere blevet etableret. Fødsels- og familieforberevende undervisningen var sammen med diabetesundervisningen det mest anvendte tilbud med henholdsvis 69 og 30 borgere. 14 ældre fik tilbud fra det tværgående team. Tilbuddene om tandlægehjælp og bevægeapparatlidelser er kun benyttet af ganske få borgere.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

## Organisering

Sundhedscentret er murstensløst og etableret som en projektorganisation med et sekretariat og seks projekter forankret decentralt i eksisterende enheder i kommunen, så som i sundhedsplejen, tandplejen og ældreplejen. To af projekterne er placeret i det centrale sekretariat, da de ikke naturligt kunne placeres andre steder. Disse projekter er "SMS - Skole, Madpakke, Sundhed" samt diabetesindsatsen "Diabetesgruppen", som tidligere var under ældreområdet, men på grund af ønsket om at henvende sig til en bredere aldersgruppe, blev flyttet.

Sundhedscentret er organisatorisk placeret i Social- og Sundhedsforvaltningen. Placeringen har fungeret fint, men centret ser et centralt udviklingsperspektiv i at få styrket samarbejdsrelationerne til de øvrige forvaltninger i kommunen, hvis forebyggelse og sundhedsfremme skal kunne foldes endnu mere ud i de kommende år.

Sundhedscentret fik pr. 1. januar 2007 en ny leder (cand.scient.soc.). Derudover er der ansat en sundhedskoordinator (cand.scient.adm.), en forebyggel-

sesmedarbejder/projektleder (ernæringsuddannelse og MPH) samt en sundhedsguide (sygeplejerske – uden for bevillingen). Derudover benytter Sundhedscentret forvaltningens kommunikationsmedarbejder. Borgerne skal henvises til de fleste af tilbudene. Henvisningen skal komme fra de praktiserende læger, jordemødrene og sagsbehandlerne i Job og Social Service.

## Implementering

Sundhedscenterleder og forvaltningschef beskriver begge, at der ikke er sket ændringer i forhold til projektbeskrivelsen for sundhedscentret, og at de har styret efter målsætningerne. Der har dog været udfordringer i gennemførelsen og ét af projekterne er ikke lykkedes. Således blev det i marts 2007 besluttet at lukke projektet "Ondt i bevægeapparatet – kom videre!" på grund af manglende rekruttering af deltagere. Forældreuddannelsesprojektet er velfungerende, men der har været færre førstegangsfødende i kommunen end forventet og derfor færre deltagere. Tandprojektet for udsatte er oprettet, men har haft svært ved at nå deres målgruppe, og Tandplejen har ikke kunne få tildelt det nødvendige ydernummer fra Ministeriet, hvilket betyder, at de ikke kan tilbyde tandbehandling.

Det største problem beskrives således at være, at nogle af projekterne er tilrettelagt ud fra den betragtning, at der ville være brug for en større kapacitet. Centret mener, at de enten ikke har været gode til at formidle, eller at der ikke har været det forventede behov. Det tværfaglige team beskrives som velfungerende, men det har været en udfordring for implementeringen, at der har været stor forskel i kompetencerne hos det personale, der kommer i de ældres hjem og skal udløse kontakten til teamet. Centret har derfor informeret og kompetenceudviklet personalet i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Diabetesind-

satsen med kost og motionskursus for overvægtige voksne har været meget succesfuld og haft flere deltagere end forventet. Penge fra de mindre velfungerende projekter er derfor blevet flyttet til dette projekt.

Det beskrives generelt at have lettet implementeringen, at der har været stor energi, lyst og engagement blandt personale, politikere og samarbejdspartner.

Sundhedscentret har pr. 1. okt. 2007 ansat en sundhedsguide, som med afsæt i en sundhedsbus tilbyder borgerrettede og virksomhedsrettede sundhedsfremmetilbud. Dette finansieres via kommunens midler til sundhedsfremme og forebyggelse og ligger uden for bevillingen fra Ministeriet.

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscentrets rolle er ikke at varetage driftsopgaver i eget regi. Det beskrives, at centret ikke skal være "stedet" for sundhed, men skal sikre, at sundhed indgår alle steder samt vise andre enheder, at deres arbejde har en sundhedsvinkel. Centret har desuden en udviklende rolle i forhold til nye projekter.

Da de fleste projekter er forankret decentralt i forpligtende samarbejder mellem sundhedscentret og afdelinger i henholdsvis Social og Sundhedsforvaltningen og Børne- og Fritidsforvaltningen, så er sundhedscentrets vigtigste samarbejdsrelationer med disse afdelinger. Projektlederskabet og budgetansvaret er placeret i de enkelte afdelinger. Afdelingerne kom i forbindelse med ansøgningen med bud på sundhedsudfordringer og var med til at udvælge projekterne. Der afholdes møder mellem centret og projektlederne, men projekterne skal på sigt være en del af enkelte områders drift.

Sundhedscentret har i forbindelse med det tværspektorielle team et forpligtende samarbejde med Geriatrik afdeling på Gentofte Hospital. Projektet frikøber ½ speciallæge stilling på hospitalet samt ½ visitatorstilling i kommunen, således at speciallæge og visitator kan tage på hjemmebesøg hos ældre i risiko for akut indlæggelse inden for 48 timer. Der er nedsat en arbejdsgruppe med sygehus og sundhedscenter, som står for planlægningen af projektet. Der er desuden faste møder mellem sundhedscentret og sygehuset i samordningsudvalget. Sygehuset var imidlertid ikke med i formuleringen af projektbeskrivelsen, og sygehuset anser sig ikke som en del af projektet, men blot som en leverandør af en ydelse til projektet.

Den praktiserende læge beskrives som en vigtig samarbejdspartner, fordi deltagere til kost- og motionsholdene skal henvises fra egen læge. Sundhedscentret sendte i starten informationsmateriale til de praktiserende læger, men da kun få borgere blev henvist herfra, valgte centret at informere borgerne direkte, som derefter ved kontakt til egen lægen kunne blive henvist. Lægerne har desuden været inviteret til et seminar med fokus på centrets tilbud, men det blev aflyst på grund af manglende deltagelse. Der beskrives ikke at være direkte modstand fra de praktiserende læger, men manglende tid og viden om centret samt manglende tradition for samarbejde med kommunen har været en udfordring for samarbejdet. Samarbejdet beskrives imidlertid fra begge sider som velfungerende nu, og den praktiserende læge beskriver, at samarbejdet mellem almen praksis og kommunen aldrig før har været bedre. Det beskrives væsentligt for samarbejdet, at sundhedscentrets projekter ikke skulle overtage lægernes opgaver og gate-keeper funktion. Sundhedscentrets leder mener, at projekterne måske ville være kommet hurtigere i gang, hvis samarbejdet havde været mere formaliserede i udgangspunktet. Antallet af henvisninger er dog steget gennem perioden. De praktiserende læger var ik-

ke med i projekternes formuleringsfase, hvilket skabte utilfredshed og manglende engagement. Lægerne er efterfølgende kommet med i projektgrupperne, og det vurderes fra kommunens side, at lægerne har stor mulighed for at forme projekterne. Derimod mener lægen, at nogle projekter ville være anderledes, hvis lægerne havde været med fra start. Der afholdes derudover jævnlige møder mellem kommunen og de praktiserende læger, hvor sundhedscentret og projekterne er et punkt på dagsordenen.

Andre samarbejdspartner er patientforeninger, jordemødre, sundhedsplejersker, skolebestyrelser, SFO'er, idrætsforeninger og arbejdspladser. Der ønskes et øget samarbejde med patientforeningerne, som indtil videre har begrænset sig til et samarbejde om Motionsportalen med Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse. Også samarbejdet med jordemødre og sundhedsplejersker om forældreuddannelsesprojektet har været begrænset, hvilket skyldes manglende rekruttering. Derudover informerer idrætsforeningerne sundhedscentret om foreningernes tilbud, og parterne har afholdt en sundhedsdag. Samarbejdet med arbejdspladserne foregår via sundhedsbussen, hvor der gives tilbud om sundhedsfremme på arbejdspladsen.

Det beskrives, at der er klarhed i fordelingen af arbejdsopgaver og ansvar mellem sundhedscentret og dets samarbejdspartner. Det tyder dog på, at der i almen praksis er usikkerhed om, hvordan sundhedscentrets diabetesindsats med kost og motionskursus for overvægtige voksne adskiller sig fra diabeteskolen på Gentofte Hospital. Ifølge sundhedscentret er det to forskellige tilbud, idet sygehuset har fokus på sygdommens forløb, komplikationer og behandlingsmuligheder, mens sundhedscentret har fokus kost og motion som forebyggelse i dagligdagen for diabetikere samt borgere i risiko for at udvikle diabetes. Centret ser gerne, at diabetikerne deltager på diabeteskolen, før de kommer i sundhedscentret, men flere

læger henviser dog direkte til sundhedscentret. Den praktiserende læge henviser til begge tilbud, men oplever ikke, at der er klarhed i hvilke borgere, der skal hvor, samt hvad forskellen mellem tilbuddene er. Der er ikke noget samarbejde mellem de to initiativer, og centret har ikke gjort den store informationsindsats for at få borgere fra diabetesskolen på sygehuset.

## Sammenhæng i tilbud

Det beskrives, at der for en stor del af borgerne opnås en øget sammenhæng i indsatsen gennem indsatsen i det tværsektorielle team. Teamet understøtter den enkelte i eget hjem for at undgå en akut indlæggelse. For de, der alligevel indlægges, opleves en øget sammenhæng, idet speciallægen har udarbejdet en indlæggelsesplan i hjemmet og igangsat en behandling. Visitatoren har desuden besøgt hjemmet, og kommunen er parat, når borgeren kommer hjem.

Projektet beskrives generelt som velfungerende, men der er nogle udfordringer, idet henvisningsformen er ny, parterne skal lære hinanden at kende, og der mangler et fælles kommunikationsorgan mellem praktiserende læger, sygehus og hjemmepleje. Der er desuden fortsat problemer med, at de praktiserende læger ikke ved hvad borgeren får af hjælp fra kommunen. Den praktiserende læge har henvist tre borgere til teamet, men vurderede ikke, at de var i risiko for akut indlæggelse. Lægen mener, at projektet er godt, og at det er hensigtsmæssigt, at borgerne bliver udredt, men at projektet måske når en forkert gruppe.

Fra sygehuset efterlyses desuden en koordinering mellem de tre kommuner, som sygehuset modtager borgere fra, idet procedurer og tilbud er meget forskellige og skaber forvirring.

Der beskrives at være alternativer til nogle sundhedscentrets tilbud blandt andet FOF kursus om kost og

motion og det overvejes i fremtiden at etablere et samarbejde med aftenskolen. Der er desuden flere tilbud til overvægtige, men ikke noget der svarer til tilbuddet i sundhedscentret. For borgere med diabetes er der desuden diabeteskolen på sygehuset.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 450.000 i 2005 til 459.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 8,7 og 9,0 ydelser pr. borger, en stigning på 3,4% fra 2005 til 2007, heraf med 1,4% fra 2006 til 2007. Den borgerrettede forebyggelse har omfattet 100 sundhedstest, motion for 15 borgere, undervisning af 25 børn samt enkelte aktiviteter for et ukendt antal borgere. Med dette lille antal i forhold til kommunens indbyggertal på 51.000 kan man derfor ikke forvente en effekt på lægeforbruget, selv hvis alle 100 helt holdt op med at bruge lægen.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose faldt fra 65 (56 personer) i 2005 til 54 (43 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 1,3 til 1,1. Faldet fra 2005 til 2007 var på 16%, og fra 2006 til 2007 var faldet på 28%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der et fald på 18% fra 2005 til 2007, og et fald på 7% fra 2006 til 2007. Der har været et kost/motionskursus omfattende 120 overvægtige deltagere, hvoraf et ukendt antal var borgere med diabetes. Dette kunne godt forklare faldet i antallet af diabetesindlæggelser, men det kan lige så vel skyldes tilfældigheder.

## Løsningsmodel

Etableringen af sundhedscentret har betydet, at der er etableret nye tilbud i kommunen, skabt øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme samt øgede

ressourcer til at arbejde på tværs i kommunen. Sundhedscentret beskrives som den lim, der skaber nye og velfungerende samarbejdsrelationer.

Den murstensløse model beskrives som hensigtsmæssig, da centret er mobilt, fleksibelt og ikke har udgifter til husleje, men ved behov kan låne etablerede faciliteter. Som beskrevet tidligere har nogle af projekterne været mindre vellykkede på grund af manglende deltagelse, men modellen med projekter beskrives velfungerende, idet der er mulighed for at nye projekter startes og andre lukkes. Det understøttes, at den vigtigste udfordring ved et murstensløst center er at skabe synlighed, og centret beskriver, at de har gjort meget ud af dette via avisannoncer og brug af centrets logo.

Strukturen med et sekretariat og decentrale projekter i relevante afdelinger, hvor sundhedscenterlederen har det overordnede ansvar, beskrives som velfungerende. De decentrale projekter menes at synliggøre sundhed som en del af borgernes hverdag og sikre ejerskab til projekterne ved at de er prioriteret centralt og baseret på lokale ønsker. Centret mener, at et murstensfast center ville begrænse muligheden for at sundhed blev et fælles projekt med aktiviteter i alle forvaltninger.

Sundhedsbussen beskrives som en succes, da de har haft kontakt til mange borgere, og centret kan være opsøgende og møde borgere, der ikke ville benytte eksempelvis et fysisk sundhedscenter. Der er på nuværende tidspunkt motiverende samtaler i bussen, men det overvejes at flytte disse til eksisterende lokaler, således at bussen i højere grad står for den opsøgende del.

Den praktiserende læge mener, at det er en ulempe med et murstensløst center, idet der ikke er ét sted borgeren kan henvende sig. Han mener desuden, at kommunen altid har haft projekter kørende, også før

sundhedscentret, og ønsker i stedet at centeret blev murstensfast med fokus på forløb. Fra sygehuset ønskes ligeledes rammer om centret, og de mener, at det er vigtigt, at centrets arbejde defineres mere præcist. Lægen beskriver desuden, at der er behov for mere fokuserede indsatser som motion på recept til ældre og borgere med behov samt tilbud til tykke børn. Visitationskravet til diabetesindsatsen beskrives som værende hensigtsmæssig, idet borgerne derved kommer via egen læge som bidrager med en faglig vurdering. Det formodes desuden, at det er vigtigt psykologisk, at det er lægen, der sætter borgeren i gang med et forløb.

Det er hensigten, at centret skal fortsætte efter projektperioden, men kun sundhedsbussens drift er ved-

taget i budgettet for 2009. Resten afhænger af en evaluering og politiske drøftelser. De nuværende projekter vil dog forsvinde som sundhedscenterprojekter, og de afdelinger, hvori projekterne ligger, skal bestemme om projekterne skal sættes i drift. Sundhedscentret rolle bliver at styrke tilbuddene inden for de forskellige områder samt udvikle nye projekter. Der er på nuværende tidspunkt nye projekter under opstart, herunder et projekt for sygemeldte sygedagpengemodtagere med stress og depressionsramte. Desuden er misbrugsområdet lagt ind i sundhedscentret i 2008. Der ønskes et bredere fokus på borgere med risikoadfærd og ikke kun borgere med eller i risiko for diabetes. I dialog med regionen skal det desuden afklares, om der skal mere patientrettet forebyggelse ind under sundhedscentret.

---

---

## Næstved Kommune

### Formål

Næstved Sundhedscenter har som mission at bistå alle borgere i indsatsen for at opnå og bevare sundhed. Sundhedscentret skal medvirke til at udvikle, gennemføre, koordinere, formidle og dokumentere kommunens sundhedsaktiviteter på tværs af alle kommunens forvaltninger. Sundhedsskolen, som er en del af centret, skal sikre, at borgere med kronisk sygdom kan opretholde en aktiv tilværelse og tage vare på egen sygdom.

### Indsats

Puljemidlerne er anvendt til etablering af dels patientrettet forebyggelse i Sundhedsskolen og dels rammen for sundhedscentret, herunder IT, sundhedskoordinatorordning, samarbejde med foreninger, opgaver fra amtet, kommunikation og evaluering. Den borgerrettede forebyggelse nedenfor er medtaget for at illustrere sundhedscentrets samlede opgave på forebyggelsesområdet.

I sundhedscentret var 2006 et planlægningsår, og af registreringerne fremgår, at sundhedscentret arbejdede på at starte patientskolen i begyndelsen af 2007. Borgerrettede aktiviteter var ligeledes i opstartsfasen.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

### Organisering

Næstved Sundhedscenter er placeret på et tidligere plejehjem og forankret i Næstved Kommunes Sundheds- og omsorgsforvaltning. Centerets aktiviteter er opdelt i fire enheder og gennemføres på tre forskel-

lige lokaliteter. På én lokalitet findes Genoptræningsenheden (genoptræning efter sygehusindlæggelse), Enheden for hjælpemidler, Misbrugsenheden (alkohol) samt Enheden for Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder Sundhedsskolen med forløb for til borgere med KOL, type 2 diabetes eller hjertesvigt, borgerrettet forebyggelse, forebyggende hjemmebesøg samt tidligere amtslige opgaver så som rygestop og Motion på Recept. Sundhedsskolen er udviklet i et samarbejde mellem Næstved Kommune og Falck Healthcare. Falck Healthcare udfører aktiviteterne for kommunen og er ansvarlig for den daglige drift. På to andre lokaliteter findes henholdsvis stofmisbrugs-konsulenterne og hjælpemiddeldepotet. Hertil kommer de borgerrettede aktiviteter, der også foregår ude i kommunen.

Ledelsen af sundhedscentret består af en sundhedscenterchef, som er jurist med sundhedsfaglig kurser som supplement samt en leder for hver af de fire enheder. Ledelsen er tværfaglig bestående af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en socialpædagog samt en økonom. Der er i alt ansat cirka 65 personer i sundhedscentret. Normeringen i Sundhedsskolen er 2½ fuldtidsstilling – cirka 92 timer – fordelt på fire personer (fysioterapi, sygepleje og klinisk diætist).

Sundhedscentret tilbyder både aktiviteter, som kræver henvisning, og aktiviteter, hvor borgerne selv kan henvende sig. Til sundhedsskolen kræves henvisning fra praktiserende læge eller fra Næstved Sygehus. Motion på Recept kræver henvisning fra praktiserende læge, mens rygestopkurser, rådgivning og behandling for alkohol- og stofmisbrug kan tilbydes både ved henvisning og selv-henvendelse. De øvrige aktiviteter gennemføres via selv-henvendelse.

Der er nedsat en styregruppe i forhold til sundhedsskolen, som består af sundhedscenterchefen, sundhedschefen og Falck Healthcare's direktør og sundhedsfaglige kvalitetschef. Den nævnte styregruppe



Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Træning og undervisning på blandede hold med borgere med KOL, type 2 diabetes og hjertesvigt. Diagnoseopdelt kostundervisning.	Januar 2007	KOL: 56* Diabetes: 75* Hjerte: 17*
Undervisning af pårørende til ovennævnte grupper	Januar 2007	Ikke oplyst
Motion på recept (samtaler og træning)	Januar 2007	24
Patientuddannelse	Januar 2007	16
Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Rygestoptilbud (alle borgere, ansatte i kommunen, eksterne virksomheder i kommunen)	2007	Ikke oplyst
Rygestartsforebyggende undervisning for 7. klasse	2007	
Rygeevents på ungdomsuddannelserne	September 2007	
'Gå i gang' (tilpassede motionstilbud)	September 2007	
Motionskalender	December 2007	
Motionsrådgivning for udvalgt gruppe	November 2007	
Sundhedsfremme på kommunens arbejdspladser	April 2007	
Supplerende seksualundervisning, udlevering af gratis kondomer	2007	
Abortprojekt	November 2007	
Messer, events, kampagner	2007	

\* Nogle borgere er registreret med mere end én diagnose og nogle er registreret uden diagnose

har til hensigt at holde tråd i Sundhedsskolens aktiviteter og indlejring i sundhedscentret

## Implementering

Der er generelt ikke sket ændringer i hvilke typer af aktiviteter, som er finansieret af midlerne fra Ministeriets Sundhedscenterpulje. Der er derimod sket ændringer i omfanget af aktiviteterne lige som, der er sket ændringer i tids- og handleplanen for implementeringen af de planlagte aktiviteter. Den væsentligste ændring vedrører projektet om sammenhængende

patientforløb, der endnu ikke er iværksat, idet projektet skal etableres i samarbejde med Næstved sygehus, og begge parter har været berørt af organisatoriske omstruktureringer samt afventet kommende sundhedsaftaler.

Det har været en udfordring for sundhedscentret at etablere sig som en ny organisation i en ny kommune præget af sammenlægningen efter Kommunalreformen. Det har desuden været en udfordring, at der har været en del udskiftninger i medarbejderstaben i Sundhedsskolen. Sundhedscentret oplever på den anden side, at pionerånden blandt medarbejderne

har lettet gennemførelsen af planerne. Medarbejderne er i høj grad blevet inddraget i udviklingen af sundhedscentret og herved er der opnået en stor grad af ejerskab i forhold til centret.

## Samarbejdsrelationer

På grund af sundhedscentrets størrelse og brede fokus samarbejder centret med mange forskellige parter, herunder Falck Healthcare, praktiserende læger, kommunale enheder, sygehus og foreninger.

Sundhedscentret samarbejder med den private virksomhed Falck Healthcare om udviklingen og driften af en sundhedsskole. Ansøgningen er udarbejdet af Næstved Kommune og Falck Healthcare i fællesskab. Falck Healthcare driver sundhedsskolen for kommunen, og samarbejdet er formaliseret via skriftlige aftaler. Samarbejdet beskrives af begge parter som velfungerende. Centret peger på, at det har været en fordel, at kommunen har kunnet stille krav til Falck Healthcare som en privat aktør. Det fremhæves, at Falck Healthcare har tilført ressourcer til området og har kunnet løfte opgaven upåvirket af de kommunale omstruktureringer. Sundhedscentret understreger dog, at der er nogle organisatoriske udfordringer i samarbejdet, idet sundhedsskolen ikke er integreret i den øvrige del af sundhedscentret gennem eksempelvis et fælles kommunikationssystem og en fælles mødevirksomhed. Denne opdeling er en barriere for, at enhederne kan støtte hinanden og udveksle ressourcer. Sundhedscenterchefen ser det samtidig som en udfordring, at sundhedsskolens personale er placeret i selve sundhedscentret, men refererer til en leder på Falck Healthcare, som er placeret et andet sted. Sundhedscenterchefen mener desuden ikke, at Falck Healthcare i tilstrækkelig grad har udnyttet, at virksomheden er en del af en større organisation – blandt andet i forbindelse med frafald i medarbejderstaben. Hun vurderer desuden, at det i nogle tilfælde ikke har

været de mest relevante faggrupper, der er blevet anvendt til aktiviteterne. Det anses for centralt for samarbejdet, at der løbende er blevet holdt møder, samt at parterne har haft ens holdninger og været lydhøre over for hinanden. PR-strategien har der været lidt uenighed om. Sundhedscentret mente ikke, at Sundhedsskolen skulle promoveres mere end det samlede sundhedscenter, hvorimod Falck Healthcare gerne vil promovere skolen mere.

Samarbejdet med de praktiserende læger består i, at lægerne kan henvise deres patienter til sundhedscentret. Sundhedsskolens tilbud har været i høring hos de praktiserende læger. Sundhedscentret beskriver samarbejdet med de praktiserende læger som velfungerende, men at det især er læger med praksis i Næstved og nær omegn, der henviser til centret. Sundhedscentret understreger dog, at dette ikke nødvendigvis skyldes lægerne, men at borgere bosiddende længere væk ikke ønsker at tage imod tilbudet. Sundhedscentret har et velfungerende samarbejde med kommunens praksiskonsulent og derigennem med de praktiserende læger. Praksiskonsulenten har været med til at kvalitetssikre tilbuddene i centret og har fungeret som formidler og brobygger til de praktiserende læger.

Sundhedscentrets indtryk er, at det har større effekt, at praksiskonsulenten sender information ud til lægerne, end hvis det var direkte fra sundhedscentret. Praksiskonsulenten har dog erfaret, at det tager tid at inkorporere et nyt tilbud i lægernes bevidsthed. Praksiskonsulenten udtrykker, at har været vigtigt for samarbejdet, at der er blevet etableret en fælles elektronisk kommunikation. Ifølge praksiskonsulenten er de tilbagemeldinger, som han modtager fra lægerne om sundhedscentret, positive. De praktiserende læger har vist interesse for sundhedscentret og flere har besøgt centret. Praksiskonsulenten har ikke oplevet, at lægerne har været skeptiske i forhold til det faglige niveau i centret, men især i starten var der en mod-

stand mod, at det var en privat aktør som Falck Healthcare, der skulle varetage sundhedsopgaven.

Sundhedscentret vurderer, at samarbejdet med de øvrige kommunale enheder generelt går godt taget de store organisatoriske forandringer i betragtning. Der samarbejdes internt om henvisninger til centrets Hjælpemiddel- og Misbrugsenheder samt om sundhedsindsatser for kommunens medarbejdere. Sundhedscentret samarbejder især med Børnesundhedstjenesten i Børn og Unge afdelingen, som er placeret i samme bygning som sundhedscentret. Her er sagsbehandlere, psykologer, sundhedsplejersker, børneergoterapeuter og fysioterapeuter. Samarbejdet beskrives som velfungerende fra begge sider. Børnesundhedstjenesten har været med til at udvikle centrets tilbud og snitfladerne afklares via uformelle aftaler. Afdelingen henviser således børn og unge til centrets motionsrådgivning, og der samarbejdes om uddannelse i seksuel sundhed, rygestop, abort og prævention. Opgavefordelingen indebærer derudover, at Børnesundhedstjenesten varetager individuelle sundhedsindsatser i skolerne, mens sundhedscentret varetager gruppeindsatser i skolerne. Børnesundhedstjenesten oplever dog, at det er en udfordring for samarbejdet, at sundhedscentrets fokus er på alle børn og unge generelt, men at børnesundhed også skal have fokus på de udsatte børn og unge.

Sundhedscentrets samarbejde med sygehuset omfatter primært genoptræning, og beskrives af begge parter som velfungerende. Samarbejdet om den patientrettede forebyggelse er begrænset, og kun få borgere er henvist fra sygehus til sundhedsskolen. Sundhedsskolen har dog kunne trække på sygehusets faglige viden. Sundhedschefen vurderer, at man med fordel kunne bruge en ordning lig praksiskonsulentordningen til at sikre samarbejdet med sygehuset. Fra sygehuset side ønskes desuden bedre kommunikations-, dialog- og informationskanaler, og det understreges,

at kommunikationsmuligheden er grundlaget for et godt samarbejde. Det vurderes i den forbindelse, at der er behov for elektronisk kommunikationssystemer, der fungerer begge veje.

Sundhedscentret har derudover etableret et formelt samarbejde med flere patient- og frivillige foreninger eksempelvis Diabetesforeningen og Anonyme Alkoholikere. Samarbejdet består primært i, at foreningerne har adgang til mødefaciliteter. Diabetesforeningen har eksempelvis motivationsgrupper i sundhedscentret, som desuden kan benytte sig af en diætist og en sygeplejerske fra centret. Diabetesforeningen kommunikerer løbende med sundhedscentret og holder årligt et møde om samarbejdsaftaler. Sundhedscentret har yderligere etableret et projektsamarbejde med DIF og DGI om motionsvejledning i centret. I forbindelse med Næstved Kommunes deltagelse i KRAM-undersøgelsen har sundhedscentret etableret et samarbejde med en række frivillige organisationer i kommunen. Sundhedscentret oplever, at samarbejdet med patientforeningerne har været godt. Samarbejdet med idrætsforeninger opleves som omfattende og fungerer efter en svær opstart nu godt.

## Sammenhæng i tilbud

De interviewede personer mener ikke, at man kan udtale sig om, hvorvidt der er kommet mere sammenhæng i borgerne forløb og fremhæver, at dette heller ikke har været fokus for sundhedscentret. Ifølge sygehuset er der skabt potentiale for et bedre samarbejde mellem sygehuset og kommunen igennem sundhedscentret. Der sker dog ikke på nuværende tidspunkt en koordinering mellem sundhedsskolen og sygehuset om, hvem der laver hvad.

Sundhedscentret søger at understøtte borgernes muligheder for at fastholde en sund livsstil efter kursusforløbets ophør. De kursusforløb, der finder sted i

Sundhedsskolen, afsluttes med opfølgning efter henholdsvis tre og tolv måneder. Centret tilbyder desuden pårørende at deltage Sundhedsskolen kurser om sygdomslære, kostlære og praktiske madlavning for at skabe forståelse for deltagernes livsvilkår og øge mulighederne for at tillære og fastholde en sundhedsfremmende livsstil. Sundhedscentret søger desuden at sikre en overgang til almen praksis ved at sende udskrivningsbreve til de praktiserende læger efter endt forløb i sundhedscentret. Praksiskonsulenten ønsker imidlertid mere opfølgning, idet han ser en klar tendens til, at borgerne efter endt forløb falder tilbage i gamle vaner.

Af lokale alternative tilbud til sundhedscentret finder Motion på Recept også sted i andet regi, mens KOL rehabilitering finder sted på sygehuset i et vist omfang. Hjerterehabilitering finder også sted på sygehuset muligvis med et overlap i forhold til sundhedscentret. Hvad angår diabetes tilbyder sundhedscentret en mere samlet pakke af tilbud end sygehuset. Kun på genoptræningsområdet vurderes det, at der er lagt et stort arbejde i, i fællesskab mellem sygehus og kommune at beskrive den kommunale indsats og de patientkategorier, der overgik til almindelig genoptræning i kommunalt regi. Inden for de øvrige tilbud vurderes det gensidige kendskab til hinandens tilbud og koordinering mellem sygehus og sundhedscenter som begrænset, og der har ikke været samarbejde om egentlige kriterier for hvilke borgere, der skal indgå hvor.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 754.000 i 2005 til 790.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 9,6 og 9,8 ydelser pr. borger, en stigning på 3% fra 2005 til 2007, men et fald på 1% fra 2006 til 2007. Der har været en lang række borgerrettede tilbud, som

er startet i løbet af 2007, men antallet af deltagere er ikke kendt. Det er derfor svært at vurdere, om de kan have haft en effekt på lægeforbruget.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose, som primær diagnose steg fra 139 (115 personer) i 2005 til 174 (139 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 1,8 til 2,2. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 23%, men fra 2006 til 2007 var der et fald på 1%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der en stigning på 16% fra 2005 til 2007, men et fald på 4% fra 2006 til 2007. Indsatsen for borgere med diabetes startede i januar 2007 og har omfattet 75 borgere. Man kunne derfor godt forvente en mulig effekt i 2007 i forhold til 2006, men faldene på 1% og 4% kan lige så vel skyldes tilfældigheder.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose steg fra 134 (92 personer) i 2005 til 216 (137 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 1,7 til 2,7. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 58%, og fra 2006 til 2007 var der en stigning på 40%. Der er altså tale om en betydelig og signifikant stigning, men fra et forholdsvis lavt niveau. Indsatsen for borgere med KOL startede januar 2007 og har omfattet 56 borgere. Man kunne derfor godt forvente en mulig effekt i 2007 i forhold til 2006. Imidlertid er der i denne periode tale om en stigning i antallet af KOL-indlæggelser, som må have en anden forklaring.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose steg fra 1935 i 2005 til 2024 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 24,5 til 25,2. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 3%, og stigningen fra 2006 til 2007 var på 5%. Indsatsen for borgere med hjertekarsygdom startede januar 2007 og har omfattet 17 borgere. Denne indsats er for lille til at være målbar.

## Løsningsmodel

Sundhedscentret vurderer, at etableringen af sundhedscentret har betydet, at det er blevet legalt, at arbejde med sundhed, og at det ikke fremstår som et område kun for de frelste. Flere pointerer, at det har betydet et øget fokus, og at sundhed er kommet på dagsordenen også i andre forvaltninger.

Både Sundhedsskolen og praksiskonsulenten anser visitationsformen som hensigtsmæssig. Sundhedscentrets udformning anses som hensigtsmæssig i den forstand, at det er et fysisk sted, hvilket sikrer synlighed samtidig med, at der foregår aktiviteter ude i kommunen. Samtidig anses det for vigtigt med én indgang, som er af stor interesse for de praktiserende læger. En yderligere fordel er, at man har samlet de forskellige personalegrupper og kompetencer ét sted, hvilket fordrer det tværfaglige samarbejde. Den praktiserende læge anser det for vigtigt, at sundhedscentret nu er en central drivkraft med hensyn til rehabilitering og forebyggelse i kommunen.

En ulempe ved den fysiske placering er, at integrationen med de øvrige forvaltninger mindskes. Ifølge børnesundhedstjenesten er det ikke hensigtsmæssigt, at børneområdet er opdelt i to forvaltninger. Chefen for børnesundhedstjenesten mener, at

det ville være mere hensigtsmæssigt, hvis opgaver vedrørende børn er placeret samlet. Lederen fra Falck Healthcare foreslår desuden, at der kunne oprettes satellitfunktioner for at imødekomme de store afstande i kommunen.

Angående samarbejdet med private aktører mener sundhedschefen, at det er tilfredsstillende, at kommunen gennem samarbejdet med Falck Healthcare opnår en erfaring i at samarbejde med en privat samarbejdspartner i et relativt ”beskyttet” projekt som Sundhedsskolen.

Ifølge kommunens sundhedschef og praksiskonsulent når centret overordnet målgruppen, men det er dog ikke alle, der egentlig har brug for tilbuddet, som kommer i sundhedscentret. Desuden kommer de fleste henvisninger, som tidligere nævnt, fra selve Næstved by.

Hvad angår sundhedsskolen er det politisk blevet besluttet at kontrakten med Falck Healthcare ikke forlænges, og der arbejdes på nuværende tidspunkt på en erstatning til tilbuddet. Der er desuden overvejelser om, at sundhedscentret måske en gang i fremtiden skal flytte ud i en multiarena, men i de kommende år vil centret dog være placeret, hvor det ligger nu.

---

---

## Odense Kommune

### Formål

Sundhedscentret i Odense Kommune er placeret i Vollsmose og målgruppen er borgere i Vollsmose. Formålet med Sundhedscenter Vollsmose er at påvirke den sociale ulighed i sundhed og skabe en ny forståelse for sundhed og sundhedsvæsenet og en ændret adfærd hos borgerne. Det er desuden formålet at eksperimentere og gøre erfaringer med nye metoder til at skabe kontakt med og højne sundheden hos de borgere, der normalt er svære at nå.

### Indsats

Sundhedscentret har igangsat en lang række borgerrettede aktiviteter. Centrets fokusområde er bredt, og tilbuddene er søgt tilpasset til den lokale efterspørgsel, sundhedspolitikens indhold samt de lokale ressourcer, som blandt andet omfatter en svømmehal.

I 2006 havde sundhedscentret aktiviteter som tema-dage for diabetes, allergi, KOL og knogleskørhed. Der var tilbud om kostvejledning, motion og rygestop samt medicingennemgang og måling af blodtryk og blodsukker. Der var desuden medarbejderrettede arrangementer om blandt andet selvmord og alkohol. Det er ikke oplyst, hvor mange borgere centret var i kontakt med i 2006.

Omtående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

### Organisering

Sundhedscentret er fysisk placeret i bydelen Vollsmose i en bygning, hvor Børn og Unge forvaltningen samt Ydelsescentret også er placeret. Centret er organisatorisk placeret i Direktørsekretariatet i Borgme-

sterforvaltningen parallelt med Sundhedssekretariatet. For at sikre et tværgående perspektiv er centret således organiseret som et centralt strategisk projekt, samtidig med, at der er projekter i de enkelte fagforvaltninger. Centret skal på denne måde fungere som et fælles projekt, der refererer til en tværgående sundhedsgruppe. Der er imidlertid tale om en midlertidig organisatorisk forankring, idet man i Odense Kommune i 2008 skal beslutte den fremtidige organisering af hele sundhedsområdet.

I centret er ansat en leder (speciallæge i samfundsmedicin), en sundhedskonsulent (sygeplejerske og master i globalisering og integration), en konsulent (økonom), en klinisk diætist (udenfor bevillingen), en administrativ medarbejder samt på timebasis en kostvejleder og seks sundhedsformidlere, hvoraf fire bor i Vollsmose, og skal etablere kontakt til målgruppen og stå for sundhedsformidling og undervisning. Hertil kommer to misbrugskonsulenter. Der er desuden nedsat en referencegruppe for sundhedscentret bestående af praktiserende læge, repræsentant for sygehus og regionen samt andre samarbejdsparter, herunder Syddansk Universitet.

Sundhedscentret tilbyder åben, anonym rådgivning om forebyggelse og sundhedsfremme samt information om sundhed og sundhedsvæsen. Kun til et enkelt tilbud om medicingennemgang skal borgerne henvises via egen læge.

### Implementeringen

Generelt er planerne i den oprindelige projektbeskrivelse blevet implementeret. Der er dog i projektbeskrivelsen omtalt en sammenhængende og koordineret indsats i forbindelse med rådgivning og henvisning samt patientrettet forebyggelse, som centret ikke har arbejdet med endnu. Det mindre fokus på de patientrettede aktiviteter skyldes ifølge centret, at kommu-

Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Individuel og gruppebaseret kostvejledning	4. kvartal 2006	59 (individuel) 417 (gruppe)
Rygestop-motiverende informationsarrangementer	4. kvartal 2006	220
Forebyggelse og behandling af overvægt blandt 0-6 årige børn i Vollsmose.	1. kvartal 2007	Minimum 364
Åben rådgivning ved Alkoholbehandling Odense	2. kvartal 2007	3
Motionsaktiviteter som cykelhold, motionshold for kvinder, overvægtige børn, stavgang og anden motion og svømning.	Løbende fra 4. kvartal 2006	198
Sundhedstjek		
a. Blodsukker- og blodtryksmåling	a: 4. kvartal 2006	a. 923
b. Tandtjek	b: 2. kvartal 2007	b. 14
c. Lungefunktion	c: d: 1. kvartal 2007	c og d er ikke registreret
d. Kondi-test	d: 1. kvartal 2007	
Borgerrettede kurser og temadage om f.eks. diabetes, KOL, fordøjelsessystemet, stress og depression	Løbende i perioden fra 4. kvartal 2006	I alt 787
Medarbejderrettede kurser og temadage om f. eks. forebyggelse af selvmordstruende adfærd og traumatiserede flygtninge	Løbende i perioden fra 4. kvartal 2006	205
Andre aktiviteter, hvor de mest besøgte er familieplanlægning, det gode pigeliv/drengeliv – teenageliv og medicingennemgang	Løbende i perioden fra 1.kvartal 2006	35 (medicingennemgang) 36 (familieplanlægning) 111 (Det gode pigeliv/ drengeliv/teenageliv)

nen har været afventende vedrørende indsats over for borgere med kronisk sygdom i forhold til sundhedsaftalerne. Der har dog været gennemført en indsats om tidlig opsporing og livsstilsrådgivning i forhold til diabetes. Et projekt, som centret har overtaget fra Diabetesforeningen, med ”åbent hus” arrangementer og henvisning til egen læge ved mistanke om diabetes. Der er desuden igangsat planlægning af fremskudt diabetesskole i samarbejde med sygehuset og den kommunale sygepleje.

Ellers har sundhedscentret, som planlagt, fokuseret på forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter og socialt udsatte. Aktiviteternes form er dog ændret noget. Hvor stort set alle aktiviteterne

ved projektets start var placeret i selve sundhedscentret, har der i det sidste halve år været tilbudt ”ud-af-huset-aktiviteter” med henblik på at opsøge målgruppen i de fællesskaber, klubber og foreninger, hvor borgerne i forvejen samles. Personalet har desuden erfaret, at den personlige kontakt er vigtig for at kunne orientere borgerne om centrets aktiviteter, og at der skal tilbydes aktiviteter på forskellige tidspunkter på dagen.

Der har været nogle udfordringer i forhold til implementeringen af sundhedscentret, men de har været færre end forventet. Dette angives at skyldes grundige overvejelser ved valg af medarbejdere, herunder sundhedsformidlerne med kendskab til lokalområdet

og kulturen, sundhedscenterlederen, der er læge og kender sundhedssystemet, samt en sundhedsfaglig konsulent med 25 års erfaring med arbejde i Vollsmose. Det har dog været en udfordring at nå centrets målgruppe. For en del af de etniske minoriteter er der sproglige barrierer, manglende viden om det danske sundhedsvæsen og behandlingsmetoder, andre kulturspecifikke opfattelser af sundhed og sygdom samt særlige sygdomsmønstre. Disse elementer udfordrer brugen af traditionelle formidlingsformer.

Modsat opleves det at have lettet implementeringen, at der samtidig med sundhedscentret er udarbejdet en sundhedspolitik, som har legitimeret arbejdet i centret. Politikken har ikke ændret centrets fokus, men virket understøttende eksempelvis i forhold til fokus på social ulighed. Sundhedscentrets leders lægemæssige baggrund og kendskab til området har desuden været en fordel for implementeringen.

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscentret har en lang række samarbejdspartnere blandt andet kommunale forvaltninger, praktiserende læger, sygehus, patientforeninger og lokalforeninger.

Sundhedscentrets fokus på borgerrettet forebyggelse har betydet, at der i samarbejdsrelationerne har været meget fokus på de øvrige kommunale enheder. Blandt mange eksempler kan nævnes, at sundhedscentret samarbejder med Børne- og Ungeforvaltningen om overvægtige børn, med Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen om etniske aktiveringsprojekter, med Ældre- og Handicapforvaltningen om diabetes- og sårpleje og med By- og Kulturforvaltningen om motionsstier og information på biblioteker. Arbejdsmarkedsforvaltningen var med til at skrive den oprindelige ansøgning og har efterfølgende samarbejdsprojekter med centret. Den sundhedsfaglige

sektorchef i Socialcentret var oprindeligt projektleder på projekt Sundhedscenter i Vollsmose. Arbejdsmarkedsforvaltningen opnår en sundhedsfaglig vinkel i aktiveringsindsatsen, mens sundhedscentret benytter forvaltningens viden om socialgruppe fire og fem samt trækker på nøglepersoner i området. Samarbejdet konkretiseres ved at sundhedscentret deltager på relevante møder i Arbejdsmarkedsforvaltningens socialcenter. Det generelle samarbejde internt i kommunen beskrives som velfungerende. Det har dog været en udfordring at etablere samarbejdet. Det sker desuden stadig, at der igangsættes projekter i kommunen, hvor sundhedscentret ikke inddrages, selvom det ifølge centret ville være oplagt.

De praktiserende læger henviser til projektet 'Medicengennemgang for etniske minoriteter', og de orienterer deres patienter om centrets tilbud. Der har været meget positiv tilbagemelding fra de deltagende praktiserende læger om medicengennemgangsprojektet. Udover at være repræsenteret i sundhedscentrets referencegruppe har enkelte læger deltaget i møder afholdt i sundhedscentret. Fremover vil der mere formelt blive tilknyttet en praksiskonsulent to timer om måneden. I det daglige er der imidlertid ikke et formaliseret samarbejde, og centret mener, at de praktiserende læger ikke informerer tilstrækkeligt om sundhedscentret og kun i mindre omfang sender borgere dertil. Der udtrykkes ikke direkte modstand fra de praktiserende læger, men det beskrives, at det tager tid for lægerne at ændre vaner, og lægerne husker ikke altid, at sundhedscentret eksisterer. Centret har informeret om aktiviteterne gennem besøg i de større lægepraksisser i området ved Vollsmose og orienterer løbende via Visinfo, en IT-portal for praktiserende læger. Den praktiserende læge synes imidlertid, at der mangler kommunikation og løbende opdatering af centrets tilbud samt et elektronisk system for kommunikation om fælles borgere.



Der er på nuværende tidspunkt, hvor der ikke er fokus på patientrettet forebyggelse, kun lidt samarbejde med sygehuset. Samarbejdsrelationerne består af videndeling, erfaringsudveksling samt undervisning i forbindelse med arrangementer i sundhedscentret. Endokrinologisk afdeling har desuden udarbejdet retningslinjer for, hvornår sundhedscentret skal sende folk til praktiserende læge og sygehus og har undervist sundhedscentrets personale. Efter henvendelse fra Psykiatrisk Afdeling sker der derudover opfølgning i sundhedscentret på borgere med blandt andet misbrugsproblemer, og der planlægges som nævnt en fremskudt diabeteskole. Der er desuden etableret samarbejde med sygehusets indvandrermedicinske enhed. Samarbejdet beskrives af både sygehus og sundhedscenter som velfungerende, men en usikkerhed om dels den interne organiseringen på sygehuset og dels sundhedscentrets fremtid, har påvirket samarbejdet.

Sundhedscentret samarbejder med Vollsmose Apotek. En farmaceut fra apoteket underviser ved nogle af sundhedscentrets projekter eksempelvis "Medicinalgennemgang for etniske minoriteter", blodsukkermåling, rigtig brug af medicin m.m. Apotekets rygestopinstruktører laver desuden rygestopkurser. Apoteker tog oprindeligt kontakt til sundhedscentret og foreslog samarbejde. Samarbejdet beskrives som velfungerende og uden barrierer. Apoteket udtrykker, at det er hensigtsmæssigt at kunne sende borgere, som henvender sig i apoteket med spørgsmål om sygdom og sundhed, et sted hen, hvor de kan møde en, der taler deres eget sprog.

Sundhedscentret samarbejder med forskellige lokale idrætsforeninger, foreninger for etniske minoriteter og klubber om motionstilbud. Samarbejdet beskrives som afgørende for at gennemføre indsatser i Vollsmose, idet det er nødvendigt at etablere et tillidsforhold til lokalsamfundet. Der samarbejdes med DGI og lokale idrætsforeninger om et motionstilbud for over-

vægtige børn. Tilbuddet er udviklet i fællesskab på DGI's initiativ. Samarbejdet beskrives som velfungerende, og der er klarhed i opgave- og ansvarsfordelingen. Samarbejdet aftales løbende på møder, men er ikke formaliseret skriftligt. DGI beskriver det som centralt, at der er fokus på børnenes motivation frem for kun sundhed, som de har oplevet i andre sundhedsinstitutioner. Sundhedscentret har desuden været en indgang for DGI i Vollsmose.

Sundhedscentret samarbejder med en lang række øvrige foreninger, herunder Diabetesforeningen, Astmaallergi Foreningen, Ungdommens Røde Kors, Amnesty International, Vollsmose Kirke, Imamer, boligforeningerne, politiet og private virksomheder. Generelt beskrives samarbejdsrelationerne som velfungerende. Samarbejdsrelationerne er ikke altid formaliserede, og fra starten har der derfor ikke altid været helt klarhed i opgave- og ansvarsfordelingen mellem alle parterne. Dog er det via dialog og erfaringsopsamling løbende blevet bedre.

## Sammenhæng i tilbud

Via temadage og arrangementer med blandt andet bod i indkøbscentret søger sundhedscentret at skabe interesse hos den enkelte borger for at vide mere om forebyggelse og sundhed. Arrangementerne knyttes op om sundhedscentrets øvrige tilbud således, at der er mulighed for at fortsætte i sundhedscentret. Der laves løbende nye former for temadage, og de emner, hvor der er stor interesse, gentages.

Det forventes, at borgerne oplever en øget sammenhæng, idet de gennem deres kontakt til sundhedscentret får mere viden om sundhedsvæsenets tilbud og organisering. Sundhedscentret tilstræber desuden at understøtte sammenhængen ved at formidle kontakt mellem borgeren og andre tilbud, inden de stopper i centret.

Sundhedscentrets sundhedsformidlere og den sundhedsfaglige konsulent arbejder i visse tilfælde som en form for forløbskoordinatorer.

Den praktiserende læge oplyser, at det er hensigtsmæssigt, at sundhedscentrets tilbud er åbne, men han ønsker samtidig, at borgerne fremover kan give tilladelse til, at deres oplysninger sendes videre til egen læge fra centeret. Dette ville sikre mere sammenhæng i den sundhedsfaglige indsats, idet lægen på nuværende tidspunkt intet hører om sine patienter. Lægen udtrykker desuden, at nogle af borgerne bruger for meget tid på de samme problemstillinger i både sundhedscentret og hos lægen, hvilket en bedre kommunikation og opfølgning mellem parterne måske kunne mindske.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 1,90 million i 2005 til 1,98 million i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 10,2 og 10,6 ydelser pr. borger, en stigning på 4% fra 2005 til 2007, heraf med 2% fra 2006 til 2007. Den borgerrettede indsats har omfattet omkring 3000 ud af Odenses 186.000 borgere. Selv om indsatsen meget vel kan have haft en betydning i Vollsmoseområdet, en effekt på brugen af praktiserende læge i Odense Kommune ikke være målbar.

## Løsningsmodel

Sundhedscentret har betydet, at borgerne i Vollsmose kan få viden om blandt andet en sund livsstil og har et sted at henvende sig, hvis de ikke ved hvilken del af sundhedsvæsenet, som de skal kontakte. Centret når desuden en målgruppe, der ellers er svær at nå. Via centret tænkes sundhed og selve centret ind i planlægningen i andre dele af kommunen, og der gi-

ves udtryk for, at borgere er kommet i arbejde via indsatsen i sundhedscentret. Der er dog ikke data for dette, da der arbejdes anonymt.

Det beskrives som hensigtsmæssigt, at centret er placeret i et lokalområde med særlige behov, da der netop er mulighed for at fokusere indsatsen på lokale problemer. Centret sikrer desuden et offentligt tilbud til borgere, der ikke benytter tilbud uden for Vollsmose eller private tilbud så som fitnesscentre. Afgrænsningen er imidlertid også en ulempe, idet der bor socialt svage familier uden for Vollsmose, som også har behov for et tilsvarende tilbud.

Det vurderes, at det er hensigtsmæssigt, at centret er et åbent tilbud, hvor borgerne kan henvende sig direkte, da det for denne målgruppe er en barriere at bestille tid andre steder i sundhedsvæsenet.

Det beskrives som hensigtsmæssigt, at der er valgt en model, hvor sundhedsformidlerne er forankrede i målgruppens kultur, kan forskellige sprog og har forståelse for borgernes problemer i forhold til blandt andet integration. Formidlerne har dog for få timer i centret på grund af de økonomiske rammer, og flere timer ville være gavnlige.

Det beskrives som vigtigt for målgruppen, at sundhedscentret udgør et fysisk sted, idet borgerne dermed har lettere ved at forholde sig til, hvad sundhedscentret er. Dette er særligt vigtigt for borgere, der er mindre bogligt orienterede, og som har svært ved at overskue det danske sundhedssystem. Samtidig er det lettere for centret at skabe kontakt til borgerne og udgøre et samlingspunkt for borgerne. Den fysiske placering sammen med kommunens ydelseskontor og børne- og ungeområde vurderes at have både fordele og ulemper. Ulempen er, at centret forbindes med en kommunal service, som borgerne til tider forbinder med negative oplevelser. Fordelen er imidlertid, at de andre kommunale enheder tiltræk-

ker borgere, som mens de venter bliver opmærksomme på sundhedscentret. Den tætte fysiske kontakt til børn og ungeområdet har desuden betydet, at enhederne hurtigere har kunnet etablere et samarbejde.

Den organisatoriske placering under borgmesteren beskrives ligeledes at have både fordele og ulemper. Fordelen ved placeringen er, at der ikke har været mange begrænsninger i centrets arbejde samt mulighed for at arbejde på tværs. Ulempen har været, at centret har brugt mange ressourcer på at gøre opmærksom på centret og mangler en forankring i en fagforvaltning.

Der udtrykkes generelt enighed om, at centret bør fortsætte, men flere foreslår, at der skal være et øget fokus på patientrettet forebyggelse, færre aktiviteter og en større afklaring af snitflader. Den praktiserende læge foreslår desuden, at der samarbejdes om de "tunge" patienter med mange problematikker og sygdomme, og at sundhedscentret yderligere lærer borgerne at benytte sundhedsvæsenet, herunder formidling af en forståelse for strukturen for besøg ved praktiserende læge.

Der foreligger på nuværende tidspunkt ingen konkrete planer for centrets fremtid, da der politisk afventes en evaluering og dokumentation for centrets arbejde.

---

---

## Odsherred Kommune

### Formål

Det overordnede formål med Sundhedscenter Odsherred er at opnå en bedre sundhedstilstand for borgerne i Odsherred Kommune samt sikre, at borgerne fortsat har adgang til sundhedsydelser i lokalområdet. Sundhedscentret skal være en 'sundhedsdynamo' og en katalysator i kommunens nye opgaver. Yderligere skal centret være med til at sikre sammenhæng i patientforløb, og at netværkstankegangen bredes ud i hele kommunen. Sundhedscentret har det administrative ansvar for, at sundhedsaftalen mellem kommunen og regionen implementeres og følges op. Udviklingen af kommunens sundhedspolitik ligger også i sundhedscentret.

### Indsats

Sundhedscentret varetager både borger- og patientrettede opgaver vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme efter sundhedsloven. Centret har fokus på diabetes og hjertekardiagnoser og vægter indsatser mod borgere, der er i risiko for at udvikle sygdom.

Der er ikke modtaget registreringer af aktiviteter i centret for 2006. Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

### Organisering

Sundhedscenter Odsherred er etableret i det nedlagte Nykøbing Sjælland Sygehus, der er købt af kommunen i 2006 og under ombygning frem til 2010. Sundhedscentret udgøres af et netværk af kommunale, regionale og private sundhedsaktører. Den kommunale sundhedsafdeling i sundhedscentret refererer til forvaltningschefen for Social- og Sundhedsforvalt-

ningen. Afdelingens aktiviteter omfatter blandt andet forebyggende hjemmebesøg, uddannelses- og misbrugs konsulenter, genoptræningsteam, et rygcenter og Livsstilsteamet. Sundhedscentrets regionsfunktioner er blandt andet skadeklinik, jordemoder, røntgenafdeling, laboratorium og blodbank. Yderligere har frivillige patientforeninger til huse i centret, og fire praktiserende læger er på vej til at flytte deres praksis ind i Sundhedscentret efter en ombygning.

Ministeriets projektmidler anvendes til det kommunale Livsstilsteam, som varetager de borger- og patientrettede opgaver. Livsstilsteamet består af en projektleder (sundhedsplejerske og MPH) en diætist, en casemanager (sygeplejerske og coach) samt en fysioterapeut.

Der er nedsat en følgegruppe, som sundhedscentret på overordnet strategisk niveau kan sparre med for at skabe sammenhæng på tværs af aktørerne. Følgegruppen består af praktiserende læge, plejehjem, sygehusleder, udviklingskoordinator, sundhedschef og projektkoordinator. Der er endvidere dannet et husråd i sundhedscentret.

### Implementering

Sundhedscentret har generelt implementeret planerne for forebyggelsesaktiviteter, som de oprindeligt blev beskrevet i projektbeskrivelsen. Centret er ikke stødt på problemer i forhold til gennemførelsen. På nær en videreuddannelse af ansatte i kommunen med henblik på at fremme sundhed er de fleste forebyggelsesaktiviteter sat i gang. Der er dog sket en afgrænsning af omfanget af centrets opgaver. Således blev det besluttet at placere Myndigheds- og visitationsafdelingen, hjemmeplejen og psykiatrien i en anden del af kommunens organisation.

Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Uvisiteret telefonrådgivning (diabetes og hjertekardiagnoser)	Januar 2007	I alt 64 borgere med diabetes
Sundhedssamtale/motiverende samtale telefonrådgivning (diabetes og hjertekardiagnoser)	Januar 2007	
Sundhedstjek; udarbejdelse af sundhedsprofil telefonrådgivning (diabetes og hjertekardiagnoser)	Februar 2007	I alt 16 borgere med hjertekarsygdom
Livsstils kursus; patientskole telefonrådgivning (diabetes og hjertekardiagnoser)	Januar 2007	
Individuel kostvejledning ved diætist telefonrådgivning (diabetes og hjertekardiagnoser)	Januar 2007	
Individuel motionsvejledning ved fysioterapeut telefonrådgivning (diabetes og hjertekardiagnoser)	Januar 2007	
Case management ved sygeplejerske telefonrådgivning (diabetes og hjertekardiagnoser)	Marts 2007	
Uvisiteret åbent hus arrangement rettet mod borgere med diabetes og hjertekarsygdom	April 2007	
Hjertehold for fase 3 rehabilitering af borgere med hjertekarsygdom	August 2007	
Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Uvisiteret telefonrådgivning rettet mod borgere 18-75 år	Januar 2007	I alt har 280 borgere fået intervention i Livsstils-teamet, heraf 64 til sundhedstjek og 16 til rygestop
Sundhedssamtale/motiverende samtale tilbud til borgere 18-75 år	Januar 2007	
Sundhedstjek; udarbejdelse af sundhedsprofil hos borgere 18-75 år	Januar 2007	
Livsstils kursus; patientskole for borgere med risikofaktorer for sygdommene	Januar 2007	
Uvisiteret åbent hus arrangement rettet mod borgere 18-75 år	Marts 2007	
Rygestopkurser/vejledning for borgere 18-75 år	Januar – April 2007	
Motion på recept	Januar 2007	
Udviklingsopgaver, herunder sundhedspolitik, kommunens sundhedsprofil, temadage, foredrag og events samt undervisning af sygeplejestuderende	Løbende	

Desuden er der ændret i centrets personalesammensætning, således at stillingen som uddannelses og udviklingskonsulent er omdefinert til en sygeplejerske/casemanager i Livsstilsteamet. Der er desuden ansat en fysioterapeut og sket en opnormering af diætistfunktionen. Kommunen finansierer denne udvidelse.

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscentret har en række samarbejdspartnere, herunder praktiserende læger, regionen (hjerteafdelingen på Holbæk sygehus), borgerne, de kommunale aktører og Hjertereforeningen.

De praktiserende læger udgør en af sundhedscentrets hovedsamarbejdspartnere, idet lægerne visiterer borgere til Livsstilsteamet. Samarbejdet består ikke af en formaliseret aftale. Sundhedscentret har involveret praktiserende læger i udviklingen af sundhedscentret. Sundhedscentret har informeret de praktiserende læger om sundhedscentret, dets tilbud og henvisningssedler på lægernes tolvmandsforeringsmøder. Kommunen har ansat en praksiskoordinator to timer om ugen, hvor han blandt andet er med til at udvikle tilbud i Livsstilsteamet. Praksiskoordinatoren mener, at samarbejdet med sundhedscentret fungerer gnidningsløst, mens centret udtrykker, at der er en vis skepsis fra de praktiserende læger, der dog ikke hæmmer henvisningerne til centret.

Regionen er en anden væsentlig samarbejdspartner for hele sundhedscentret i forbindelse med genoptræningsplanerne. Sundhedscentret deler derudover bygning med regionen, hvilket betyder, at der i det daglige foregår et stort samarbejde. Samarbejdet med regionen fungerer godt. Der var dog problemer i opstarten, da regionen også havde brug for at afklare opgaver i forbindelse med Kommunalreformen.

Sundhedscentret har et samarbejde med medicinsk hjerteafdeling på Holbæk sygehus, der består i, at sygehuset henviser færdigbehandlede patienter og borgere med risiko for at udvikle hjertekarsygdom til Livsstilsteamet. De borgere, der har fået en diagnose og er under behandling, forbliver i sygehus regi. Dette samarbejde er formaliseret. Hjerteafdelingen har været involveret tidligt i processen og har haft indflydelse på hvilke borgere, der skulle samarbejdes om. Samarbejdet vurderes af parterne som velfungerende.

Sundhedscentret samarbejder derudover med både Hjerteforeningen og Diabetesforeningen. Alle patientforeninger i Odsherred Kommune har mulighed for at benytte sundhedscentrets foreningslokale. Samar-

bejdet med Hjerteforeningens lokale komité består i, at foreningen låner lokaler i sundhedscentret til aktiviteter så som en hjertecafé. Der er desuden lavet aftaler om at kurser i 2008 i Hjertestart og livreddende førstehjælp, som skal afholdes i fællesskab mellem sundhedscenter og Hjerteforeningen. Samarbejdet med Hjerteforeningen er ikke formaliseret, og eftersom hjertekomitéen er dannet efter, at sundhedscentret er blevet etableret, har foreningen ikke haft indflydelse på udviklingen af centret og dets tilbud. Hvad angår samarbejdet med Diabetesforeningen er dette nystartet. Derudover har sundhedscentret også et samarbejde med Kræftens Bekæmpelses lokal forening.

## Sammenhæng i tilbud

Borgerne kan selv henvende sig direkte i sundhedscentret, hvilket beskrives som en motiverende faktor for at nå ud til borgerne i forebyggelsesindsatsen. Politikeren giver udtryk for at Livsstilsteamet tiltrækker borgere, der ikke ved hvor de skal gå hen. Sundhedscentret har udviklet inklusionskriterierne og kan selv afgøre, om borgeren indgår i målgruppen. Derudover henviser de praktiserende læger og sygehus til centret. De fleste borgere henvender sig selv eller henvises af egen læge.

Den praktiserende læge mener ikke, at etableringen af sundhedscentret har skabt mere sammenhæng i forløb. Fra sygehuset peges der imidlertid på, at sundhedscentrets tilbud er et supplement til sygehusets tilbud, således at borgerne nu kan blive fulgt efter konstatering af en risiko for hjertekarsygdom. Ifølge sygehuset betyder etableringen af sundhedscentret, at man nu har tilbud til borgere, som man ikke havde før. Sundhedschefen mener ikke, at det allerede nu er muligt at konstatere, om der er kommet mere sammenhæng i borgernes forløb, men at dette gerne skulle være muligt efter et års tid. Politikeren

peger derudover på, at man med sundhedscentrets tætte samarbejde med ældreområdet søger at skabe sammenhæng i forløb. Sundhedscentret oplever endvidere, at borgerne ser centrets tilbud som en god service, idet de ikke skal ind på Holbæk sygehus at få foretaget for eksempel en røntgen undersøgelse.

Efter borgernes deltagelse i sundhedscentrets tilbud forsøger centret at gennemføre opfølgende sundhedssamtaler, som foregår både tre og seks måneder efter endt forløb. Sundhedscentret erfarer dog, at deltagelsen efter seks måneder er faldet markant til 33%.

Af barrierer for sammenhængen nævnes manglende IT, hvilket betyder, at sundhedscentret endnu benytter fax i kommunikationen med praktiserende læger. Sundhedscentermedarbejderne giver udtryk for, at borgeren i denne forbindelse selv bidrager til gensidig orientering og sammenhæng mellem aktørerne. En anden barriere, der opleves, er at sygehuset kommer længere og længere væk fra sundhedscentret, idet opgaverne specialiseres, hvilket betyder, at tætheden i kontakten mindskes.

Ifølge sundhedschefen kan nogle af de forebyggelses tilbud, som Livsstilsteamet udbyder, også findes andre steder for eksempel rygestop og Motion på Recept. Sundhedsmedarbejderne nævner yderligere private fysioterapeuter og fitnesscentre som alternativer til nogle af sundhedscentrets tilbud. Praksiskoordinatoren vurderer, at sundhedscentret tilbyder ydelser, som borgerne ikke kan få andre steder i sundhedsvæsenet. Sundhedscentret kan tilbyde mere tid til at tale med borgerne, og der forekommer kun et mindre overlap i opgaverne mellem centret og de praktiserende læger. Ifølge personalet i sundhedscentret aflaster centret de praktiserende læger, mens praksiskoordinatoren mener, at sundhedscentret nærmere giver borgerne et supplerende tilbud.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 317.000 i 2005 til 335.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 9,6 og 10,2 ydelser pr. borger, en stigning på 6% fra 2005 til 2007, men et fald på 1% fra 2006 til 2007. Der har været igangsat en lang række borgerrettede forebyggende tiltag, men omfanget er imidlertid for lille til, at der kan forventes en effekt, som kan genfindes i registeranalyser.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose faldt fra 96 (62 personer) i 2005 til 88 (54 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 2,9 til 2,7. Faldet fra 2005 til 2007 var på 9%, og fra 2006 til 2007 var faldet på 2%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der et fald på 11% fra 2005 til 2007, og et fald på 4% fra 2006 til 2007. Indsatsen for borgere med diabetes er startet i begyndelsen af 2007 og har omfattet i alt 64 borgere. Det fundne fald i antallet af diabetesindlæggelser kunne godt forklares ud fra dette, men kan lige så vel skyldes tilfældigheder. Det skal bemærkes, at der i Odsherred Kommune må forventes at være over 1000 borgere med diabetes, og det er altså under 6% af disse der har deltaget i forebyggelsen.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose faldt fra 1274 i 2005 til 1132 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 39 til 34. Faldet fra 2005 til 2007 var på 11%, og fra 2006 til 2007 var der et fald på 10%. Faldet er på grænsen til signifikans. Indsatsen for borgere med hjertekarsygdom omfattede 16 borgere og indsatsen startede i begyndelsen af 2007. Dette er for få deltagere til, at det kunne have haft en målbar effekt, og det fundne fald i indlæggelser må skyldes andre årsager eller måske tilfældigheder.

## Løsningsmodel

De interviewede vurderer generelt, at udformningen af sundhedscentret er hensigtsmæssig for et udkantsområde som Odsherred Kommune. Det nævnes som en fordel, at sundhedscentret sikrer borgernes basale sundhedsydelser lokalt, og at regionen har valgt at bibeholde nogle funktioner på sygehuset. Hjerteforeningens formand mener, at sundhedscentrets tilstedeværelse har haft betydning for borgernes sundhed og tryghed og ser det som en fordel, at der er let adgang til ydelser.

Centret har kunnet udnytte de eksisterende bygninger fra det nedlukkede sygehus, men dette har samtidig været en ulempe. Ulempen er den geografiske placering, idet centret ikke ligger centralt i kommunen, og det kunne være ønskeligt at komme mere ud, hvor borgerne bor og arbejder. Centret har også kunnet se, at det primært er borgere fra Nykøbing, der bruger tilbuddene i livsstilsteamet. For at imødekomme afstandene og for at skabe synlighed har sundhedscentret i januar 2008 indkøbt en bus, der kører ud i kommunen.

Hvad angår samarbejdet internt i den kommunale organisation, gives der fra sundhedscentrets side udtryk for, at opgaver og ressourcer måske kunne optimeres yderligere ved at samle flere opgaver i sundhedscentret og give et samlet tilbud "fra vugge til grav". Således er en medarbejder, der arbejder med bedre sundhed for kommunens ansatte, placeret i HR-afdelingen frem for i sundhedscentret. Endvidere gives der udtryk for, at visitationsafdelingen og børneområdet måske også med fordel kunne placeres i centret. Sundhedsområdet er derudover opdelt under to politiske udvalg. Sundhedscentrets helhedsblik på borgerne er ifølge medarbejderne en stor fordel. Centret har især haft betydning for de borgere, der har været i kontakt med centret, idet borgerne selv går

i gang med en indsats. Generelt er det kommunens vurdering, at etableringen af centret har været en succes.

Sundhedscentret vurderer, at centret har et synlighedsproblem, der betyder, at borgerne ikke kender stedet godt nok og opfatter det som et sygehus. Synlighedsproblemet er et indsatsområde for 2008.

Praksiskoordinatoren mener, at etableringen af sundhedscentret har medført, at de praktiserende læger er blevet aflastet. Samtidig vurderer han, at flere af centrets aktiviteter kunne lægges i praksisregi, idet han anser det som en fordel, at behandling inddrages i indsatsen. Den praktiserende læge pointerer derudover, at centret arbejder for lidt resultatorienteret, og at der foreligger for lidt evidens for, at tiltagene virker.

De overordnede planer for Sundhedscenter Odsherreds fremtid er fastlagt, idet anlægsdelen med ombygning og indretningen af centret delvist er gennemført og indlagt i kommunens anlægsbudget 2008 – 2009. Planerne for etableringen af folkesundhedsparken beror dog på, at der ydes tilskud fra fonde med videre. Etableringen af Sundhedsseksperimentet er fortsat et udviklingsprojekt.

Social- og Sundhedsudvalget beslutter i juni måned 2008, på baggrund af en rapport udarbejdet af et eksternt evalueringsfirma, hvorvidt de dele af sundhedscentrets tilbud, som var projektorganiseret herunder Livsstilsteamet og øvrige forebyggende tilbud, skal indgå som en fast del af Sundhedscentrets drift. Sundhedscentrets tilbud vil dog fortsat være under udvikling og justering, og der planlægges en temadag i november måned, hvor Social- og Sundhedsudvalget ønsker at drøfte udviklingsplanerne for forebyggelse og sundhedsfremme.



---

---

## Ringkøbing-Skjern Kommune

### Formål

Formålet med Sundhedscentret Vest i Ringkøbing-Skjern Kommune er at få sundere borgere, som lever længere og har en bedre livskvalitet. Desuden skal udgifterne til sundhedsområdet mindskes. Centret skal varetage forebyggelse, sundhedsfremme og almen genoptræning. Centret skal være en katalysator for, at sundhed tænkes ind i hele kommunen, og at der igangsættes nye initiativer på sundhedsområdet. Det ønskes politisk, at sundhedscentret koordinerer kommunens og regionens indsatser og fungerer som tovholder for borgerne

### Indsats

Sundhedscentret tilbyder aktiviteter for borgere i alle aldersgrupper. Centret har i projektperioden iværksat indsatser inden for både patientrettet og borgerrettet forebyggelse samt genoptræning og ambulans misbrugsbehandling. Der er fokus på borgernes læring og mestring, og der arbejdes primært med forløb frem for enkeltaktiviteter.

Sundhedscentret havde i 2006 inden for patientrettet forebyggelse etableret tilbud om lærings- og mestringsforløb for kronisk syge samt genoptræning. Inden for den borgerrettede forebyggelse var der tilbud om rygestop og forhindring af rygestart, gåture, forebyggende hjemmebesøg, tilbud til kontanthjælpsmodtagere og temadage om stress og overvægt. Der var desuden etableret tilbud om misbrugsbehandling. 21 borgere deltog i 2006 i forløbene for kronisk syge og 8 virksomheder deltog i et peptalk arrangement om rygning, mens kun en borger fik individuelt forløb. De fleste deltagere har været ved enkeltarrangementerne med 160 deltagere ved gåture og 108 ved stressarrangementer.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

### Organisering

Sundhedscentret er organisatorisk placeret i fagområdet Sundhed og Omsorg, som er et af kommunens ti fagområder. Centret er fysisk placeret i tidligere sygehusbygninger, som er blevet renoveret til formålet. I disse lokaler afholdes flere af centrets aktiviteter, men der afholdes også aktiviteter ude i kommunen med henblik på at nå en større målgruppe.

Borgere, der kommer i sundhedscentret, har primært selv henvendt sig til centret, men de kan også være henvist fra praktiserende læge eller via andre af kommunens medarbejdere, der er i kontakt med borgerne – for eksempel kontanthjælpsmodtagere. Borgere, der kommer på centret til genoptræning efter hospitalindlæggelse, er alle henvist. Inden for misbrugsområdet henvender borgerne sig selv eller er henvist fra en afslutningsinstitution, praktiserende læge eller sygehus. Inden for de øvrige aktiviteter, herunder KOL- og Diabetesforløb, henvender borgerne sig generelt selv til centret.

Der er etableret en politisk styregruppe og en administrativ styregruppe. I sidstnævnte gruppe deltager blandt andre: sygehus/region, praksiskonsulent, terapeuter, misbrugsbehandler, patientforeninger, ældreråd og private aktører.

Personalet i sundhedscentret er en leder (sygeplejerske), en koordinator for misbrugsområdet (socialrådgiver), en koordinator for de trænende terapeuter (fysioterapeut), tre udviklingskonsulenter (sygeplejerske, pædagog, sociolog), to medarbejdere til at foretage de forebyggende hjemmebesøg (socialrådgiver, fysioterapeut), to støtte/kontaktpersoner for

<b>Patientrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktiviteter</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Rehabiliteringsforløb for borgere med KOL og diabetes. Undervisning, træning og madlavning	September 2007	KOL: 11 Diabetes: 9
Gang og balancehold for rollatorbrugere	September 2007	8
Læringsforløb for borgere med en kronisk fysisk lidelse (ikke specifikke grupper)	Oktober 2006	20
Kursus for hjemmesygeplejersker	Ikke registreret	3 kurser á 40 personer = 120 personer
Træning (individuel og hold): knæ, ryg, skulder, senhjerneskade, osteoporose, KOL, gang- og balancehold	Januar 2007	Ca. 1500 borgere, heraf 811 med almen genoptræningsplan
<b>Borgerrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktiviteter</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Overvægtsforløb (kost og motion)	April 2007	ca. 35
Stofbehandling	Ikke oplyst	56
Vandreture + søndagsgåture	Første og sidste søndag i måneden	ca. 2000 personer
Rygestop for voksne, unge og virksomheder	Fra oktober 2006 til maj 2008	ca. 176 personer til rygestopkurser. I kontakt med flere hundrede ved. information omkring rygning
Alkoholbehandling	50	ca. 80
Ugentligt hold for inaktive/overvægtige børn 2 - 6 klasse	April 2007	ca. 25
Lovpligtige forebyggende hjemmebesøg for + 75årige	1. januar 2007 – 31. december 2007	ca. 3100 breve og ca. 430 besøg
Børn i familier med misbrug – Uddannelse og opfølgning af nøglepersoner	November 2006	ca. 110
Sundheds- og forebyggelsestiltag for ældre, målrettet ansatte på ældreområdet	Ikke oplyst	ca. 90
Ældretræf og Motionsvenner for ældre	Januar 2007	150
Kursus for sygedagpengemodtagere (kost og motion)	December 2007	14
Øvrige opgaver: Udvikling og lancering af sundhedspolitik Sundhedsaftaler Temagrupper for forskning og udvikling – Region Midtjylland	Løbende i perioden – temagrupper er opløst	-

belastede misbrugere (pædagog og tidligere militærmand), to stofbehandlere (pædagog, sygeplejerske), tre alkoholbehandlere (pædagog, lærer og socialrådgiver), seks ergoterapeuter, elleve fysioterapeuter og to administrative medarbejdere.

## Implementering

Sundhedscentret har i store træk implementeret planerne, som beskrevet i projektbeskrivelsen med sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning, som centrets hjørnesteen. De har imidlertid kun i mindre omfang implementeret planerne om centret som én fælles indgang til sundhedsvæsenet, at skabe sammenhængende forløb og en direkte involvering af bruger- og patientforeninger via råd og centre. Der samarbejdes med patientforeningerne, blandt andet i form af projektet "Gang i Danmark" og via foreningernes mulighed for at låne lokaler i centret. Mødestedet er under planlægning, som bliver et sted, hvor patientforeningerne i samarbejde kan planlægge informationsdage, foredrag og temadage med videre. Misbrugsområdet og kræftrehabilitering er blevet tilføjet som nye aktiviteter og finansieres af midler uden for puljen.

Kommunen har fået udarbejdet en sundhedsprofil, som har været tænkt ind som grundlag for centret og har påvirket fokusområder samt givet indblik i omfanget af borgere i forskellige målgrupper. KOL og diabetes forløbene blev prioriteret i forhold til den patientrettede forebyggelse, da disse områder er prioriteret i regionen. Sundhedscentret har søgt inspiration til metoder og aktiviteter fra Norge samt via besøg i andre danske sundhedscentre.

Processen med at implementere sundhedscentret beskrives som stabil og de udfordringer, der har været, er løbende blevet løst. Det har lettet processen, at der har været god energi og ansatte, der bræn-

der for arbejdet. Omvendt har det besværliggjort implementeringen, at sundhedscentret er placeret på et nedlagt sygehus, som borgerne identificerer med sygdom. Det har derfor taget tid at "sælge ideen" til resten af kommunen og eksterne samarbejdspartner. Desuden har kommunen været optaget af implementering af Kommunalreformen.

## Samarbejdsrelationer

På grund af bredden i aktiviteterne har sundhedscentret mange samarbejdspartner, herunder sygehus, praktiserende læger, patientforeninger, alle fagforvaltninger, apotekerne og lokalforeninger. Sundhedscentret har informeret deres samarbejdspartnere om centret og dets tilbud via artikler i aviserne og besøg hos kommunens fagchefer. Der holdes desuden faste møder med kommunens afdelinger samt med praksiskonsulenten, som informerer videre til de praktiserende læger.

Samarbejdet med sygehuset består på nuværende tidspunkt i, at sundhedscentret står for genoptræning af borgere efter indlæggelse. Centret har desuden kontakt til enkelte afdelinger på sygehuset, som bistår med rådgivning. Sygehuset beskriver samarbejdet som velfungerende, idet genoptræningsplanerne effektueres hurtigt, og der er kontakt og afklaring af problemer såfremt, der opstår tvivl. Centrets ledelse og medarbejdere vurderes desuden som kompetente og lette at samarbejde med. Sygehuset har ikke været med til at udvikle tilbuddene i sundhedscentret. Sundhedscentret har ikke som ønsket etableret rehabilitering til borgere med hjertekarsygdom. Dette skyldes i en vis udstrækning manglende koordinering med sygehuset, idet sygehuset i samme periode har valgt at etablere hjerterehabilitering. Rehabilitering af borgere med hjertekarsygdom i fase I og fase II, er i Region Midtjylland defineret som specialiseret genoptræning.

Samarbejdet med de praktiserende læger består i, at lægerne henviser borgere til sundhedscentret, og at praksiskonsulenten underviser medarbejderne i sundhedscentret. Praksiskonsulenten er sundhedscentrets formelle indgang til samarbejdet med lægerne. Der har desuden været afholdt møder med de praktiserende læger. Praksiskonsulenten mener, at sundhedscentret har været lydhør over for nye ideer og oprettet tilbud, når lægerne har peget på nye behov. Sundhedscentret beskriver, at der har været udfordringer i samarbejdet med de praktiserende læger, og at samarbejdet kom langsomt i gang. Sundhedscentret har imidlertid ikke været afhængig af henvisninger fra de praktiserende læger, da borgerne selv kan henvende sig til centret. Praksiskonsulenten mener, at lægernes generelle holdning over for centret er positiv, men at manglende information udgør en barriere. Det har været erfaringen, at informationsfoldere ikke har fungeret som et effektivt kommunikationsredskab, og nu sendes der derfor information på mail fra praksiskonsulenten. Praksiskonsulenten mener ikke, at der endnu er klarhed i arbejdsdelingen.

Lægerne ønsker mere information om hvilke tilbud, der er i centret, hvad de indebærer, samt tydelige stratificeringsregler. De praktiserende læger mener desuden, at der mangler information om deres patienter, når de har været i sundhedscentret. Der arbejdes på at udvikle dette område. Der peges på, at elektronisk kommunikation og en elektronisk patientjournal ville kunne understøtte centrets samarbejde med både praktiserende læger og sygehus. Øget information og mere klarhed forventes også at medføre flere henvisninger til centret

Centrets har desuden erfaret, at samarbejdet med kommunens institutioner, herunder skoler og sundhedsplejersker, har været besværliggjort af, at kommunen har haft travlt med mange andre opgaver. I forhold til patientforeningerne har det været en udfordring at skulle samarbejde med borgere, som er

syge, og som derfor ikke nødvendigvis har et stort overskud til at indgå i samarbejdet.

Samarbejdsrelationerne er generelt ikke formaliseret via aftaler. Kun med apotekerne og med sygehuset i forbindelse med genoptræning. Sundhedscentret ønsker et mere formaliseret samarbejde internt i kommunen med henblik på at afklare samarbejdets karakter og arbejdsdeling, især i forhold til beskæftigelsesafdelingen.

Generelt har samarbejdspartnerne ikke deltaget i udviklingen af sundhedscentrets aktiviteter. I forhold til forløbene for kronisk syge har samarbejdspartnerne dog været indkaldt til møde om udvikling af forløbenes indhold, og der er eksempler på, at samarbejdspartnerne har henvendt sig med forslag til nye aktiviteter, som sundhedscentret har fulgt op på.

## Sammenhæng i tilbud

Sundhedscentret beskriver, at centrets primære mål ikke er at skabe sammenhæng i forløb, men at der snarere er tale om et nyt tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme. I forhold til kræftrehabilitering og genoptræning vurderer sundhedscentret dog, at der er skabt en vis sammenhæng for borgeren. Direktøren for Sundheds- og Omsorgsområdet peger på, at der er brudt nogle grænser mellem sundhedscentret og de praktiserende læger. Han vurderer, at udfordringen i forhold til at skabe sammenhæng er større i forhold til at koordinere indsatsen med sygehuset.

Det beskrives som hensigtsmæssigt, at borgerne selv kan henvende sig til sundhedscentret frem for at skulle henvises af praktiserende læge eller andre fagpersoner. Det er dog ikke de svageste målgrupper, der henvender sig i centret, og sundhedscentret peger derfor på, at de praktiserende læger kunne være med til at opspore disse personer.

Sygehuset og praksiskonsulenten finder ikke, at sundhedscentret har medført en aflastning i deres opgaver, men sygehuset forventer, at det vil komme i forbindelse med centrets fremtidige indsats for kronisk syge. Lægen beskriver, at det er en fordel, at han nu har et sted at sende nogle af sine patienter hen, som ikke havde et tilbud tidligere. Der beskrives generelt ikke at være noget alternativ til sundhedscentrets tilbud. Der nævnes dog, at der er rygestopkurser på apotekerne og privat praktiserende fysioterapeuter.

Sammenhæng i borgernes forløb handler også om tiden efter kontakten til sundhedscentret. Sundhedscentret følger op på tidligere deltagere ved at ringe henholdsvis tre og ni måneder efter, de har indgået i forløb på centre. Centret tilbyder desuden, at tidligere deltagere kan anvende centrets mødefaciliteter til netværksgrupper, og de motiveres til selv at danne netværk. På opfordring fra flere overvægtige deltagere overvejes det nu at indføre sessioner med kontrolvejninger samt at tilbyde et ti-turskort til træning efter endt forløb i centret.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 523.000 i 2005 til 571.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 9,0 og 9,8 ydelser pr. borger, en stigning på 8% fra 2005 til 2007, heraf med 2% fra 2006 til 2007. Den borgerrettede indsats har omfattet knap 3000 af de 58.000 borgere, hvilket må anses for at være for få til at det kan have en målbar effekt på lægeforbruget.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose steg fra 116 (88 personer) i 2005 til 117 (92 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere var uændret 2,0 i denne periode. Fra 2006 til 2007 var stigningen på 31%. For diabetesrelaterede

indlæggelser var der en stigning på 4% fra 2005 til 2007, og en stigning på 12% fra 2006 til 2007. Indsatsen for borgere med diabetes omfattede kun 9 borgere, og blev påbegyndt september 2007. Man kan derfor ikke forvente en målbar effekt i 2007.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose faldt fra 215 (137 personer) i 2005 til 171 (123 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 3,7 til 2,9. Faldet fra 2005 til 2007 var på 21%, men fra 2006 til 2007 var der en stigning på 20%. Indsatsen for borgere med KOL omfattede kun 11 borgere, og blev påbegyndt september 2007. Man kan derfor ikke forvente en målbar effekt i 2007.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose steg fra 1528 i 2005 til 1638 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 26 til 28. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 6%, men fra 2006 til 2007 var der et fald på 3%. Centret har tilbudt læringsforløb på tværs af diagnoser, og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med hjertekarsygdom, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med indlæggelse for blodprop i hjertet.

## Løsningsmodel

Den model for sundhedscentret, der er valgt i Ringkøbing-Skjern Kommune, beskrives generelt som hensigtsmæssig. Det var oprindeligt tanken, at alle sundhedscentrets aktiviteter skulle placeres samlet i Tarm, men i løbet af projektperioden er modellen blevet ændret således, at der nu også arrangeres aktiviteter andre steder i kommunen. Alle interviewpersoner er enige om, at det er nødvendigt med udgående aktiviteter på grund af kommunens store geografiske størrelse. Der har ikke været problemer med at finde lokaler til de forskellige decentrale aktiviteter.

Der er samtidig enighed om, at det er hensigtsmæssigt at råde over en fysisk bygning, hvor borgerne kan henvende sig, og hvor personalet kan være samlet. At personalet er samlet ét sted bidrager til synergi og fagligt fællesskab. Sammensætningen af en tværfaglig medarbejdergruppe har medført inspiration og energi. Det beskrives derudover som hensigtsmæssigt, at den borgerrettede og patientrettede forebyggelse er placeret samme sted, da dette medfører synergi mellem områderne.

Sundhedscentret er placeret i en nedlagt hospitalsbygning, og centret blev til dels oprettet, fordi sygehuset lukkede, og der opstod et ønske om fortsat at kunne varetage sundhedstilbud i byen. Det har som nævnt været en barriere, at borgerne identificerede stedet med sygdom. Ligeledes har centret anvendt bygninger i Ringkøbing, som blev forbundet med tilbud til ældre.

Den organisatoriske placering i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, som har fokus på ældreområdet, mener sundhedscentret i en vis grad er uhenigtsmæssigt, da dette understøtter fokus på sygdom frem for sundhed. Der er imidlertid ingen forslag til anden placering. For direktøren for Sundhed og Omsorg var tanken oprindeligt, at placeringen skulle skabe synergi med ældreområdet, men det er ikke sket, og i dag ser han i øvrigt forebyggelsen meget bredere.

Sundhedscentret vurderer, at centret generelt når ud til en bred målgruppe, men at det i forhold til forløb for kronisk syge og søndagsture er de mere velstillede og veluddannede, der deltager. Centret når i højere grad den sværere målgruppe gennem tilbudene til misbrugere og overvægtige. Det forventes, at et bedre samarbejde med de praktiserende læger ville kunne medvirke til, at flere af de borgere, der ikke selv opsøger centrets tilbud, ville benytte centret. Det beskrives som hensigtsmæssigt, at misbrugsområdet er placeret i sundhedscentret, da dette giver en god signalværdi og et bredere syn på sundhed end medarbejderne selv og misbrugerne har været vant til. Dette fremmer også kvaliteten, og der deltager flere end tidligere.

Angående justeringer af centret i fremtiden ønsker sundhedscentret, at samarbejdet med de praktiserende læger og de øvrige fagforvaltninger forbedres. Direktøren for Sundhed og Omsorg ønsker, at regionen også etablerer aktiviteter i bygningen, samt at det lykkes at tænke sundhed mere ind i alle forvaltningernes arbejde. Praksiskonsulenten ønsker desuden en beskrivelse af forbindelsen mellem sundhedscentret og børne-ungdomsområdet og hjemmeplejen.

Centret er nu overgået til status som en driftsopgave i kommunen. Sammen med Regionen arbejdes der videre på at udvikle et kronikercenter ved sundhedscentret samt at placere yderligere funktioner i lokalerne i bygningen, herunder speciallægepraksis og røntgenfaciliteter.

---

## Samsø Kommune

### Formål

Det overordnede formål med Samsø Sundhedsfremmecerter er at udvikle en organisatorisk model, der kan varetage sundhedsfremme og forebyggelse med udgangspunkt i øens begrænsede relationer til fastlandet. Desuden er det formålet at øge borgernes sundhedstilstand og bevidsthed om egen sundhed, idet sundhedsprofiler for Samsø Kommune viser, at borgerne opfatter deres eget helbred som relativt ringe.

### Indsats

I projektperioden har sundhedscentret først og fremmest iværksat indsatser inden for borgerrettet forebyggelse, men der er også iværksat nogle enkelte patientrettede aktiviteter. I sundhedscentret var der i 2006 etableret tilbud om sundhedstjek, livsstilssamtaler og råd og vejledning om KRAM-faktorerne. Der var desuden en patientuddannelse. Det fremgår, at 14 borgere havde henvendt sig om kostvejledning, 13 om motionsvejledning, 6 om rygning, 2 om alkohol, 30 havde ønsket sundhedstjek.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

### Organisering

Fysisk er sundhedscentret beliggende i lokaler i en selvstændig bygning centralt i Tranebjerg – i nær tilknytning til kommunens rådhus. Det er et åbent sundhedscenter uden krav om henvisning med undtagelse af de kommende patientskoler, hvor der kræves en henvisning fra de praktiserende læger. Organisatorisk er sundhedsfremmecerteret en del af sundhedsafdelingen med egen afdelingschef, som refererer til

kommunens driftsdirektør. Personalegruppen består af en daglig leder af sundhedscentret (MHH og fysioterapeut), der varetager denne stilling på halvtid, en fysioterapeut, en bachelor i Ernæring og sundhed samt en administrativ medarbejder.

Der er nedsat en faglig koordineringsgruppe bestående af en praktiserende læge, afdelingslederen for kommunens ældreområde, en driftsdirektør, en repræsentant for Samsø Regionshospital, en praktiserende fysioterapeut samt to repræsentanter for patientforeningerne.

### Implementering

Generelt er det blevet prioriteret at sætte aktiviteter i gang inden for den borgerrettede forebyggelse. Det har lettet implementeringen at personalet opfatter opgaven som ny og spændende, og at de møder hinanden i dagligdagen og har de faglige kompetencer samlet. Sundhedscentret udtrykker, at etableringen er en spændende opgave, og at der er masser af kampgejst. Imidlertid har der manglet ressourcer til den patientrettede forebyggelse, som også har været vanskeligere at igangsætte, idet flere samarbejdspartnere skal involveres.

I forhold til den oprindelige projektbeskrivelse er kompetenceudviklingen af medarbejderne i hjemmeplejen taget ud, idet hjemmeplejen ikke havde ressourcer til at indgå i projektet. Desuden er genoptræning lagt over i et andet kommunalt regi. To tilbud startets først op i løbet af 2008, nemlig patientskoler i samarbejde med Samsø Regionshospital, samt et projekt målrettet sygedagpengemodtagere, der skal tilbage i arbejde. Endeligt skal det nævnes, at der er ændret i centrets personalesammensætning, idet en sygeplejerske er erstattet af en bachelor i Ernæring og sundhed med henblik på at målrette de faglige kompetencer til aktiviteterne.

Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Rygskole for borgere med langvarige rygsmerter	April 2007	18 (2 hold)
Patientuddannelse	Oktober 2007	10
Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Kost og motion for overvægtige skoleelever og forældre, herunder "Sund ung"	Maj 2006	22
Individuel kost rådgivning	Oktober 2006	33
Individuel rygestop rådgivning, rygestop-kursus og ex-rygercafe	Oktober 2006	31
individuel alkohol og rådgivning/behandling	Oktober 2006	33
Individuel motions rådgivning	Oktober 2006	32
Løbehold	Oktober 2006	31
Sundhedstjek	Oktober 2006	36
Kost og motion for alle, herunder "Lev sund Samsø"	Februar 2007	36
Kurser og temadage, herunder Store cykeldag, VCTA, Latterklub og Get Moving	Maj 2007	146

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscentret har en lang række samarbejds-partnere og mener, at de opfattes som borgernes og regionens indgang til øens sundhedsvæsen. Sundhedscentret har generelt et velfungerende samarbejde med de øvrige sundhedsaktører. Dog har centret i opstarten oplevet en kulturel barriere, idet nye tiltag skal ses an af øens borgere og ikke må være præget af "københavnere, der vil bestemme alt". Det har derfor været nødvendigt at stikke en finger i jorden og være meget opsøgende. Sundhedscentret informerer om centrets aktiviteter gennem møder, den faglige koordinationsgruppe, pjecer samt den lokale avis Samsøposten. I den faglige koordineringsgruppe, som holder fire årlige møder, informerer sundhedscentret om aktiviteterne, og parterne drøfter udviklingen.

Centret samarbejder med øens to praktiserende læger. Lægerne kan henvise til centrets kommende patientskoler og orienterer derudover egne patienter om centrets borgerrettede tilbud. Parterne vurderer, at der i det daglige er et godt samarbejde, men at det i starten var ret stift. Muligvis på grund af travlhed og manglende tradition for samarbejde. I dag er samarbejdet ikke formaliseret gennem skriftlige aftaler, men der kommunikeres løbende mundtligt, og det udtrykkes, at der er opnået en klar arbejdsdeling. For eksempel varetager begge parter rådgivning i forhold til rygestop, men hvor lægerne rådgiver individuelt, arrangerer centret aktiviteter for hold. Lægerne oplever en aflastning i det daglige, hvilket anses som positivt. Sygehuset er også en af centrets væsentlige samarbejdspartnere. Sundhedscentret låner lokaler af sygehuset til aktiviteter. Det er vurderingen, at samarbejdet i det daglige fungerer godt i kraft af



de korte afstande. Der kommunikerer løbende om, hvorvidt borgerne behandles i det rette regi. Herunder især på genoptræningsområdet, der dog ikke er placeret i det kommunale sundhedscenter. Sygehuset oplyser, at lægerne i starten havde svært ved at acceptere den nye enhed, men at de lige så stille har accepteret den nu. Samarbejdet med sygehuset er ikke formaliseret. Sygehuset informerer ikke generelt deres patienter om sundhedscentret, men tager udgangspunkt i den enkelte patients behov.

Sundhedscentret samarbejder også med Samsø højskole. Centret låner lokaler på højskolen og sparrer fagligt om forebyggelse og sundhedsfremme. Desuden udvikler parterne tilbud sammen, herunder Samsø Livsstilsklub, der afholder ugentlige klubaftener med tema om motion, madlavning, vejning m.m. Det overordnede samarbejde er ikke formaliseret, men der er skriftlige aftaler om hvem, der har ansvaret for delaktiviteterne i de projekter, der i fællesskab iværksættes.

## Sammenhæng i tilbud

Sundhedscentret er et åbent tilbud, og derfor kan alle borgere komme i kontakt med centret uden henvisning. Centret har en fastlagt åbningstid, hvor alle kan komme ind og få målt blodtryk og få rådgivning. Et slags Walk-in center. Der kommer dog sjældent folk ind i åbningstiden, da de i stedet ringer og bestiller tid. Via Samsøposten informerer centret om de forskellige aktiviteter. Praktiserende læger kan endvidere henvise til de kommende patientskoler. Det oplyses, at det åbne tilbud i kombination med henvisning til visse tilbud fungerer hensigtsmæssigt.

Centret motiverer borgerne til at deltage i forebyggelsesaktiviteter efter deres kontakt med sundhedscentret. Der henvises til fitnesscentre og idrætsklubber. Nogle borgere mødes fortsat på eget initiativ. Centret

følger op på tidligere deltagere ved at indkalde dem til en samtale efter en periode.

Der findes alternativer til sundhedscentret lokalt. Blandt andet nævnes Samsø Højskole. Her skal den enkelte imidlertid selv betale for ophold og dagtilbud, og højskolen har ikke udgående opsøgende aktiviteter ligesom sundhedscentret.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 35.000 i 2005 til 43.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 8,4 og 10,4 ydelser pr. borger, en stigning på 24% fra 2005 til 2007, heraf med 2% fra 2006 til 2007. Den betydelige stigning kan eventuelt skyldes, at antallet af praktiserende læger på Samsø blev fordoblet i perioden (fra 1 til 2), og der reelt har været et udækket behov for lægebehandling tidligere, idet 8,4 ydelser pr. borger må siges at være lavt. Den borgerrettede forebyggelse har omfattet 400 af Samsøs 4100 borgere, hvilket er den største andel i undersøgelsen. Men selv dette omfang er for lille til at have en målbar effekt, og billedet forstyrres voldsomt af forholdene omkring lægepraksis.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose steg fra 12 (9 personer) i 2005 til 13 (10 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 2,9 til 3,2. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 9%, men fra 2006 til 2007 var der et fald på 38%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der et fald på 6% fra 2005 til 2007, og et fald på 35% fra 2006 til 2007. Det skal dog understreges, at der er tale om meget små tal, de 38% dækker over et fald fra 21 til 13 indlæggelser, fordelt på henholdsvis 13 og 10 personer. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med diabetes, hvorfor det er van-

skeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med diabetesindlæggelser.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose faldt fra 33 (13 personer) i 2005 til 27 (13 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 8,0 til 6,5. Faldet fra 2005 til 2007 var på 18%, og fra 2006 til 2007 var der et fald på 4%. Der er dog tale om et meget højt antal i forhold til befolkningens størrelse. Muligvis skyldes det til en vis grad aldersfordelingen, idet der er forholdsvis mange ældre på Samsø. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med KOL, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med KOL-indlæggelser.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose faldt fra 231 i 2005 til 212 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 56 til 51. Faldet fra 2005 til 2007 var på 8%, men fra 2006 til 2007 var der en stigning på 11%. Det høje antal indlæggelser kan skyldes aldersfordelingen med mange ældre på Samsø. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med hjertekarsygdom, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med indlæggelse for blodprop i hjertet.

## Løsningsmodel

Etableringen af sundhedscentret har medført, at sundhed er kommet på dagsordenen i kommunen og hos borgere. Samtidig peges der dog på, at spørgsmålet er, om borgerne vil ændre deres livsstil. Sundhedscentret skal være med i udviklingen af kommunens sundhedspolitik. I den kommunale forvaltning sættes der pris på, at sundhedscentret udstråler noget positivt og løbende opstarter nye initiativer for borgerne.

Det er centrets vurdering, at borgerne opfatter det som meget rart, at de nu kan henvende sig ét sted i forbindelse med deres helbred. Der er en rimelig stabil søgning til centret. Selvom centret har mange borgerrettede aktiviteter, så udtrykkes det, at centret nok kunne være mere opsøgende i forhold til at nå de svageste målgrupper, der ikke kommer af sig selv, herunder mændene. De borgere der benytter centrets angives at være de mere velfungerende og patientuddannelsen vurderes ligeledes at tiltrække de ressourcestærke borgere.

Det er en fordel, at centret er placeret geografisk centralt i forhold til borgere og samarbejdspartnere. Desuden ligger centret neutralt i samme bygning som en frisør, så hvis man kommer med et alkoholproblem, er det ikke så svært at træde ind i bygningen. Centrets organisatoriske integration i kommunens sundhedsafdeling med en fælles leder opfattes også som hensigtsmæssigt.

Det nævnes samtidig, at bedre fysiske/rammer, herunder træningsfaciliteter, ville være hensigtsmæssigt. Desuden overvejes det, om de forebyggende hjemmebesøg skal flyttes over i sundhedscentret for at undgå snitfladen mellem ældreområdet og sundhedsområdet og understøtte gennemførelse af for eksempel faldforebyggelse for ældre og kompetenceudvikling af medarbejdere i hjemmeplejen.

Sundhedscentret indgår som et fokuspunkt i kommunens kommende budgetplanlægning. Forvaltningen arbejder på at præsentere forskellige modeller for politikerne for centrets fremtid. Det oplyses, at det vil være vanskeligt ikke at fortsætte centret, men at der ikke er mange ressourcer i kommunen. Nogle ideer til det fremtidige center kunne være at etablere kontorer og træningsfaciliteter på plejehjem, at uddanne sundhedsagenter og at gøre erfaringer med alternativ behandling.

# Sønderborg Kommune

## Formål

Formålet med sundhedscentret er at varetage kommunale forebyggelsesopgaver som følge af Kommunalreformen. Konkret skal centret tilbyde rehabiliteringsforløb dels for borgere, som ellers skulle have været indlagt på sygehus, og dels for borgere, som henvises af deres egen praktiserende læge. Kommunen ønsker desuden at gøre erfaringer med sundhedscentermodellen.

## Indsats

Sundhedscentret tilbyder forløb på 12 uger for borgere med KOL, type 2 diabetes, hjertekarsygdom, overvægt, apopleksi og fald. Alle forløb gennemføres med fokus på specifikke diagnoser. Forløbene består af patientuddannelse, træning, rygestoptilbud samt individuel samtale hos psykolog og klinisk diætist efter behov. På forløbene for overvægt, type 2 diabetes og hjertekarsygdom tilbydes også praktisk madlavning som et element i forløbet.

I 2006 var forløb for alle planlagte målgrupper etableret og 165 havde gennemført et forløb, mens yderligere 58 var i gang med et forløb på registreringstidspunktet. Størstedelen af forløbene var rettet mod

overvægt, hvor 82 borgere havde gennemført et forløb. 44 borgere med diabetes, 24 med KOL, seks med hjertekarsygdom og ni borgere på grund af fald eller apopleksi havde gennemført forløb i 2006.

Nedenstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

## Organisering

Sundhedscentret blev oprettet i Nordborg Kommune inden Kommunalreformen og er således fysisk placeret i Nordborg, i en bygning, der tidligere fungerede som et plejehjem. I forbindelse med reformen blev syv kommuner, herunder Nordborg Kommune slået sammen til den nye Sønderborg Kommune. Sundhedscentret er dermed med reformen blevet et tilbud for hele Sønderborg Kommune.

Sundhedscentret er et visiteret tilbud, hvilket betyder, at alle borgere enten skal henvises fra egen praktiserende læge eller fra sygehuset. Tilbuddet i sundhedscentret adskiller sig fra sygehus og almen praksis ved at være holdbaseret og dermed netværkskabende samt ved at have mere fokus på forebyggelse i hverdagen.

Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
KOL	Juni 2006	41
Diabetes	April 2006	28
Hjerte	August 2006	15
Fald	Oktober 2006	4
Apopleksi	Oktober 2006	5
Overvægt	April 2006	69

Sundhedscentret hører forvaltningsmæssigt under Fagcenter Sundhed, og personalet består af en leder, to sygeplejersker, to fysioterapeuter, en ergoterapeut, en klinisk diætist, en psykolog, en sekretær, en sekretærmedhjælp og en rengøringsmedarbejder.

## Implementering

Den oprindelige projektbeskrivelse er blevet gennemført som planlagt inden for den patientrettede forebyggelse. Der er ikke sket ændringer i centrets målgrupper. Det var derudover planen, at sundhedscentret skulle omfatte borgerrettet forebyggelse. Imidlertid blev det besluttet, at centret skal fokusere på den patientrettede forebyggelse, mens den borgerrettede forebyggelse er lagt i en anden enhed under Fagcenter Sundhed. Oprindeligt, da ansøgningen blev udarbejdet, var der ingen øvrige enheder, der beskæftigede sig med den borgerrettede forebyggelse.

Sundhedscentret beskriver, at det har fremmet implementeringen, at der har været en stor offentlig opmærksomhed om centret, og at pressen har formidlet historier om borgere, der har gennemgået forløb i centret. Der har samtidig været stor politisk opbakning til centret samt en meget aktiv praktiserende læge, som tidligt henviste til sundhedscentret og som påvirkede andre læger til også at henvise. Det har dog været en barriere for implementeringen, at både kommune og sygehus har gennemført organisatoriske omstruktureringer, og at der har været skepsis og problemer i samarbejdsrelationerne (se nedenfor).

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscentrets væsentligste samarbejdsparter er de praktiserende læger og Sønderborg Sygehus, som motiverer, udreder og henviser borgere til sundheds-

centret. Samarbejdet med sygehuset foregår primært med den lungemedicinske afdeling om borgere med KOL. Sundhedscentret har udarbejdet informationsmateriale, som ligger fremme hos de praktiserende læger og på sygehuset. Sundhedscentret samarbejder endvidere med Danmarks Lungeforening og Hjertereforeningen. Dette samarbejde vedrører primært informationsmateriale og oplæg fra foreningerne, og centret finder, at dette samarbejde er særligt betydningsfuldt i forhold til de pårørende.

Sundhedscentrets samarbejde med sygehus og især de praktiserende læger bar i starten præg af vanskeligheder. Parterne udtrykte skepsis over for sundhedscentret, blandt andet en manglende tillid til kvaliteten af det faglige niveau, effekten af et sundhedscenter samt en bekymring for, at centret skulle overtage opgaver. Bekymringen for at miste opgaver var mest udtalt i almen praksis. Sundhedscentret beskriver, at der i starten kun kom få henvisninger fra de praktiserende læger. For at etablere et samarbejde afholdt centret derfor informationsmøder og besøgte praktiserende læger og sygehuset for at orientere om centrets tilbud og kvaliteten af den faglige indsats. Der blev desuden udsendt flere informationsbreve fra sundhedscentret. Samarbejdet vurderes af både sundhedscenter og den praktiserende læge som væsentligt forbedret i løbet af projektperioden, og antallet af henvisninger er ligeledes steget gennem perioden. Sundhedscentret mener, at det har haft en stor betydning, at sygehus og almen praksis nu kender sundhedscentrets tilbud. De fleste praktiserende læger henviser i dag borgere til sundhedscentret.

Sundhedscentrets samarbejde med almen praksis og sygehuset er ikke formaliseret gennem skriftlige aftaler og retningslinjer. Den praktiserende læge mener, at det ville være gavnligt for samarbejdet, hvis der blev etableret formelle aftaler mellem det regionale praksisudvalg, det kommunale lægelige udvalg og kommunen. Der peges desuden på, at antallet af hen-

visninger ville være endnu større, såfremt de praktiserende læger fik betaling for henvisninger til sundhedscentret.

Samarbejdsparterne har kun i mindre omfang været med til at udvikle tilbuddene i sundhedscentret. Sygehuset har dog sikret, at sundhedscentret kender til forløbsbeskrivelser på de enkelte områder i sygehusregi, og der er blevet afholdt møder om hvilke KOL-patienter, der kan komme i sundhedscentret samt afklaring af borgernes sikkerhed i forbindelse med træning i sundhedscentret. Personalet i sundhedscentret har desuden modtaget undervisning af specialesygeplejersker fra sygehuset på områderne KOL, hjerteinsufficiens og apopleksi. Der afholdes møder mellem sundhedscentret og sygehuset både inden for de enkelte faggrupper og på tværs af fag og sektor. Møderne har til formål, at sundhedscentret kan holde sig ajour om behandlingsmetoder og indsatsen på afdelingerne samt diskutere informationen ved udskrivinger. Samarbejdet mellem sygehuset og sundhedscentret beskrives som velfungerende og det menes at have lettet samarbejdet, at sundhedscentret har arbejdet evidensbaseret. Ifølge interviewpersonen fra lungemedicinsk afdeling ville det imidlertid have været gavnligt, hvis der havde været lægefaglig kompetence involveret i udviklingen af monitoreringsmetoder.

Sundhedscenteret har modtaget henvisninger af sygedagpengemodtagere fra Fagcenter Arbejdsmarked. Disse borgere er sendt forbi egen læge til udredning og viderehenvist til sundhedscentret. Fra sundhedscentrets side beskrives dette samarbejde som gnidningsfrit. Der har ikke været samarbejde eller koordination med kommunens træningsenheder, som varetager genoptræning, og medarbejderne i centret beskriver, at de ikke kender træningsenhedernes opgaver. Ledelsen i Fagcenter Sundhed forventer dog, at samarbejde på tværs af den kommunale organisation vil blive en vigtig faktor i fremtiden.

## Sammenhæng i forløb

Langt de fleste deltagere i sundhedscentret er henvist fra en praktiserende læge. Der har været information til borgerne om sundhedscentret via radio og tv-kampanjer. Borgere, der direkte henvender sig til sundhedscentret, sendes til udredning hos egen læge, hvorfra de så kan henvises til sundhedscentret.

Sundhedscentret beskriver, at centret bidrager til en øget sammenhæng i indsatsen, idet den praktiserende læge får lettere ved at overtage borgerne efter sygehusindlæggelse, mens borgerne opnår mere viden om deres sygdom, hvilket er vigtigt for deres oplevelse af sammenhæng. Forvaltningschefen og den praktiserende læge mener imidlertid ikke, at borgerne oplever en øget sammenhæng i deres forløb, men i højere grad ser sundhedscentret som et supplement til de eksisterende tilbud og en oplevelse af øget omsorg, nye netværk, viden og redskaber til at håndtere deres sygdom samt øgede ressourcer. Sundhedscentret som et supplement understøttes af, at centret har til opgave at fokusere på borgere inden for områder, som tidligere ikke blev løftet i almen praksis på grund af manglede ressourcer og kompetencer. Sundhedscentret omfatter ikke behandling. Der findes ikke et egentligt alternativ til sundhedscentrets tilbud, men delelementer kan findes i individuelle og private tilbud og i nogle patientforeninger.

Kommunikationen om borgerne foregår via henvisningsblanketter og udskrivningsbreve sendt fra sundhedscentret til den praktiserende læge eller sygehussambulatoriet efter endt forløb i centret. Både lungemedicinsk afdeling og den praktiserende læge mener, at tilbagemeldingen fra sundhedscentret er tilfredsstillende. Det beskrives dog, at manglede IT-systemer er en barriere for sammenhængen i indsatsen, eftersom kommunikationen så skal foregå via breve. Sundhedscentrets personale har udarbejdet henvisningssedler og specificeret en række krav til

hvilke borgere, der kan deltage i forløb på centret. Sygehuset har haft henvisningssedlerne til gennemsyn. Praktiserende læger benytter egne henvisningsedler, men sundhedscentret udtrykker, at flere af disse henvisninger er meget kortfattede, og at lægerne ikke altid har gennemført de ønskede undersøgelser inden henvisning til centret.

I forhold til at sikre sammenhæng mellem sundhedscentret og tiden efter borgeren har været på centret, har sundhedscentret udarbejdet en mappe med lokale tilbud. Mappen bruges meget, og der skrives en dato for, hvornår borgeren starter det nye sted. Der er desuden opfølgende samtaler efter en vis periode. Begge tiltag skal øge sandsynligheden for, at borgerne fortsætter deres livsstilsændringer efter deres forløb i sundhedscentret, men der ønskes mere struktur på opfølgningen.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 938.000 i 2005 til 946.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 12,2 og 12,3 ydelser pr. borger, en stigning på 1% fra 2005 til 2007, men et fald på 1% fra 2006 til 2007. Der er imidlertid vanskeligt at vurdere om den patientrettede indsats kan have påvirket brugen af praktiserende læge.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose steg fra 121 (103 personer) i 2005 til 129 (104 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 1,6 til 1,7. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 6%, og fra 2006 til 2007 var stigningen også på 6%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der en stigning på 5% fra 2005 til 2007, men et fald på 2% fra 2006 til 2007. Det har været en indsats for borgere med diabetes med 72 deltagere, med start april 2006. Denne kan godt være

målbar, men tallene viser ikke en effekt. Dette betyder dog ikke at effekten ikke er der, da tilfældigheder kan sløre effekten.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose faldt fra 290 (158 personer) i 2005 til 230 (137 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 3,8 til 3,0. Faldet fra 2005 til 2007 var på 21%, og fra 2006 til 2007 var der et fald på 17%. Indsatsen for borgere med KOL omfattede 65 borgere med start i juni 2006. Det observerede fald på 60 indlæggelser fra 2005 til 2007 kan dog næppe forklares med denne indsats alene.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose faldt fra 1927 i 2005 til 1878 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 25 til 24. Faldet fra 2005 til 2007 var på 3%, men fra 2006 til 2007 var der en stigning på 6%. Indsatsen for borgere med hjertekarsygdom omfattede 21 borgere med start august 2006. Omfangsmæssigt er den for lille til at have en målbar effekt.

## Løsningsmodel

Sundhedscentret og sygehuset vurderer, at centret har været medvirkende til, at der i kommunen er kommet fokus på rehabilitering og patientrettet forebyggelse, og at centret har synliggjort værdien af rehabilitering. Den praktiserende læge mener, at sundhedscentret har betydet, at der er kommet en højere kvalitet i rehabiliteringen, og at der med sundhedscentret er etableret et tilbud, der ikke var der før, idet sundhedscentret har faglige kompetencer, længere forløb, flere tilbud, træning, pædagogiske tiltag og psykologisk rådgivning.

Sundhedscentrets udformning beskrives af sundhedscentret og samarbejdspartnerne som hensigtsmæssig, mens forvaltningschefen udtrykker at fokus

har været for snævert. Alle interviewpersoner er enige om, at det er nogle relativt dyre forløb. Forløbene i sundhedscentret har været diagnoseopdelt, hvilket har betydet, at det har taget længere tid at samle et hold, og det overvejes derfor at lave mere fleksible hold fremover. Der har været lukkede hold, således at hele holdet starter sammen, og der har ikke været en løbende opstart. Dette vurderes som værende hensigtsmæssigt, da der dermed skabes en holdoplevelse og et fællesskab mellem deltagerne. Det har desuden været vigtigt, at personalet på centret har samarbejdet i en tværfaglig gruppe, idet borgerne ofte har flere sygdomme, og personalet dermed har kunnet sparre med hinanden. Det beskrives som vigtigt, at borgerne skal visiteres, da de dermed er udredt af en læge.

Med hensyn til centrets målgruppe oplever både centret selv og sygehuset, at målgruppen er hensigtsmæssig og bliver nået med tilbuddet i sundhedscentret. For at styrke tilbuddet, foreslår Sundhedscentret dog, at tilbuddet udvides til også at omfatte pårørende, da det vurderes nemmere at nå målgruppen, og lettere for målgruppen at fastholde deres nye vaner. Fra Lungemedicinsk afdeling nævnes, at man skal være opmærksom på transportproblemer i forhold til borgere med KOL, som på grund af åndedrætsbesvær har vanskeligt ved komme rundt, samt at der er behov for et rehabiliteringstilbud til kræftpatienter. Den praktiserende læge beskriver, at det primært er borgere med overvægt og diabetes, som han har henvist til sundhedscentret, mens især borgere med KOL er sværere at motivere.

Medarbejderne oplever, at sundhedscentret er vel forankret i den kommunale organisation. Sundhedscentret lå i første halvdel af projektperioden centralt placeret i den gamle kommune. Efter kommunesammenlægningen den 01.01.07, hvor syv kommuner blev slået sammen til en, ligger Sundhedscenteret nu periferet placeret i den nye Sønderborg Kommune. Cen-

trets fysiske yderlige placering i kommunen og langt fra Fagcenter Sundhed har betydet, at der har været lange arbejdsgange, og at information til tider ikke er nået frem til centret.

Det er besluttet, at sundhedscentret skal nedlægges i sin nuværende form. I stedet har Sønderborg Kommune valgt at etablere et nyt trænings- og sundhedscenter på en ny adresse i Sønderborg. Det nye sundhedscenter vil få et bredere fokus. Det fremtidige center vil ud over den patientrettede forebyggelse også indeholde kommunens træningsenheder og borgerrettet forebyggelse. Den manglende kommunikation mellem træningsenheder og sundhedscenter forventes således også at blive forbedret. Den ændrede struktur skyldes, at det fra forvaltningens side ikke vurderes som meningsfuldt at adskille borgerrettet og patientrettet forebyggelse, og fordi svage målgrupper, herunder ældre, sårbare mødre og nedslidte borgere på arbejdsmarkedet, ikke nås med det nuværende tilbud.

Med det nye koncept kommer der i højere grad fokus på en vurdering af behov, og centret skal dels indeholde egne tilbud og dels have en visitationsfunktion til andre tilbud i kommunen. Det nye center bliver centralt beliggende, hvilket alle interviewpersoner anser som en fordel, idet den geografisk yderlige placering af det nuværende center anses som en ulempe.

Af andre justeringer af sundhedscentret foreslog interviewpersonerne, at kapaciteten øges, således at ventetiden til deltagelse på hold mindskes, samt anderledes sammensatte pakkelsesninger for forløb, mere fleksible tilbud, øget fokus på netværksdannelse samt en mere struktureret opfølgning på deltagerne.

---

---

## Vejle Kommune

### Formål

Formålet med sundhedscenterprojektet i Vejle Kommune var at gøre forsøg med at kombinere en arbejdsmarkedsrettet og en sundhedsrettet indsats. Projektet skulle nedsætte fraværsperioden for sygedagpengemodtagere, som var i risiko for at få et længevarende sygeforløb og tabe arbejdsevnen (kategori 2) ved at sætte ind med en tidlig, hurtig og koordineret indsats.

### Indsats

Projektets indsats bestod af to dele. Dels et tværfagligt team, som afdækkede behov via afklaringssamtaler med den sygemeldte og dels en sundhedsskole med rehabiliteringstilbud af sundhedsfaglig, social og arbejdsmarkedsrettet art. Deltagerne blev på grundlag af deres CPR-numre opdelt i henholdsvis en indsatsgruppe og en kontrolgruppe. Indsatsgruppen blev på i alt 150 personer. Projektet varede som planlagt i 16 måneder og blev afsluttet i juni 2007.

### Organisering

Organisatorisk var sundhedscenterprojektet placeret som en del af Jobcenter Vejle i kommunens arbejdsmarkedsafdeling.

Projektets personale bestod af en projektleder samt en sundhedskordinator og i afdækningsteamet en arbejdsmediciner, en psykolog, en fysioterapeut og en socialrådgiver.

Borgere blev henvist til Sundhedscenterprojektet af sagsbehandlere fra Sygedagpengeafdelingen i kommunens Jobcenter.

Kommunen etablerede sideløbende i januar 2007 et andet sundhedscenter, der nu er forankret under sundhedsudvalget med fokus på genoptræning og kronisk sygdom. Lederen for dette center er den tidligere koordinator for sundhedsprojektets sundhedsskole.

### Implementering

Projektet blev generelt implementeret, som det var planlagt, idet både det tværgående team og de arbejdsmarkedsrettede tiltag blev gennemført. Sundhedsskolen fik imidlertid en mindre plads end forventet, eftersom koordinatoren for sundhedsskolen stoppede, og det blev besluttet i stedet at benytte eksisterende sundhedstilbud i kommunen. Dermed kom den arbejdsmarkedsrettede indsats i højere grad i fokus end den sundhedsrettede indsats.

Det beskrives som vanskeligt at starte en sundhedsskole i en arbejdsmarkedsafdeling, hvor det primære fokus ikke er sundhed. Sundhedsskolekoordinatoren giver samtidig udtryk for, at der ikke var tilstrækkelige ressourcer i projektet, herunder medarbejdertimer, til at gennemføre de planlagte aktiviteter. Koordinatoren varetog derfor selv alle tilbuddene. Deltagerne havde endvidere meget forskellige behov, og det var vanskeligt at danne hold og tilbyde forskellige indsatser, fordi der kun var få deltagere i projektet.

Der har desuden været en stor personaleudskiftning i projektperioden, hvilket sammen med de manglende ressourcer beskrives som grunden til, at centret ikke var i stand til at nå det forventede antal borgere.



## Samarbejdsrelationer

Sundhedscenterprojektets væsentligste samarbejdspartner var de parter, der, som en del af det tværgående afklaringssteam, havde timer i projektet. Det vil sige en arbejdsmediciner, en psykolog, en fysioterapeut og en socialrådgiver. Arbejdsmedicineren og psykologen var frikøbt fra Arbejds- og miljømedicinsk afdeling på sygehuset til sundhedscenterprojektet. Arbejds- og miljømedicinsk afdeling har desuden været med til at udarbejde projektbeskrivelsen med udgangspunkt i et af afdelingens tidligere projekter med titlen KIA-projektet (Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse). Samarbejdet mellem Arbejds- og miljømedicinsk afdeling og sundhedscenterprojektet beskrives fra begge sider som velfungerende. Det har ifølge Arbejds- og miljømedicinsk afdeling været hensigtsmæssigt, at afdelingen var med til at udarbejde projektbeskrivelsen. Afdelingen mener dog samtidig, at der udover de frikøbte medarbejdere ikke har været meget samarbejde, og at opgaverne generelt er kørt adskilt.

Sundhedscenterprojektet havde et forpligtende samarbejde med sagsbehandlere inden for sygedagpengeafdelingen i Jobcenteret, som visiterede borgere til projektet. Det var en udfordring for afklaringssteamet, at borgerne ikke blev henvist regelmæssigt fra socialrådgiverne, og at det ofte tog lang tid at modtage informationer, som var nødvendige for afklaringsarbejdet. Sygedagpengeafdelingen var repræsenteret i projektets styregruppe og har været med til at diskutere visitationsproceduren, men har ellers ikke haft indflydelse på indholdet i sundhedscentret. Lederen af sygedagpengeafdelingen peger på, at det var problematisk, at sundhedscentret ud over at afklare borgernes behov også kunne iværksætte initiativer. Hun beskriver, at det formelt set er forvaltningen, herunder myndighedssagsbehandleren, der skal træffe beslutning om iværksættelse af revalidering, mens andre enheder kan være med til at beslutte indholdet

heraf. Samarbejdet ville ifølge hende have fungeret bedre, hvis sundhedscentret kun havde varetaget afklaringerne, mens sygedagpengeafdelingen iværksatte handling på baggrund heraf.

Andre samarbejdspartner var revalideringsinstitutioner i området: Give Rygcenter, praktiserende kiropraktorer og fysioterapeuter, arbejdspladser og faglige organisationer. Yderligere samarbejdede projektet med andre sundhedsfaglige tilbud eksempelvis apoteker samt det nye sundhedscenter i Vejle Kommune. Disse samarbejdsrelationer beskrives alle som velfungerende. Det oplyses dog, at der opstod et overlap i kommunens opgaver, da det nye sundhedscenter blev etableret i regi af sundhedsafdelingen i forbindelse med Kommunalreformen. Dermed varetog både dette projekt og det nye sundhedscenter forebyggelse.

## Sammenhæng

Fra sundhedscenterprojektet side beskrives opgavefordelingen mellem projektet og kommunens sygedagpengeafdeling som tydelig. Imidlertid beskriver lederen af sygedagpengeafdelingen, at mens der var klarhed i visitationsprocedurerne, var der uklarhed om, hvordan borgerne skulle føres tilbage til sygedagpengeafdelingen og i den forbindelse snitfladen mellem sundhedscenterprojektet og sygedagpengeafdelingens opgaver.

Etableringen af sundhedscenterprojektet har ifølge lederen af sygedagpengeafdelingen samtidig medført ekstra administrative rutiner og dobbeltarbejde, da borgerne først skulle visiteres til projektet og derefter skulle tilbage til sygedagpengeafdelingen. Denne overgang blev yderligere besværliggjort af en mangelfuld tilbagemelding om borgerne fra sundhedscentret.

## Resultater fra registeranalyse

Projektet for sygedagpengemodtagere omfattede 150 personer og er derfor for lille til at have en effekt målt i forhold til forbrug af praktiserende læge med videre. Det er i denne rapport ikke undersøgt, om det er lykkedes at undgå langtidssygemeldinger.

## Løsningsmodel

Generelt beskrives det sundhedscenterprojekt, der blev udviklet i Vejle Kommune, ikke som en hensigtsmæssig model. Projektet beskrives, at have haft en positiv effekt på de borgere, der har været med i projektet, mens det kritiseres for dets organisering.

Det var således en fordel, at borgerne kom hurtigere i arbejde, og at de modtog en tidlig afklaring og en koordineret indsats, som normalt ikke er en del af et jobcenter. Desuden kom der med projektet et sundhedsperspektiv ind i arbejdet med sygedagpengemodtagere.

Derimod beskrives organiseringen i form af et sundhedscenterprojekt under en arbejdsmarkedsafdeling

som uhensigtsmæssig. Sundhed er et nyt arbejdsområde i kommunerne og bør på den baggrund ligge i en afdeling med fokus på sundhed. Lederen af sygedagpengeafdelingen beskriver derudover, som tidligere nævnt, at der var uklarheder i opgavefordelingen mellem projektet og sygedagpengeafdelingen. Hun understreger, at der bør være et klart skel mellem afklaring og handling, og at sidstnævnte hører ind under sygedagpengeafdelingen. Ifølge lederen ville det mest hensigtsmæssige være, at afklaringen lå i sygedagpengeafdelingen, da medarbejderne her kender borgerne bedst. Dette ville desuden fjerne dobbeltarbejde ved visitation og overgang tilbage til sygedagpengeafdelingen.

Den seneste model, hvor projektet benyttede eksisterende sundhedstilbud frem for at udvikle tilbud i eget regi, beskrives ikke som hensigtsmæssig. Personalet oplevede ikke, at kvaliteten i tilbuddene dermed blev sikret. Der arbejdes nu på at lave tilbud i det nye sundhedscenter, som sygedagpengeafdelingen kan henvise til.

Centret lukkede, da den 16 måneders projektperiode var slut. Der er ingen planer om videreførelse af projektet.

---

---

# Vesthimmerlands Kommune

## Formål

Formålet med Sundhedscenter Vesthimmerlands er at øge borgernes sundhedstilstand gennem en udviklende og koordineret sundhedsfremme og rehabiliteringsindsats og gøre borgerne bevidste om, at sundhed er andet end fravær af sygdom. Sundhedscentret skal være en organisatorisk ramme for varetagelsen af sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Sundhedscentret skal desuden være en formidlingsenhed for borgerne, hvor de kan søge inspiration og støtte, et tværfagligt forum og en vidensbank for fagpersoner. Sundhedscentret er desuden blevet det tydelige kommunale tilbud, hvor borgerne kan henvende sig, når behovet er et andet end det område, som de praktiserende læger dækker.

## Indsats

Sundhedscentret har indsatsen inden for både patientrettet og borgerrettet forebyggelse.

Sundhedscentret havde i 2006 tilbud om fysisk træning til sygemeldte borgere, motion på recept, motionsrådgivning, patientuddannelse, et fibromyalgi-projekt og rygestoprådgivning. Det er ikke oplyst hvor mange borgere, der har været ved tilbuddet til sygemeldte, mens der har været mellem syv og tolv deltagere i 2006 ved de øvrige tilbud.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

## Organisering

Sundhedscentret har til huse i en bygning i Farsø, som Vesthimmerlands Kommune overtog ved en delingsaftale med det tidligere Nordjyllands Amt. Byg-

ningen anvendes dels som administrativ base for sundhedscenterprojektet og dels af medarbejderstaben i kommunens genoptræningsfunktion.

Genoptræningen er ikke en del af sundhedscenterprojektet, men begge funktioner refererer ledelsesmæssigt til afdelingschefen for sundhed og forebyggelse, og i husets trænings- og undervisningsfaciliteter foregår både projektaktiviteter og genoptræning. Nogle af sundhedscentrets aktiviteter foregår desuden decentralt i andre lokaliteter som blandt andet lejede træningscentre, svømmehaller og biblioteker.

Sundhedscentret har i perioden marts 2006 til januar 2008 været indplaceret som en stabsfunktion til Sundhedsforvaltningschefen. Pr. 1. januar 2008 har kommunen gennemført en organisationsændring, hvilket har medført en organisatorisk forankring af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i afdelingen for sundhed og forebyggelse. Denne afdeling rummer udover de nuværende projektaktiviteter også genoptræning, sygepleje, forebyggende hjemmebesøg og demensområdet. Projektet har gennem forløbet haft en styregruppe, som udover de kommunale medlemmer (sundhedsforvaltningschefen, økonomimedarbejder og projektlederen) har haft en repræsentant for de praktiserende læger udpeget af Lægekredsforeningen, Sygehus Himmerlands og Regionens kontor for Folkesundhed.

Til størstedelen af sundhedscentrets tilbud kræves henvisning. En række af centrets tilbud kan dog benyttes uden henvisning. Det er hovedsageligt den praktiserende læge, som er henvisende instans, men til nogle tilbud henviser kommunale sagsbehandlere. For en del af centrets tilbud er der brugerbetaling.

Sundhedscentrets personale er en leder (MPH), som ved udgangen af 2007 blev overført til stillingen som afdelingschef for Sundhed og Forebyggelse, men fortsat varetager den overordnede projektledelse samt

<b>Patientrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktiviteter</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Forløb for borgere med kroniske rygmerter – fysioterapi, ergoterapi, psykologi	April 2007	9
Depressionsprojekt: Undervisning og træning for folk med let til middelsvær depression	Maj 2007	16
Patientuddannelse	Oktober 2006	54
Motion på recept: borgere med diabetes type 2 og andre diagnosegrupper bl.a. fedme og iskæmisk hjertesygdom	November 2006	29
Motionstilbud til svækkede borgere – primært diabetes, kræft og gigt	Januar 2007	Ikke oplyst
Rehabilitering – KOL	April 2007	22
<b>Borgerrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktiviteter</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Fysisk træning for sygedagpengemodtagere	Hhv. november 2006 og maj 2007	319
Rygestoprådgivning	Marts 2007	91
Kostvejledning – rettet mod hhv. børn og unge og alle borgere	Hhv. januar og april 2007	21
Motionstilbud – rettet mod hhv. børn og unge, ældre og alle borgere	Opstart fra marts til oktober 2007	193 (registreret)
Fysioterapeutisk rådgivning	Januar 2007	90
Diverse sundhedstjek/events	September 2006 til november 2007	1050
Rådgivning til kommunens personalepolitik	Januar 2007	Rettet mod 3.800 kommunalt ansatte

syv ansatte med en sundhedsfaglig baggrund og en sekretær. Varetagelsen af kommunens sundhedsfremme- og sygdomsforebyggelsesopgaver sker dels ved medarbejdere ansat på projektmidler (fire fuldtidsstillinger, en deltids flexjob stilling), medarbejdere ansat af kommunen (to fuldtids- og en deltidsstilling), eksterne aktører tilkøbt via projektmidler (en halvtids samt diverse ad hoc medarbejdere). Desuden er der tilknyttet en medarbejder, der er finansieret via andre projektmidler til varetagelse af tobaksforebyggelse.

## Implementering

Etableringen af Sundhedscenter Vesthimmerlands har i perioden fra projektet blev formuleret, til det skulle realiseres, undergået store forandringer. Både interne og eksterne myndigheders beslutninger har præget mulighederne for organisering af sundhedscentret. Det ændrede fokus skyldes til dels, at der kom faste opgavedelinger i de nye opgaver, hvortil sundhedscentrets tilbud skulle tilpasses. Sundhedscenterlederen var desuden ikke selv med til at lave ansøgningen, og ved sin ansættelse oplevede hun projektplanerne for omfangsrige. Det endelige fokus

blev valgt af centrets styregruppe med udgangspunkt i hvilke parter, der var parate til samarbejde og ud fra hvilke områder, der var størst behov.

Inden for den patientrettede forebyggelse var fokus i projektbeskrivelsen på genoptræning, indsatser inden indlæggelse, behandlings- og plejekrævende indsatser og sammenhængende patientforløb. Disse indsatser er ikke blevet realiseret. Genoptræning er ikke som tiltænkt blevet en del af sundhedscenterprojektet, men er placeret i samme bygning. Genoptræningen har egen driftsleder, der refererer til afdelingschefen for Sundhed og Forebyggelse, som også er sundhedscenterprojektets leder. De dele af projektbeskrivelsen, der vedrører sammenhængende patientforløb og indsatsen over for borgere forud for planlagte sygehusbehandlinger, afventer overordnet koordinering mellem Region Nordjylland og kommunen og er en del af processen vedrørende sundhedsaftaler. Ifølge projektbeskrivelsen skulle sundhedscentret etablere et samarbejdsorgan med sygehusvæsenet og de praktiserende læger med henblik på at tilrettelægge en arbejdsdeling og sikre sammenhængende patientforløb. Dette er ikke blevet oprettet. Der er i stedet som listet ovenfor etableret rehabiliteringsindsatser for kronisk syge, som blandt andet Motion på Recept og KOL-rehabilitering. Ingen af disse indsatser er beskrevet i projektbeskrivelsen, men er tolkninger af projektbeskrivelsens rehabiliteringstanker.

Angående den borgerrettede forebyggelse er der som planlagt rådgivnings- og undervisningsindsatser samt indsatser for at sikre en fastholdelse på arbejdsmarked. Efter en intern midtvejsevaluering er der for 2008 planlagt og igangsat projekter på to områder, hvor der i forhold til projektbeskrivelsen endnu ikke har været udbudt tilstrækkelige aktiviteter. Det drejer sig om indsatser over for offentlige og private arbejdspladser samt over for børn og unge. Af projektbeskrivelsen fremgår det, at indsatsen over

for børn og unge skulle omfatte en målrettet indsats over for daginstitutioner og skoler for at fremme børnenes sundhed, men denne indsats varetages i stort omfang af et andet projekt i Vesthimmerlands Kommune. I projektbeskrivelsen er der desuden fokus på truede børn. Sundhedscentret har dog ikke igangsat indsatser på dette område, hvilket de til dels forklarer med, at socialområdet, som den vigtigste samarbejdspartner på dette område, har haft intern uro og har undergået personaleudskiftning. Sundhedscentret har imidlertid, på baggrund af den kommunale sundhedsprofil fra 2007, igangsat et projekt til forebyggelse af udvikling af overvægt hos børn og unge, som bygger på en systematisk tværfaglig indsats.

Der er endvidere tilføjet en ny selvstændig målsætning i forhold til projektbeskrivelsen, hvilket er at synliggøre sundhedscentret. Som virkemiddel til dette har tilbud om sundhedstjek været anvendt på stande på messer, markeder og lignende. Sundhedscentret har oplevet, at det generelt har taget relativt lang tid at få sat de enkelte aktiviteter i gang, og de har derfor ikke gennemført mange hold. Holdene har dog været fyldt op. Den langsommelige opstart er også bemærket hos de praktiserende læger, der mener, at det har været tungt at få sundhedscentret op at stå.

I forhold til ansøgningen, er der på ledelsessiden sket den ændring, at de i ansøgningen angivne to stillinger som henholdsvis administrativ leder og faglig koordinator er besat på den måde, at lederen af sundhedscentret varetager begge funktioner og støttes i den administrative ledelse af en souschef.

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscentret har erfaret, at et tværfagligt samarbejde tager tid at få etableret. Problemer i forhold til at gennemføre planerne skyldes strukturelle forhindringer og ikke en manglende interesse fra sam-

arbejdsparterne. Kommunalreformen har betydet, at de, der har haft en interesse i at samarbejde med centret, har haft travlt i forvejen

Sundhedscentret har en række samarbejdspartnere, hvor de praktiserende læger nævnes som en af de vigtigste. De praktiserende læger har eksklusiv henvisningsret til Motion på Recept og til KOL-projektet. Lægerne har fra januar 2008 også henvisningsret til Depressionsprojektet, som tidligere var forbeholdt beskæftigelsesafdelingen. Lægerne henviser desuden løbende til sundhedscentrets tilbud vedrørende fysioterapeutisk rådgivning og rygestopkurser, ligesom fysioterapeuterne løbende er i kontakt med læger i forbindelse med projekt Fysisk Træning for Sygedagpengemodtagere.

Samarbejdet mellem sundhedscentret og de praktiserende læger er nu velfungerende. I starten var det et problem, at lægerne henviste for få borgere, men nu henviser næsten alle kommunens læger til sundhedscentret. Det der forekommer sværest i samarbejdet er, ifølge den interviewede læge kommunikationen, og at få formidlet centrets tilbud til relevante parter. Han mener dog, at de fleste læger nu kender til centrets tilbud. Det ville imidlertid være centralt for samarbejdet, hvis centret kunne kommunikere elektronisk med lægerne, da det blandt andet har været en barriere at henvisningerne ikke er elektroniske. Det opleves desuden af den praktiserende læge som problematisk at nogle hold på grund af stor popularitet blev lukket for tilgang og ikke er blevet et vedvarende tilbud, de har kunnet henvise til. I forhold til kommunikationen beskrives det som vigtigt, at sundhedscentret 1. januar 2008 har fået ansat en praksiskoordinator og har haft en læge med gode formidlingsevner med i styregruppen.

Regionen er repræsenteret i Sundhedscentrets styregruppe. Sundhedscentret er kommunens repræsentant i forbindelse med samarbejde med Region

med hensyn til kommunens sundhedsprofil og sundhedsportalen. Sundhedscentrets samarbejde med sygehuset består i, at sygehuset henviser de lettere KOL-patienter (lungefunktion over 50%) til KOL-projektet. Samarbejdet beskrives som velfungerende, men har været mærket af, at sygehuset har haft travlt med andre ting. Der har været en interesse fra sygehusets side, men ikke overskud. Sundhedscentret har frikøbt timer ved en KOL-sygeplejerske fra sygehuset, hvilket har haft en positiv effekt på samarbejdet.

Hvad angår samarbejdet med andre kommunale instanser finder det tætteste samarbejde sted med beskæftigelsesafdelingen og vedrører sundhedstilbud til sygedagpengemodtagere. Beskæftigelsesafdelingens Jobcenter og sygedagpengeteam har haft eksklusiv henvisningsret til Projekt Fysisk Træning for Sygedagpengemodtagere samt til Depressionsprojektet i 2007. Samarbejdet er velfungerende, hvilket forklares med, at parterne kendte hinanden på forhånd og har kunnet se et fælles formål. Fra jobcentrets side er der dog et ønske om, at deres medarbejdere informeres bedre, og de oplever desuden en barriere i, at sundhedscentret i nogle tilfælde er trådt ind over jobcentrets myndighedsopgaver. I forhold til kommunens teknik- og miljøforvaltning er der etableret et samarbejde om udvikling af mulighederne for oplevelsesbaseret brug af naturen og med kultur- og fritidsforvaltningen og et samarbejde om blandt andet udvikling af idrætshallerne og motion i det grønne. Der samarbejdes desuden med hjemmeplejen, som kan formidle flere af sundhedscentrets tilbud til borgere, de er i kontakt med.

I forhold til frivillige organisationer finder der også et samarbejde sted med sundhedscentret, som består i, at centret kan støtte med midler, og at sundhedscentret kan udsluse borgere til de forskellige foreninger. Sundhedscentret er desuden gået aktivt ind i samarbejdet med patientforeninger om "Gå i gang" projektet.

## Sammenhæng i tilbud

Sundhedscentret anser etableringen af centret for at have skabt stor sammenhæng i borgernes forløb internt i kommunen, særligt hvad angår tilbuddet til sygedagpengemodtagere. Centret skaber endvidere en sammenhæng i borgernes forløb i kraft af, at centret henviser borgere med KOL og diabetes videre til andre tilbud i foreningslivet i kommunen. Den praktiserende læge mener ikke, at der er skabt en væsentlig større sammenhæng i tilbuddene endnu, men han ser dog potentiale i mange af projekterne. Manglende IT-systemer opleves generelt som en barriere for at skabe sammenhæng. Det opleves ikke, at der findes alternativer til sundhedscentrets tilbud.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 390.000 i 2005 til 428.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 10,0 og 11,3 ydelser pr. borger, en stigning på 13% fra 2005 til 2007, heraf med 7% fra 2006 til 2007. Den borgerrettede indsats har omfattet op mod 2000 af kommunens 39.000 borgere, og da meget af den er foregået i løbet af 2007 kan man ikke forvente en målbar effekt.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose faldt fra 84 (65 personer) i 2005 til 78 (65 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 2,14 til 2,05. Faldet fra 2005 til 2007 var på 4%, og fra 2006 til 2007 var der en stigning på 9%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der uændret fra 2005 til 2007, men en stigning på 10% fra 2006 til 2007. Der har været igangsat motion på recept i slutningen af 2006 for blandt andet borgere med diabetes 2 med 41 deltagere i alt samt patientuddannelse. Der kunne derfor godt være en målbar effekt, og de seks færre indlæg-

gelsler virker ikke urealistisk, men ændringen kan mindst lige så vel skyldes tilfældigheder.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose steg fra 157 (99 personer) i 2005 til 182 (111 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 4,0 til 4,8. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 20%, og fra 2006 til 2007 var der en stigning på 65%, hvor sidstnævnte er en signifikant stigning. KOL-indsatsen blev påbegyndt april 2007 med 22 deltagere, og dette er nok for lidt og for sent til at det kan have en målbar effekt. I hvert fald viser tallene det modsatte.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose steg fra 931 i 2005 til 1023 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 24 til 27. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 13%, og fra 2006 til 2007 var der en stigning på 1%. Førstnævnte stigning er på grænsen til signifikans. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med hjertekarsygdom, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med indlæggelse for blodprop i hjertet.

## Løsningsmodel

Etableringen af sundhedscentret har betydet, at der bliver skabt muligheder, der ikke var der tidligere, at det tværkommunale samarbejde er blevet fremmet, og at der nu er ét samlet sted med flere tilbud, hvilket forbedrer muligheden for, at borgeren får det mest relevante tilbud. Projektet har yderligere gjort, at kommunen har fået sat sundhed på dagsordenen og skabt en øget opmærksomhed på kommunens forebyggelige sundhedsproblemer. Jobcentret oplever, at etableringen af sundhedscentret har givet nye muligheder for jobcentret via et øget fokus på sundhed

og en mulighed for at metodeudvikle, hvor jobcentret tidligere har købt enkelt ydelser.

Medarbejdere i sundhedscentret anser det for hensigtsmæssigt, at man med den valgte sundhedscentermodel har samlet aktiviteterne ét sted og skabt et fagligt miljø, hvor der udveksles viden. Ydermere anses det for at fungere godt, at centret også har mobile tilbud og kan komme ud til borgerne. Ulempen ved de decentrale tilbud er dog, at det er tidskrævende for medarbejderne. Det beskrives som positiv, at centret er ét fysisk sted, blandt andet fordi lægerne herved bedre kan forholde sig til, hvor det er, de sender borgerne hen. Placeringen af sundhedscentret opleves imidlertid som en ulempe, idet det ligger langt væk for nogle af kommunens borgere, og det er samtidig et problem, at der ikke er installeret en elevator i bygningen.

Det opleves, at de forskellige visitationsformer til projekterne har fungeret hensigtsmæssigt. I nogle tilfælde er det godt, at borgerne kan komme uden henvisning, mens et henvisningskrav i andre tilfælde sikrer, at alle typer mennesker kommer til centret samt, at lægen er informeret herom.

Hvad angår fremtiden for Sundhedscenter Vesthimmerlands afventes budgetforhandlingerne. Der er generelt få midler til forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen og forvaltningschefen i sundhedsforvaltningen forventer, at der, når puljemidlerne udløber, stadig vil være et sundhedscenter, men med færre aktiviteter, hvoraf skal-opgaverne vil være de, der bliver udført. Den interviewede politiker forventer imidlertid, at hovedparten af aktiviteterne vil fortsætte.



---

---

## Vordingborg Kommune

### Formål

Det overordnede formål med Sundhedscenter Stege i Vordingborg Kommune er at fremme sundhed, forebygge sygdom og tilbyde rehabilitering for den brede del af befolkningen samt specifikke grupper, herunder udsatte familier. Lighedsperspektivet er vigtigt. Sundhedscentret skal bygge bro mellem kommunen og sundhedsvæsenet og understøtte samarbejde mellem primærsektor, sygehuse og andre sundhedsaktører. Centret er samtidig et metodeudviklingsprojekt, og indsatsen skal være evidensbaseret.

### Indsats

Sundhedscentret har i projektperioden primært arbejdet med borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme inden for rygning, kost og motion. Centret varetager dog også patientrettet forebyggelse og tilbyder anonym psykologisk rådgivning.

I 2006 havde sundhedscentret etableret tilbud til børnefamilier med særlige behov, kostvejledning, besøg fra sundhedsplejersker hos familier med børn på 2½ år, tilbud til overvægtige børn, åben psykologisk rådgivning og sygestuer til plejkrævende efter indlæggelse. Det fremgår, at 59 borgere har været i kontakt med den åbne psykologiske rådgivning.

Omstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

Udover aktiviteterne ovenfor har sundhedscentret iværksat aktiviteter så som motions- og naturtilbud for børnefamilier, gåture for ældre, lungefunktions-test ved International KOL dag og foredrag om kost.

### Organisering

Sundhedscenter Stege er indrettet i et tidligere sygehus. Sundhedscentret rummer og udfører både regionale, kommunale og private sundhedsopgaver. De regionale opgaver er radiografisk afdeling, laboratorium, skadeklinik, akutbil, jordemoderkonsultation og høreklinik. Den kommunale del omfatter sundhedsplejersker distrikt Møn og Bogø, børnetandklinik for Møn området, træning og genoptræning med fysio- og ergoterapeuter, familieterapeut, sundhedsfremme og rehabilitering samt åben psykologisk rådgivning. Der afholdes derudover en del kurser og projektaktiviteter i sundhedscentret. Bevillingen fra sundhedscenterpuljen omfatter den kommunale sundhedsfremme og rehabilitering. Den private del består af Kirurgisk klinik samt Privathospitalet Møn.

Sundhedscentret rummer Vordingborg Kommunes Fagsekretariat Sundhed, der udgør kommunens administrative center for sundhedsområdet. Fagsekretariatet danner sekretariat for Vordingborg Kommunes Sundhedsudvalg og Folkesundhedsråd, der blev nedsat i juni 2007. Sundhedscentrets chef er samtidig sundhedschef i Vordingborg Kommune.

Sundhedscentrets personalegruppe, der er ansat med varierende timeantal, består af en sundhedschef/sundhedscenterchef (tandlæge, ph.d.), en sundhedskoordinator (sygeplejerske), fire projektledere (jordemoder/antropolog, psykolog, cand. scient. humanfysiologi og ergoterapeut), en rygestopkoordinator (sygeplejerske), en patientrettet forebygger (sygeplejerske), en projektkoordinator (sundhedsplejerske, MPH), en jurist, to ernæringskonsulenter (cand. scient. i human ernæring og økonoma), en terapeutisk kostvejleder, en naturvejleder, to fysioterapeuter, en kommunikationsmedarbejder (cand.com.), en formidlingsmedarbejder (fotograf, IT) samt to administrative medarbejdere.

<b>Patientrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktiviteter</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Motion på recept – 6 mdr. forløb	Oktober 2005 – November 2006	21 (3 hold)
Individuel kostvejledning	Januar 2006	40
Hjerteforeningen afholder ca. 4 caféaftener i sundhedscentret om året.	August 2006	Ca. 20 deltagere 4 gange om året
Patientuddannelse	November 2007	54 (3 hold)
<b>Borgerrettet forebyggelse</b>	<b>Opstart af aktiviteter</b>	<b>Antal borgere i 2007</b>
Gratis, anonym, åben psykologisk rådgivning	Oktober 2005	175
”Luft livet ture” i samarbejde med Skov- og Naturstyrelsen	Januar 2006	2.000
Konsulentbistand i form af ideer, erfaringer samt inspiration til de enkelte institutioner om mad- og måltidspolitik	Januar 2006	-
Folkesundhedspladser og uddannelse af frivillige instruktører med DGI	August 2006	600
”Sundhedsbroen” – kompetenceudvikling af sundhedsfagligt personale i Vordingborg Kommune og Femern	September 2006	125
” Kommunens plan mod overvægt 2005”. Kost og bevægelse i skolen.	November 2006	60
Rygestopkurser – for borgere, arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner	Januar 2007 og august 2007	350
Kampagner, herunder ”Gang i Danmark/Vordingborg”, ”Store cykeldag” og Get Moving for skoleklasser	Oktober 2006	1.000
Projekt ”Lighed i Sundhed” med løsningsfokuserede samtaler, motion og kost for dagpengemodtagere	August 2007	20
Udarbejdet ”Sundhedsprofil” om borgernes forbrug af sundhedsydelser samt borgernes sundhedstilstand 2007	2005 samt september 2007	

Der er nedsat en bestyrelse for centret bestående af politikere og embedsmænd fra Storstrøms Amts sundhedsforvaltning, politikere og embedsmænd fra kommunen, en repræsentant fra Ældre- og Handicaprådet og fra ”Stege sygehus venner” samt en styregruppe bestående af en repræsentant fra sygehuset, fra kommunens sundhedsforvaltning og fra sundhedscentret.

De fleste borgere er henvist til sundhedscentret af praktiserende læger, herunder til patientskolen, hvor borgeren skal være udredt og til ”Motion på recept”, der dog nu er stoppet. Dertil kommer at kommunens sundhedsplejersker kan henvise skolebørn til projektet om overvægt, mens sagsbehandlere kan henvise ledige dagpengemodtagere til projektet om lighed i sundhed. Derudover kan borgerne selv henvende sig til rygestopkurser og åben anonym psykologisk rådgivning.

## Implementering

Sundhedscentret oplyser, at der er sket et gradvist skifte i formålet, idet centret har udviklet sig fra at have fokus på forebyggelse af sygehusindlæggelser til at styrke lokale tilbud om sundhedsfremme og skabe rammer for sund levevis. Der er således gennemført en række indsatser inden for rygning, kost og motion. Sundhedscentret har i særlig grad udviklet tilbud i naturen. Herunder et tilbud til udsatte borgere, som måske synes, at det er lettere at sige ja tak til et sådant tilbud frem for at træne i et fitness center.

Der er samtidig sket justeringer i forhold til den oprindelige projektbeskrivelse. Det planlagte værksted for udsatte familier er med Kommunalreformen overgået til regionen, og sundhedscentret har i stedet iværksat et projekt om lighed i sundhed, hvor målgruppen er arbejdsløse faglærte og ufaglærte dagpengemodtagere. En anden ændring er, at der ikke er ansat en forebyggelseskonsulent til børne- og ungdområdet. I stedet arbejder flere medarbejdere bredt med forebyggelse, og der er etableret et tæt samarbejde med Fagsekretariat Børn og Unge, ligesom centret har igangsat et projekt rettet mod overvægtige unge. Genoptræningsopgaven er ikke som oprindeligt planlagt en del af bevillingen, men er fortsat placeret organisatorisk i sundhedscentret, idet den ledende fysioterapeut har kontor i sundhedscentret, og planlægningen udgår herfra.

At fokus har flyttet sig fra de patientrettede aktiviteter over mod de borgerrettede aktiviteter begrundes med, at kommunen har fået et øget politisk fokus på de borgerrettede aktiviteter. Desuden er medarbejderne til de patientrettede opgaver fratrådt i løbet af projektperioden, og der er tiltrådt en ny sundhedscenterchef, der er mere optaget af borgerrettede tilbud. Desuden kræver den borgerrettede indsats kun i mindre udstrækning samarbejde med sundhedsaktører. Sundhedscentret oplyser, at der tidligt opstod

vanskeligheder i samarbejdet med praktiserende læger, og at centret ikke fik de nødvendige informationer fra sygehuset for at oprette tilbud på hjerteområdet.

Der har derudover været en del udskiftninger blandt medarbejderne, langtidssygemeldinger og stress, hvilket har drænet fokus og ressourcer. Desuden har det været en barriere, at centret skal udvikle alle tilbud fra grunden og ud fra lokale muligheder og behov. Dette er ressourcekrævende. Det oplyses dog, at der er kommet mere energi ind i centret og et fornyet engagement.

Sundhedscentret er indgået i kommunens sammenlægningsproces, hvilket har givet sig udtryk i, at der har været politisk uenighed om, hvor centret skulle ligge. Denne uklarhed har været en stor barriere for udviklingen og forankringen af centret. Det er dog vurderingen, at der generelt er stor politisk opbakning til sundhedscentret, og at der i det hele taget er et stort politisk fokus på at sikre lokalt forankrede sundhedstilbud.

## Samarbejdsrelationer

Sundhedscentret har en række samarbejdspartnere og udveksler løbende faglige informationer på koordineringsmøder. Det oplyses, at samarbejdet generelt fungerer bedst, hvor de organisatoriske strukturer understøtter relationerne, og med engagerede partnere, for eksempel på idrætsområdet.

Samarbejdet med de praktiserende læger er formaliseret og består i, at lægerne kan henvise til patient-skoler og tidligere til "Motion på Recept". Samarbejdet har været vanskeligt, og lægerne har været svære at få kontakt med. Centret vurderer, at en del af årsagen skyldes kommunens karakter af yderområde med store geografiske afstande, og en praktiserende læge

angiver, at lægerne ikke har haft interesse i at afsætte ressourcer til at præge organisationen. Der er nu ansat en praksiskoordinator, som sammen med centret tilrettelægger informationen til samtlige læger. Det angives, at der er klarhed i fordelingen af arbejdsopgaver og ansvar mellem centret og de praktiserende læger. Hvis henvisninger fra praktiserende læger ikke er udfyldt korrekt, så diskuteres dette. Samarbejdet ser ud til at lysne i forhold til centrets KOL-indsats i 2008, hvor der nu kommer henvisninger fra stort set alle praktiserende læger. Praksiskoordinatoren udtrykker tilfredshed med, at der nu er kommet mere fokus på borgere med kronisk sygdom og bifalder en aflastning af de opgaver, der ikke er lægelige ydelser så som diætist, motion og rygning.

Sygehuset deltog i udarbejdelsen af ansøgningen om puljemidler og prægede det oprindelige formål med sundhedscentret. Centret blev skabt i forbindelse med nedlukningen af Stege sygehus. I dag rummer bygningen regionale og kommunale aktiviteter, som medfører at sygehuset overlever. Imidlertid er samarbejdet mellem centret og sygehuset ikke kommet op at køre som planlagt. Der udveksles ikke faglige informationer. Dette begrundes i, at sygehuset ikke har kunnet stille de ønskede lægefaglige specialister til rådighed for centret. Der har manglet personer til at løfte opgaven og også til at overbevise aktørerne i sygehuset om, at specialisterne kunne tages ud. Desuden har centret været belastet af udskiftninger på personalesiden. På det regionale niveau samarbejder sundhedscentret derudover med forvaltningen om udformning af sundhedsaftaler og sager vedrørende den fælles bygning.

Samarbejdet med de øvrige fagsekretariater i Vordingborg Kommune omfatter især Børn og Unge samt Natur området. Det politiske fokus er i høj grad på børn og unge, og centret har fokus på skoleområdet, hvor centret vil være på forkant med at forebygge og fungere som sparringspartner. Det angives samtidig,

at der ikke er tradition for at samarbejde på tværs i kommunerne, eksempelvis med Jobcentret, hvilket ellers kunne være en fordel.

Sundhedscentret samarbejder derudover med en række andre parter, herunder patientforeninger i forhold til patientuddannelse og patientskoler, apoteker i forhold til afholdelse af rygestopkurser, DGI og Skov og Naturstyrelsen i forhold til motion og brug af naturen. Skov og Naturstyrelsen og sundhedscentret har udarbejdet en samarbejdsaftale, og tre dage om ugen sidder en naturvejleder på centret. Naturvejlederen er med i de projekter, hvor der kan indtænkes aktiviteter i naturen. Det er hensigten, at borgerne efter endt forløb i centret selv skal fortsætte med at bruge naturen og være aktive. En sidste væsentlig partner, som sundhedscentret peger på er Sundhedsstyrelsen, fordi centret sparrer med styrelsen i mange projekter, hvilket fungerer godt.

## Sammenhæng i tilbud

Sundhedscentret har generelt informeret borgerne om sundhedscentret og dets tilbud gennem eksposering i lokale medier og ved at være meget opsøgende i projekterne. Der kræves primært henvisning fra praktiserende læge, på nær til de åbne tilbud om rygestop og psykologisk rådgivning samt et par projekter, der er målrettet særlige grupper.

Det vurderes, at sundhedscentret ikke har skabt mere sammenhæng i borgernes forløb, eftersom dette ikke er centrets mål lige nu. Centret håber på, at der på rehabiliteringsområdet kan opnås mere sammenhæng. Sygehuset vurderer, at etableringen af centret har været med til at skabe tryghed for borgerne efter at sygehuset er nedlagt.

Som opfølgning på borgernes kontakt med centret planlægges det at etablere samarbejde med kommu-

nens motionscentre og frivillige motionsaktiviteter så som stavgang samt idrætsforeninger.

Det oplyses, at der i privat regi findes alternativer til de fleste af sundhedscentrets tilbud. Disse er dog ikke gratis, og der findes ikke mange motionscentre i kommunen. Det fremhæves, at sundhedscentret – til forskel fra de andre tilbud – gør meget ud af at markedsføre sig for særlige grupper. Desuden vurderer centret, at ikke alle praktiserende læger tilbyder deres patienter rådgivning i forhold til livsstilsrisikofaktorerne.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 483.000 i 2005 til 493.000 i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 10,4 og 10,6 ydelser pr. borger, en stigning på 1% fra 2005 til 2007, men et fald på 2% fra 2006 til 2007. Der har været en række borgerrettede indsatser, med i alt omkring 4000 deltagere. Hovedparten af deltagere har imidlertid været til gåture og kampagner, hvor det vil være vanskeligt at se en direkte sammenhæng med brug af almen praksis.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose steg fra 76 (69 personer) i 2005 til 105 (86 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 1,6 til 2,3. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 37%, og fra 2006 til 2007 var stigningen på 14%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der en stigning på 18% fra 2005 til 2007, og en stigning på 10% fra 2006 til 2007. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med diabetes, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med diabetesindlæggelser.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose steg fra 81 (66 personer) i 2005 til 111 (80 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere steg i denne periode fra 1,8 til 2,4. Stigningen fra 2005 til 2007 var på 36%, men fra 2006 til 2007 var der et fald på 20%. Stigningen skete fra et forholdsvist lavt niveau. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med KOL, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med KOL-indlæggelser.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose steg fra 1305 i 2005 til 1316 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere var i denne periode konstant 28,2. Der var altså ingen ændring fra 2005 til 2007, men fra 2006 til 2007 var der en stigning på 3%. Centret har tilbudt patientuddannelse og ikke en forebyggelsesindsats rettet specifikt mod borgere med hjertekarsygdom, hvorfor det er vanskeligt at vurdere en eventuelt sammenhæng med indlæggelse for blodprop i hjertet.

## Løsningsmodel

Sundhedscentrets medarbejdere mener, at centret betyder meget for sundheden i kommunen. Det forventes, at borgerne bliver sundere og lever længere. Særligt fremhæves indsatsen inden for rygestop og overvægt, hvor erfaringer viser positive resultater. Centret går meget op i at iværksætte evidensbaserede aktiviteter. Politikerne fremhæver derudover, at borgerne har fået større forståelse for egen indsats og er mere aktive.

Det fremhæves som en fordel, at centrets aktiviteter fletter ind i kommunens fagsekretariat og ind over sundhedsudvalgets dagsorden, hvilket giver en central placering og samtidig en bred horisont på sundhedsområdet. Sygehuset nævner det som en fordel, at bygningen rummer forskellige tilbud, herunder og

så et privat hospitalet. Der udtrykkes politisk et ønske om også at placere praktiserende læger i bygningen. Lægerne har imidlertid indtil videre ikke vist interesse herfor. Sundhedscentret udgøres af en meget blandet medarbejdergruppe. Dette angives at medføre en stor tværfaglighed, mulighed for gensidig inspiration og en højere kvalitet i tilbuddene.

Ulempen ved sundhedscentermodellen er bygningerne, der er placeret i et tyndt befolket område geografisk langt væk fra borgerne. Det ville være mere optimalt at ligge i Vordingborg. Politikeren fremhæver, at placeringen på sygehuset er god og i fine omgivelser, men at mange af borgerne dermed også tror, at centret er et behandlingssted. Sundhedscentret er dog ikke bundet af bygningerne og holder kurser på skift tre steder i kommunen. Her udgør træningsfaciliteterne imidlertid en barriere, idet kapaciteten er for lille, og centret derfor skal booke sig ind i eksisterende træningsfaciliteter.

De borgere der benytter centret kommer primært fra Møn, hvor centret ligger. Borgerne med kroniske sygdomme henvender sig selv i centret, en rygestop instruktør "sælger" sine kurser til arbejdspladser, hvor der er massivt mange rygere og ellers forsøger centret at være opsøgende i forhold til målgrupperne.

Sundhedscentret ønsker fremover at bruge ressourcerne på at konsolidere driftstilbuddene, dog uden

helt at glemme det udviklingsorienterede perspektiv. Centret ønsker også at komme ordentligt ud at skabe synlighed, så borgerne kender tilbuddene. Desuden skal der gennemføres evalueringer af indsatsen. Sygehuset foreslår i denne forbindelse, at centret går i tæt samarbejde med de øvrige kommuner inden for regionen med henblik på at samarbejde og udvikle kompetencer.

Det er planen, at der skal tilbydes sygdomsspecifik forebyggelse. Der skal i efteråret 2008 oprettes patientskoler, hvor borgerne får fysisk træning og mulighed for at tilegne sig viden og handlekompetencer inden for fire udvalgte folkesygdomme (KOL, diabetes, hjerte/kar og kræft). Politikeren nævner, at hun derudover også gerne ser, at centret gør endnu mere for børn.

Som et ønskescenarium nævnes etableringen af filialer i Vordingborg og Præstø, således at tilbuddene decentraliseres. Der kunne eventuelt gennemføres aktiviteter på skift mellem stederne.

Der er ikke fastsat konkrete planer for, hvad der sker, når bevillingen løber ud. Sundhedscenterlederen har gjort politikerne opmærksomme på, at bevillingen løber ud. Der synes dog at være stor politisk interesse for området. Kommunens politikere har senest prioriteret sundhed som en ud af fem indsatsler.

# Århus Kommune

## Formål

Sundhedscenter Århus skal være med til at skabe rammer for borgernes sundere levevis. Formålet er at støtte mennesker med kronisk sygdom i at få et liv så tæt på det normale som muligt. Yderligere skal centret støtte mennesker, som endnu ikke er syge og formidle viden om, hvordan de undgår at udvikle en kronisk sygdom. Sundhedscentret skal i forhold til det øvrige sundhedsvæsen være mindre sygdomsfikseret og i stedet tage udgangspunkt i, hvad borgeren ser som det primære problem. Sundhedscentret skal endvidere fremme koordinering og helhed i sundhedsindsatsen og udgøre en "paraply" over de etablerede kommunale sundhedsklinikker.

## Indsats

Sundhedscentret har sit primære fokus på den patientrettede forebyggelse, men har også iværksat borgerrettede forebyggelsestiltag.

Sundhedscentret havde i 2006 startet sundhedssamtaler for alle borgere, sundhedskurser for borgere

med KOL, hjertekarsygdom og diabetes 2 samt afholdt aftenforedrag og Åbent Hus arrangementer. Der har været 42 kursister til sundhedskurserne med næsten lige mange inden for de tre diagnoser. Det er ikke oplyst hvor mange, der har fået sundhedssamtaler eller deltaget ved foredrag og åbent hus.

Nedenstående tabel omhandler centrets aktiviteter i 2007. Det fremgår, hvornår aktiviteten er opstartet og hvor mange borgere, der har været i 2007.

## Organisering

Sundhedscentret udgør et tilbud, som primært forudsætter henvisning fra en praktiserende læge.

Sundhedscentret er fysisk placeret i en lejet bygning i den centrale del af byen. Sundhedscentret råder over 570 kvadratmeter fordelt på to etager. Centret huser både samtalerum, undervisningslokaler, et træningslokale og kontorer for både medarbejdere og patientforeninger. Sundhedssamtaler og sundhedstjek foregår desuden både i centret og ved sundhedsarrangementer i byen.

Patientrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Sundhedskurser for borgere med KOL, diabetes og hjertekarsygdom (undervisning og træning)	December 2006	KOL: 68
Rygestophold for borgere med KOL, diabetes og hjertekarsygdom	April 2007	Diabetes: 64 Hjerte: 48
Vægttabshold for borgere med KOL, diabetes og hjertekarsygdom	Februar 2007	Andre: 19
Kursisteftermiddage for nuværende og tidligere kursister	Oktober 2007	
Borgerrettet forebyggelse	Opstart af aktiviteter	Antal borgere i 2007
Motiverende sundhedssamtale	November 2006	263 henvendelser i alt til begge tilbud
Sundhedstjek	April 2007	

Sundhedscentret hører organisatorisk under den tværmagistratslige Sundhedsstab, som ledelsesmæssigt er forankret under direktøren i magistraten for Sundhed og Omsorg.

Medarbejderne i sundhedscentret består af sundhedscenterchefen (sygeplejerske, stud. MPH og diplomlederuddannelse), tre sygeplejersker, en socialrådgiver, en diætist, to fysioterapeuter og en administrativ medarbejder. Der arbejdes i team på tværs af faggrupperne. Der er derudover i sundhedsstaben ansat en praksiskonsulent tre timer om ugen.

## Implementering

Der er ikke foretaget væsentlige ændringer i forhold til den oprindelige projektbeskrivelse. Af ændringer kan nævnes, at der er oprettet separate væggtabs- og rygestophold i forlængelse af 12 ugers kursusforløbet. De nye tilbud er en afspejling af sundhedsprofilen for borgerne i kommunen. Af projektbeskrivelsen fremgik, at sundhedscentret skulle medvirke til etablering af yderligere 11 sundhedsklinikker ved de samdriftede lokalcentre i Århus Kommune senest sommeren 2007. Målet blev nået til tiden. Yderligere har centret, som opfølgning på resultaterne af en delevaluering, i samarbejde med DGI oprettet månedlige kursisteftermiddage for tidligere og nuværende kursister med henblik på netværksdannelse, erfaringsudveksling og træning.

Sundhed og Omsorg har indgået en skriftlig samarbejdsaftale med Folkeoplysning og Ældresagen. Den indebærer blandt andet, at Sundhedscentrets fysioterapeuter tilbyder instruktion til selvtræning i træningsudstyret i FO-huset. Alle kan henvende sig, og tilbuddet er gratis. Efter instruktion kan man træne ubegrænset i FO-husets åbningstid.

Der er sket ændringer i målgruppen. Det nævnes, at centret i projektperioden har fravalgt fokus på borgere med osteoporose, da man var nødt til at afgrænse indsatsområderne, og fordi praktiserende læger foreslog, at der blev udvalgt målgrupper med behov for nogenlunde samme tilbud.

I forbindelse med sundhedscentrets voksende udadgående aktiviteter har kommunen i projektperioden bevilget en medarbejder mere. Yderligere arbejdes der på opstart af patientuddannelse efter Standfordmodellen, hvortil der er søgt licens. Sundhedscentret vurderer, at det har lettet gennemførelsen af planerne, at det ansatte team har fungeret godt og har været dygtige til at arbejde tværfagligt.

Der har ligget et meget stort arbejde i at informere og skabe kendskab til tilbuddene i sundhedscentret. I starten var der udfordringer i samarbejdet med sygehuset, blandt andet fordi der i sygehuset var en oplevelse af, at nogle af opgaverne hørte til i sygehusregi. Der var desuden en vis tvivl om de faglige ressourcer i kommunen. Samarbejdet er dog løbende blevet mere velfungerende i takt med at parterne lærte hinanden at kende. De praktiserende læger blev centrets alliancepartner, da lægerne blev opmærksomme på, at centret var et muligt sted at henvise deres patienter til.

## Samarbejdsrelationer

De praktiserende læger nævnes som en af de væsentligste samarbejdspartnere. Samarbejdet består i, at de praktiserende læger som de eneste kan henvise borgere til centret. De praktiserende læger modsatte sig, at også sygehuset skulle kunne henvise til sundhedscentrets tilbud, idet lægerne fortsat ønskede at være borgenes primære indgang til sundhedsvæsenet. Praksiskonsulenten har været med til at udvikle sundhedscentret. Han peger på, at samarbejdet fun-



gerer godt, og at centret udfylder en funktion, som lægerne ikke selv ville kunne varetage. Han vurderer, at centret aflaster de praktiserende læger, idet lægerne ellers selv skulle varetage opgaver så som kostvejledning. Lægen beretter dog samtidig, at nogle læger er bekymrede for om centret udfører lægefaglige opgaver, og om centret kan ændre på noget, som den praktiserende læge ellers gerne vil have styr på. Lægen vurderer i den forbindelse, at der er kommet tilstrækkelig med information ud til den enkelte praksis, men at lægerne mangler tid til at sætte sig grundigt ind i sagerne. Dette betyder, at der er nogle læger, der ikke henviser borgere til centret. Det ny-etablerede kommunikationssystem "Edifact" fremhæves som fremmede for samarbejdet.

Sundhedscentrets samarbejde med sygehuset er endnu ikke så udviklet, fordi sygehuset hidtil ikke har fået mulighed for at henvise deres patienter til sundhedscentrets tilbud. Sygehuset og sundhedscentret har dog et gensidigt ønske om at etablere et samarbejde, og der holdes nu møder om fælles kompetenceudvikling.

Der foregår et mindre samarbejde end forventet mellem sundhedscentret og kommunens etablerede sundhedsklinikker. Sundhedscentrets rolle har udviklet sig til at være varetagelse og centralisering af den patientrettede forebyggelse. Det har vist sig, at klinikkerne i højere grad har interesse i at bruge centret som et sted, hvor der kan indhentes viden. Sundhedscentret har indbudt til fælles kompetenceudvikling, afholdt kurser i Motiverende Samtaler og temadag om sundhedsfremme for teamet i sundhedscentret og kollegerne på sundhedsklinikkerne.

Sundhedscentrets samarbejder også med en række foreninger. Samarbejdet med Ældresagen består i, at Ældresagen og FO har et motionslokale, hvor foreningen tilbyder, at borgerne kan træne gratis to gange om måneden, mens sundhedscentret stiller perso-

nale til rådighed. Samarbejdet med DGI består blandt andet i udlån af redskaber og faciliteter samt udveksling af erfaringer og overvejelser omkring forskellige træningsprogrammer. En gang om måneden afholder DGI kursisdage, hvor gamle og nye kursister i sundhedscentret besøger DGI og får introduktion til faciliteterne og mulighederne. DGI modtager således folk, der skal udsluses fra sundhedscentret. Yderligere håber man på at udvikle samarbejdet i fremtiden, idet DGI også får henvendelser fra folk med skavanker, der har brug for at deltage på et hensyntagende hold. Der er desuden truffet aftale med Lungeforeningen, Diabetesforeningen, Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse om samarbejde. Sundhedscentret har erfaret, at man i samarbejdet med frivillige organisationer ofte skal påregne længere tid til at implementere aktiviteter som følge af, at arbejdet i organisationerne beror på frivillig arbejdskraft.

## Sammenhæng i tilbud

Sundhedscentrets medarbejdere er i tvivl om, hvorvidt borgerne oplever, at sundhedsvæsenet hænger mere sammen end tidligere. Praksiskonsulenten mener, at patienterne med sundhedscentret som aktør får et mere komplet tilbud. Sundhedscentret selv forestiller sig, at sundhedscentret har bevirket, at borgerne nu har et større kendskab til, hvordan de selv skal gribe problemer an efter forløbet i centret. Etableringen beskrives især, at have haft stor betydning for borger med KOL, der ikke tidligere har haft et lignende tilbud.

Sundhedscentret følger op på tidligere deltagere ved telefonisk kontakt efter en måned. Efter tre måneder kommer de ind til en opfølgende samtale med deres kontaktperson på centret, og efter et år kommer de ind til samtale og tests på centret.

Diabetesskolen på Århus Sygehus har et tilbud til diabetespatienter, der minder om sundhedscentrets, hvorfor man er i gang med at afklare overlap og etablere et samarbejde. De ansatte i Sundhedsstaben udtrykker, at man gerne så, at sygeplejersken fra ambulatoriet kunne vise sig i sundhedscentret, fordi det ville give borgerne en fornemmelse af mere sammenhæng.

## Resultater fra registeranalyse

Brugen af alment praktiserende læge (antal ydelser) steg fra 2,88 million i 2005 til 2,99 million i 2007. Målt i forhold til indbyggertallet svarer dette til henholdsvis 9,8 og 10,1 ydelser pr. borger, en stigning på 3% fra 2005 til 2007, men uændret fra 2006 til 2007. Den borgerrettede forebyggelse har omfattet 263 af kommunens 295.000 borgere, hvilket er alt for lidt til at have en målbar effekt.

Antallet af indlæggelser med diabetesdiagnose som primær diagnose faldt fra 589 (434 personer) i 2005 til 483 (389 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 2,0 til 1,6. Faldet fra 2005 til 2007 var på 19%, og fra 2006 til 2007 var faldet på 12%. For diabetesrelaterede indlæggelser var der et fald på 22% fra 2005 til 2007, og et fald på 8% fra 2006 til 2007. Diabetesindsatsen har omfattet 82 borgere. Det observerede fald på 106 indlæggelser er betydeligt større end denne indsats vil kunne forklare. Det må derfor også skyldes andre indsatser. I juni 2006 blev ”Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt” godkendt, som beskriver samspillet mellem sygehusenes diabetescentre og almen praksis, og dette kan være medvirkende til de opnåede resultater. Dette skal også ses på baggrund af, at indlæggelsehyppigheden i 2005 var højere end landsgennemsnittet.

Antallet af indlæggelser med KOL som primær diagnose faldt fra 474 (311 personer) i 2005 til 465 (293 personer) i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 1,61 til 1,57. Faldet fra 2005 til 2007 var på 3%, og fra 2006 til 2007 var der et fald på 34%. Generelt må niveauet siges at være lavt både i 2005 og 2007. Faldet fra 2006 til 2007 var signifikant. KOL-indsatsen omfattede 84 borgere med start december 2006. Denne indsats kunne være en medvirkende faktor til reduktionen i KOL-indlæggelser, men faldet fra 2006 til 2007, hvor indsatsen netop må forventes at virke, er dog større end hvad der kunne forklares ud fra indsatsen.

Antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet som primær diagnose faldt fra 6167 i 2005 til 5587 i 2007. Antal indlæggelser pr. 1000 borgere faldt i denne periode fra 21 til 19. Faldet fra 2005 til 2007 var på 10%, og fra 2006 til 2007 var der et fald på 3%. Førstnævnte fald er signifikant. Indsatsen overfor borgere med hjertekarsygdom omfattede 70 personer, og kan derfor ikke forklare hverken faldet fra 2005 til 2007 eller fra 2006 til 2007.

## Løsningsmodel

Centret peger på, at flere borgere nu har fået mulighed for at få et systematisk tilbud. Det udtrykkes samtidig, at modellen forudsætter, at den praktiserende læge også anser centret som et godt tilbud, idet alene praktiserende læger kan henvise til tilbuddet. Fordelen er, at centret kan få fat i – og samarbejde med lægerne om – de rigtige målgrupper. Ulemper er, at centret er afhængig af de praktiserende læger. Den praktiserende læge anser dog sundhedscentrets udformning som værende ideel, idet centret har et bredt tilbud, og at lægerne kan henvise til ét bestemt sted, hvilket gør det lettere at henvise.

Tværmagistratsligt har centret også haft stor betydning i kraft af et større samarbejde og en større bevidsthed i kommunen om, hvordan man kan arbejde med sundhed. Der er således flere tværgående samarbejdsprojekter under udarbejdelse. For eksempel kurser i sundhedscentret for kronisk smerteramte syge- dagpengemodtagere ”Aktiv smertehåndtering” og ”Det fælles Ansvar”, som er et sundheds- og idrætsprojekt blandt misbrugere og hjemløse.

Den fysiske placering af sundhedscentret fremhæves som fordelagtig, idet centret ligger centralt tæt på et trafikknudepunkt, hvilket dog samtidig giver visse parkeringsproblemer. Det anses tillige som en fordel, at tilbuddet ikke foregår i hospitalsregi. En yderligere fordel, der fremhæves er, at sundhedscentret ligger tæt på samarbejdspartnere – for eksempel DGI. Det angives at være en ulempe, at der fra yderområderne er langt til sundhedscentret.

Sundhedscentret ønsker i fremtiden at kunne give et tilbud til borgere, der er i risiko for at udvikle kroniske sygdomme. Yderligere vil centret også gerne udvide tilbuddet for borgere med andre diagnoser både osteoporose og kræft, hvilket anses for at ville passe ind i centrets aktiviteter. Udover ressourcemæssige begrænsninger, er der dog begrænsninger i de fysiske rammer.

Det er besluttet at sundhedscentret forsætter med sine nuværende aktiviteter. Der er desuden planlagt en udvidelse af tilbuddet således, at der bliver oprettet en patientuddannelse, et tilbud til kronisk smerteramte sygedagpengemodtagere samt et tilbud til socialt udsatte om sund kost og idræt. Der er desuden planer om at centret skal have en sundhedsbus.

---

## 10. Sammenfatning og anbefalinger

### Sammenfatning

Baggrunden for denne rapport er de danske kommuners etablering af sundhedscentre rettet mod sundhedsfremme og forebyggelse. I forbindelse med Kommunalreformen, der trådte i kraft januar 2007, blev kommunerne anbefalet at gøre forsøg med sundhedscentre som en organisatorisk ramme om nye sundhedsopgaver. Der blev samtidig afsat statslige puljemidler på i alt 100 mio. kr. til medfinansiering af 18 udvalgte kommuners sundhedscentre. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bad SIF om at gennemføre en vurdering af puljemidlernes anvendelse.

Denne rapport indeholder en vurdering af 18 sundhedscentres implementering, samarbejdsrelationer, etablering af sammenhængende forløb for borgerne samt indpasning i sundhedsvæsenets samlede opgaveløsning. Desuden indgår en forsigtig vurdering af, om sundhedscentrene har medvirket til en ændring i kontakten til sygehus og almen praksis. Endelig indeholder rapporten en diskussion af fordele og ulemper ved forskellige løsningsmodeller.

Rapporten bygger på skriftligt materiale fremsendt af de 18 kommuner om sundhedscentrenes organisering og aktiviteter, interviews gennemført i kommunerne i henholdsvis 2006 og 2008 samt registeranalyser.

### Karakteristik af sundhedscentrene

Med udgangspunkt i kommunernes egne oplysninger har det været muligt at beskrive sundhedscentrene som tre forskellige typer, herunder centre med fokus på patientrettet forebyggelse, centre med fokus på borgerrettet forebyggelse og centre med fokus på begge typer forebyggelse. Størstedelen af de 18 sundhedscentre har fokus på både patientrettet og

borgerrettet forebyggelse, men med forskellig vægtning af de to områder.

Den patientrettet forebyggelse består oftest i forløb med undervisning om konkrete sygdomme, kost- og motionsvejledning samt fysisk træning. Målgrupperne er oftest borgere med diabetes og KOL og mindre hyppigt borgere med hjertekarsygdom. En anden type patientrettet forebyggelse er patientuddannelse, hvor borgere med en kronisk sygdom undervises på tværs af diagnoser i håndtering af kroniske sygdomme. Underviserne er også borgere med en kronisk sygdom, som har gennemgået et instruktørkursus.

Den borgerrettede forebyggelse har generelt fokus på KRAM-faktorerne – Kost, Rygning, Alkohol og Motion, dog kun sjældent alkohol. Sundhedscentrene tilbyder sundhedstjek, vejledning, aktiviteter og kurser samt eventuelt rammeskabende aktiviteter så som kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere og udvikling af kostpolitikker. Målgruppen for de borgerrettede aktiviteter er generelt alle voksne kommunens borgere, men enkelte centre fokuserer på afgrænsede målgrupper, herunder etniske minoriteter eller børn og unge. Til de fleste patientrettede aktiviteter er der krav om henvisning, mens de borgerrettede aktiviteter er åbne tilbud.

Sundhedscentrene har generelt ansat tværfaglige personalegrupper. De hyppigste personalegrupper er sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og administrativt personale. I de fleste centre er lederen sygeplejerske eller fysioterapeut. Hovedparten af centrene har en fysisk placering i egne bygninger, hvor alle tilbuddene er samlet. Andre centre er murstensløse, hvor personalet har base på rådhuset, mens aktiviteterne foregår decentralt i kommunen eventuelt ved hjælp af en bus. En del af centrene med egne bygninger tilbyder også aktiviteter forskellige steder i kommunen. Næsten alle sundhedscentrene er organisato-

risk placeret som en del af kommunens sundhedsforvaltning eller fagcenter.

### Implementering

De oprindelige projektbeskrivelser var karakteriseret ved at omfatte mange forskellige typer af aktiviteter og målgrupper og ofte med overordnede beskrivelser af indsatsområderne. De overordnede beskrivelser gør det vanskeligt at vurdere, hvorvidt centrene har implementeret planerne som beskrevet.

Sundhedscentrene har dog generelt implementeret planerne, som beskrevet i kommunernes oprindelige projektbeskrivelser godkendt af Ministeriet. Nogle centre har valgt at igangsætte få aktiviteter inden for hvert område beskrevet i centrets projektbeskrivelse, mens andre fra start har foretaget en prioritering af indsatserne. Samtidig har Kommunalreformen påvirket placeringen af opgaver i kommunens organisation, og centrene har løbende gjort erfaringer med forskellige aktiviteter og foretaget justeringer, herunder en afgrænsning af det enkelte centers opgaver. Således er genoptræning generelt ikke blevet placeret i sundhedscentrene, den patientrettede forebyggelse er blevet nedprioriteret i en del kommuner, og der er sket ændringer i centrenes personalesammensætning.

Der har været en række udfordringer i implementeringen af sundhedscentrene. Mindre velfungerende samarbejdsrelationer, personaleudskiftninger og vanskeligheder ved at finde egnede lokaler og elektroniske kommunikationssystemer nævnes i den forbindelse. Vanskeligheder i samarbejdet med sundhedsaktører og usikkerhed om opgavefordelingen synes at medvirke til centrenes nedprioritering af patientrettet forebyggelse. Det beskrives generelt, at Kommunalreformens samtidige gennemførelse påvirket sundhedscentrenes implementering, idet der har

været travlhed hos samarbejdspartnerne samt uklarheder om rollefordeling. Omvendt har reformen også virket fremmende for en synliggørelse og prioritering af kommunernes forebyggelsesopgave. Der har været en stor offentlig og politisk opmærksomhed omkring sundhedscentrene samt et stort engagement blandt medarbejderne i centrene, hvilket har virket fremmende for implementeringsprocessen.

### Samarbejdsrelationer

De 18 sundhedscentre har en lang række samarbejdspartner, og samtlige centre fremhæver, at disse partner er meget væsentlige for, at centret kan løfte sine opgaver. Samarbejdsrelationerne er generelt blevet forbedret i løbet af perioden, men de har været præget af udfordringer. Formelle aftaler mellem partnerne kunne muligvis have sikret, at samarbejdsrelationerne blev hurtigere etableret samt blev mere velfungerende.

De praktiserende læger fremhæves som sundhedscentrenes primære samarbejdspartnere. Langt de fleste henvisninger til sundhedscentrene kommer fra almen praksis. Udfordringen i dette samarbejde har bestået i, at lægerne ikke har informeret og henvist deres patienter til centrene i det ønskede omfang. De manglende henvisninger synes dog ikke at skyldes direkte modstand mod sundhedscentret, men snarere manglende viden om centrene, at det tager tid at etablere nye rutiner, manglende overblik og kontinuitet i centrenes tilbud samt manglende elektroniske kommunikationssystemer. Antallet af henvisninger er steget undervejs i perioden. Over halvdelen af kommunerne har desuden ansat en praksiskoordinator til at understøtte samarbejdet.

Sundhedscentrenes samarbejde med sygehusene er relativt begrænset og har i en del kommuner afventet en rolleafklaring i relation til Kommunalreformen.

For sygehusene udgør sundhedscentrene en mindre samarbejdspartner, idet deres fælles indsatsområde kun udgør en lille andel af sygehusets samlede arbejdsområde. Et par sygehuse bistår centrene med rådgivning og undervisning af personale, og et par sygehuse henviser deres patienter til sundhedscentre. Der har i enkelte kommuner været skepsis blandt sygehusene – og også blandt de praktiserende læger – angående sundhedscentrene. Oftest er denne skepsis forsvundet som følge af information om centrenes indhold og positive erfaringer fra deres patienter. Det synes desuden centralt for samarbejdet, at personalet i sundhedscentret har en sundhedsfaglig uddannelse, hvilket skaber tillid og letter samarbejdet som følge af fælles sprog og kultur.

Flere sundhedscentre især med borgerrettede aktiviteter samarbejder med andre kommunale forvaltninger og institutioner, herunder skoler, daginstitutioner og jobcentre. Samarbejdet omhandler kompetenceudvikling inden for sundhed i kommunen og fælles aktiviteter. Enkelte steder samarbejdes desuden med hjemmeplejen og sygedagpengeområdet, som har en opsøgende funktion i forhold til centrets målgruppe. Samarbejdet internt i kommunen beskrives de fleste steder som velfungerende, men det understreges, at det tager tid at få etableret samarbejdet på baggrund af forskellige kulturer, prioriteringer og traditioner. I nogle tilfælde anses det interne samarbejde som relativt vanskeligere end samarbejdet med de eksterne parter.

Samarbejdet med frivillige organisationer, både patientforeninger og idrætsforeninger, består oftest i, at der udvikles tilbud i organisationerne, som de borgere der kommer i centret kan benytte under eller efter endt forløb i centret, eksempelvis patientnetværk eller idrætsstilbud. Inden for den borgerrettede forebyggelse handler det samtidig om at sikre, at der er lokalt forankrede idrætsstilbud. Samarbejdsrelationerne beskrives som velfungerende, men det er en ud-

fordring, at organisationerne er baseret på frivillig arbejdskraft, og kommunen dermed ikke kan pålægge foreningerne opgaver.

Sundhedscentrene samarbejder desuden også med private aktører, herunder med apoteker om medicin-gennemgang og kurser i rygestop samt med private virksomheder om sundhedsprofiler for medarbejdere. En kommune har etableret et formaliseret partnerskab, hvor en privat virksomhed driver en sundhedsskole for kommunen. Samarbejdet beskrives af begge parter som velfungerende. Centret peger på, at det er en fordel, at kommunen kan stille krav til en privat aktør, der kan løfte opgaver upåvirket af de kommunale omstruktureringer. Sundhedsskolen er dog ikke organisatorisk integreret i resten af sundhedscentret, hvilket skaber barrierer for samarbejdet samt en fleksibel ressourceudnyttelse.

## Sammenhæng i indsatsen

Det er den generelle vurdering, at sundhedscentrene ikke har skabt mere sammenhæng mellem sygehuset, almen praksis og kommunen end der var tidligere. Det påpeges dog, at det er for tidligt at vurdere. Enkelte steder beskrives dog en øget sammenhæng mellem aktørerne inden for sundhedsvæsenet, i samarbejdet internt i kommunen eller gennem øget viden og overblik hos den enkelte borger.

Angående sammenhængen mellem sundhedscentrenes og de øvrige aktører er der i en vis grad blevet etableret en sammenhæng i indsatsen. Der er imidlertid primært i de patientrettede indsatser, at der er etableret en sammenhæng og særligt i centrenes samspil med de praktiserende læger. I forhold til sygehusene er sammenhængen mere begrænset.

Sammenhængen skyldes blandt andet, at der til de fleste patientrettede forløb er en formel henvisnings-

praksis, som kan udgøre en hensigtsmæssig ramme for sammenhængen mellem det enkelte sundhedscenter og de henvisende parter. Parterne kan identificere, undersøge og henvise relevante borgere til centret. Desuden kan parterne udveksle faglige informationer om fælles borgere og mindske risikoen for dobbeltarbejde. Det er primært de praktiserende læger, der henviser til centrene og i færre tilfælde sygehus og kommunale enheder. Antallet af henvisninger er steget i perioden, men centrene giver udtryk for, at der endnu mangler henvisninger, og at disse ofte er mangelfulde.

I forhold til etablere en sammenhæng mellem sundhedscentre og tiden efter borgerne har i kontakt med centret, er der i de fleste centre med en patientrettet indsats gjort overvejelser om overgangen. Centrene orienterer generelt de borgere de er i kontakt med om lokale aktiviteter og netværk for at motivere den enkelte til at deltage i forskellige forebyggelsesaktiviteter efter endt kontakt med sundhedscentret. Blandt de centre, der tilbyder længere rehabiliteringsforløb, følger de fleste op på tidligere deltagere ved at tilbyde opfølgningssamtaler efter en vis periode. Enkelte steder sendes desuden en status til almen praksis. Flere centre giver imidlertid udtryk for, at det er et område der skal videreudvikles.

Sundhedscentre vurderes generelt at udgøre et supplerende tilbud, som ikke blev varetaget tidligere. Generelt har der imidlertid ikke været en egentlig koordinering af arbejdsopgaverne mellem sundhedscentret og de øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Enkelte steder beskrives det, at der er et overlap imellem opgaverne i sundhedscentret og henholdsvis almen praksis og/eller sygehus. Det vurderes derfor, at der med fordel kunne udvikles en mere klar arbejdsdeling internt i kommunen og mellem kommune og region for at understøtte sammenhæng og en optimal udnyttelse af ressourcerne.

Med henblik på at understøtte og øge sammenhængen i indsatsen efterlyser flere steder, at elektroniske kommunikationssystemer tages i brug. Det gælder særligt i de patientrettede indsatser, der forudsætter en løbende koordinering mellem sundhedscenter, praktiserende læge og sygehus. Forløbsbeskrivelser, visitationskriterier, stratificering af patienterne samt afklarede snitflader og overgange mellem parterne kunne ligeledes øge sammenhængen. På et mere overordnet niveau kunne en klarere opgavedeling desuden sikres gennem sundhedsaftalerne mellem region og kommune.

### Ændring i kontakt til sundheds-systemet

Det er i rapporten via registeranalyser undersøgt, hvorvidt der er sket en ændring i kontakten til almen praksis og indlæggelser for KOL, diabetes og blodprop i hjertet, samt om der er forskelle mellem de kommuner, der har fået bevilget puljemidler og de øvrige kommuner i Danmark.

Det er dog urealistisk på nuværende tidspunkt at foretage en egentlig effektvurdering, idet sundhedscentre kun har eksisteret i en kort periode, og registeranalyserne har primært til formål, at præsentere eksempler på relevante hypoteser, som om en årrække kan undersøges med gentagne analyser.

Det eneste sted, der findes en association, er ved sundhedscentre med en diabetesindsats, hvor der er et fald i diabetesindlæggelse, mens der er en stigning i resten af Danmark. Det skal dog understreges, at andre diabetesindsatser kan være medvirkende til at forklare den observerede udvikling. Angående brugen af praktiserende læge kan der ikke vurderes noget sikkert, da forskellene afhænger af om 2005 eller 2006 benyttes som basisår. Der har generelt været en stigning i brugen af praktiserende læge. Indsatsen

overfor borgere med KOL og hjertekarsygdom har tilsyneladende ingen association med de undersøgte mål på nuværende tidspunkt, og der er store variationer mellem de enkelte kommuner.

De fleste af indsatserne kan dog meget vel have en effekt, som blot ikke har kunne måles via disse registeranalyser. Dette kan skyldes, at opfølgingsperioden er for kort i forhold til de effekter, der kan forventes ved de valgte indsatser. Der er desuden stor forskel på følsomheden for de enkelte mål, og inden for nogle indikatorer er det nødvendigt med store ændringer, før end det kan registreres. Manglende associationer kan desuden skyldes, at der landsdækkende sker ændringer, som påvirker alle kommuner, samt at der også er sundhedscentre i flere kommuner, som ikke er med i denne rapport. Etableringen af sundhedscentre kan desuden medføre en stigning i brugen af nogle sundhedsydelser blandt andet ved, at der via centrenes tilbud findes borgere med ubehandlede lidelser.

## Hensigtsmæssige løsningsmodeller

Rapporten indeholder en diskussion af hensigtsmæssige organiseringsformer inden for de tre typer af sundhedscentre – patientrettede, borgerrettede og patient- og borgerrettede centre. I rapporten vurderes fordele og ulemper ved forskellige organiseringsformer samt forhold kommunerne bør overveje i forbindelse med etablering af sundhedscentre. Det understreges, at kommunerne har forskellige vilkår, og at det derfor ikke er intentionen at pege på én løsning, der er den rigtige for alle kommuner.

Det vurderes, at der ved etablering af et patientrettet sundhedscenter er hensigtsmæssigt med en afgrænset målgruppe. Ressourcer og patientgrundlaget i kommunen har betydning for, hvad der er mest hensigtsmæssigt med hensyn til af antal målgrupper og

tilrettelæggelsen af holdundervisningen. Det er hensigtsmæssigt med henvisningskrav for at sikre sammenhæng og lægelig udredning. Samarbejde, information og elektroniske kommunikationssystemer bør sikres. Personalemæssigt er det hensigtsmæssigt med tværfaglige og sundhedsfaglige personalegrupper. Det er fordelagtigt med egne bygninger for at sikre synlighed og adgang til lokaler. Hensigtsmæssigheden af bygningens udformning, signalværdi og placering i kommunen bør overvejes.

For de borgerrettede centre er det afgørende at nå ud til borgerne for at sikre kontakt og tilbud bredt i kommunen og til borgere, der ikke selv er opsøgende. En murstensløs organisation opleves som en fordel, da den kan være opsøgende, rammeskabende og fleksibel i forhold til geografi. Der er dog også fordele forbundet ved at have egne bygninger såsom synlighed og adgang til lokaler. Ved egne bygninger er det dog hensigtsmæssigt også at have nogle udgående funktioner. Det er også for borgerrettede sundhedscentre fordelagtigt med en tværfaglig personalegruppe. Også inden for den borgerrettede forebyggelse er det hensigtsmæssigt at fokusere og afgrænse indsatsen og eventuelt løbende udvide tilbuddene, når eksisterende indsatser går i drift, og der er ressourcer til at udvikle nye. I nogle kommuner har de valgt at have en sundhedsbus, som kommer rundt i kommunen og laver opsøgende arbejde. Fordelen ved bussen er den opsøgende funktion og fokus på sundhed, mens ulemperne er uklarhed i forbindelse med skiftende placeringer og temaer samt, at det er engangstilbud. Ved et sundhedscenter, hvor borger- og patientrettet forebyggelse er samlet, skal perspektiverne for de to andre centertyper håndteres. En kombination med både bygning og udgående funktioner kunne i den forbindelse være fordelagtig. Sundhedscentret skal arbejde aktivt for at fordelene ved denne model såsom synergi og sammenhæng bliver en realitet frem for de potentielle ulemper i form af unødigt kompleksitet og uoverskuelighed.



### Perspektivering af rapporten

Som det fremgår ovenfor bidrager denne rapport med viden om forskellige måder, hvorpå sundhedscentre kan organiseres og hvilke samarbejdsrelationer, der med fordel kan etableres. Rapporten bidrager ligeledes med viden om, hvordan sundhedscentrene indpasses i sundhedsvæsenet, og om der skabes mere sammenhæng i indsatsen end tidligere. Der findes imidlertid mange andre aspekter ved etableringen af sundhedscentre, som ligeledes er relevante og bør undersøges fremover.

Ikke mindst bør effekten af de enkelte indsatser i sundhedscentrene undersøges mere præcist. Effekten kan vurderes ud fra direkte målinger af borgerne. Det vil være mest oplagt at fokusere på borgere, som har gennemgået et forløb på et sundhedscenter, hvor det vil være muligt at undersøge den sundhedsmæssige effekt gennem undersøgelser af borgerens sundhedstilstand lige før og efter det enkelte forløb samt efter en længere periode med henblik på at vurdere en mulig varig effekt. Sådanne målinger vil kunne medvirke til at afdække, hvorvidt visse indsatser er mere effektive end andre.

Det vil ligeledes være relevant at undersøge om indsatserne har afledede effekter på eksempelvis psykologiske forhold, sociale forhold, påvirkning af dagligdagen samt borgernes arbejdsevne. I den forbindelse er det også relevant at undersøge, hvordan sundhedscentrene opleves, af de borgere der benytter centrene – deres oplevelse af effekten og kontakten med sundhedscentret, herunder centrets tilgængelighed, pædagogik, service m.v.

Det kunne også være relevant at undersøge, hvad der er baggrunden for kommunernes valg og prioriteringer af sundhedscentrenes indsatser, og om indsatserne afspejler sundhedstilstanden og behovet for forebyggelse i den enkelte kommune, som det ek-

sempelvis kommer til udtryk i en sundhedsprofil for kommunens borgere. Desuden kunne det undersøges, om kommunens indsatser er rettet mod de ønskede målgrupper, og om organiseringen af indsatsen sikrer, at de relevante målgrupper nås.

Endelig skal det fremhæves, at det er relevant at vurdere de økonomiske aspekter ved etableringen af sundhedscentrene og de enkelte indsatser for at få et større indblik i forbrug af ressourcer, optimering af ressourcer samt eventuelt potentiale for besparelser.

### Anbefalinger

Med denne rapport kan sundhedscentre og kommuner, som enten har – eller som fremover overvejer at etablere et sundhedscenter – finde inspiration til hvilke aspekter, der skal overvejes ved valg af sundhedscentertype samt hvilke udfordringer, der skal tages hånd om i forbindelse med implementering, samarbejdsrelationer og etablering af sammenhæng i indsatsen overfor borgerne. Desuden kan sundhedscentrene og deres samarbejdsparter opnå indblik i hvilke problemstillinger, der præger samarbejdet og hvilket potentiale, der findes for forbedring.

I det følgende listes en række anbefalinger op, som bygger på rapportens analyser og vurderinger.

### **Anbefaling 1 – vedrørende sundhedscentrenes kommunale forankring**

- Det anbefales, at kommunerne vurderer, om der er behov for at justere eller videreudvikle sundhedscentrenes organisatoriske indplacering i kommunens samlede opgaveløsning på forebyggelsesområdet med henblik på at kunne varetage de kommunale sundhedsopgaver bedst muligt.

*Begrundelse:*

Kommunerne har med Kommunalreformen fået nye sundhedsopgaver, der skal udvikles, gennemføres og integreres med de øvrige kommunale opgaver og institutioner. Der er behov for, at kommunerne – i lyset af denne rapport, kommunens egne erfaringer og evalueringer samt øvrige bidrag til et sammenhængende sundhedsvæsen – vurderer om sundhedscentret har fået en hensigtsmæssig organisatorisk indplacering og indgår i velfungerende samarbejdsrelationer internt i kommunen, som kan sikre, at de nye sundhedsopgaver løftes.

### **Anbefaling 2 – vedrørende organiseringen af borgerrettede og patientrettede aktiviteter**

- Det anbefales, at kommunerne udarbejder klare målsætninger for det enkelte sundhedscenter samt sikrer en prioritering af aktiviteterne, der understøtter kommunens sundhedspolitik. Det skal ligeledes overvejes, hvilken organisering, der er mest hensigtsmæssig i forhold til sundhedscentrets fokus.

*Begrundelse:*

Et sundhedscenter er i en dansk sammenhæng endnu et relativt nyt koncept, der er åbent for, at kommunerne kan udvikle og gøre forsøg med forskellige løsningsmodeller. Kommunen bør i den forbindelse vurdere, om der er behov for, at målene for sundhedscentret præciseres, og den valgte organisatoriske løsningsmodel justeres. Sundhedscentrets organisering skal afstemmes med dets indsatsområde. Eksempelvis er der mange fordele ved at tilrettelægge borgerrettede aktiviteter som udgående og rammeskabende aktiviteter, der finder sted og opsøger borgerne i forskellige miljøer og lokalområder, mens patientrettede aktiviteter i højere grad kan gennemføres i bygninger, som rummer de nødvendige faciliteter, og som borgerne har mulighed for selv at komme til.

### Anbefaling 3 – vedrørende sammenhæng i indsatsen inden for sundhedsvæsenet

- Det anbefales, at kommuner og regioner sikrer klare retningslinjer for arbejdsdelingen mellem sundhedscentret og henholdsvis sygehus, almen praksis og kommunale enheder, herunder krav om henvisning, stratificering af patientgrupper samt klare overgange og opfølgning på borgernes forløb i sundhedscentrene.

*Begrundelse:*

Sundhedscentrene fungerer generelt som nye tilbud, der supplerer de eksisterende ydelser i sundhedsvæsenet. Det vil være hensigtsmæssigt, at kommuner og regioner – eventuelt i forbindelse med de obligatoriske sundhedsaftaler – afklarer, hvorledes sundhedscentrene kan opnå en mere integreret rolle inden for sundhedsområdet. Parterne bør således – i fællesskab – overveje at indføre krav om henvisning fra praktiserende læge og/eller sygehus til patientrettede forløb, udarbejde retningslinier for hvilke enheder, der skal behandle hvilke patientgrupper samt afklare, hvorledes overgange mellem enheder bedst sikres. Det anbefales, at samarbejdspartner involveres tidligt i processen for at sikre ejerskab, interesse og arbejdsdeling. Det er desuden vigtigt at understøtte og følge op på borgernes overgang til en hverdag efter kontakt med et sundhedscenter, således at ændringer i vaner og livsstil kan fastholdes.

### Anbefaling 4 – vedrørende kommunikation mellem sundhedscentret og samarbejdspartnere

- Det anbefales, at kommuner og regioner sikrer tilvejebringelsen af en solid information til praktiserende læger og sygehuse om kommunale sundhedscentre og sundhedsydelser, samt at der etableres hensigtsmæssige systemer til kommunikation om fælles borgere.

*Begrundelse:*

Da der ikke eksisterer en fælles standard for, hvad et kommunalt sundhedscenter skal omfatte, er der et stort behov for, at det enkelte center synliggør og informerer både borgere og samarbejdspartnere om, hvad der er dette centers specifikke målgrupper og aktiviteter. Sundhedscentrenes samarbejdspartnere efterspørger i høj grad yderligere information herom. Der efterlyses desuden mere hensigtsmæssige og elektroniske kommunikationssystemer, der effektivt kan understøtte praktiserende læger og sygehuses henvisninger til centret samt en koordinering af indsatsen. Også ansættelsen af praktiserende læger, som praksiskoordinatorer, kan være en måde at understøtte kommunikation og samspil mellem parterne på. Det anbefales i den forbindelse at præcisere og afklare koordinatorens rolle i forhold til at kunne informere og involvere samtlige praktiserende læger i kommunen.

### **Anbefaling 5 – vedrørende samarbejde og partnerskaber med private og frivillige organisationer**

- Det anbefales, at kommunerne vurderer, hvorledes der bedst muligt kan tilrettelægges en hensigtsmæssig styring og udnyttelse af de kompetencer og ressourcer, som private og frivillige organisationer besidder og kan tilbyde i løsningen af kommunale sundhedsydelse.

*Begrundelse:*

Med Kommunalreformen er det præciseret, at det er kommunernes ansvar at tilbyde sundhedsfremme og forebyggelse til borgerne. Kommunerne kan dog vælge at indgå i samarbejde og partnerskaber om løsningen af opgaverne, herunder med private og frivillige organisationer. Både private og frivillige organisationer besidder relevante kompetencer og ressourcer i form af viden, medarbejdere og aktiviteter inden for specifikke områder. Kommunerne skal i den forbindelse afdække, hvorledes disse kompetencer og ressourcer bedst muligt kan inddrages under hensyntagen til de muligheder, men også barrierer, der kan opstå, når forskellige organisationer med forskellige betingelser skal koordinere en fælles indsats.

### **Anbefaling 6 – vedrørende evaluering og forskning**

- Det anbefales, at samtlige parter inden for sundhedsområdet sikrer en solid og finansieret forskningsbaseret evaluering af de kommunale sundhedscentre – som led i en kommunal struktur, der skal sikre borgerne sundhedsfremme og forebyggelse samt bidrage til et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringssystem.

*Begrundelse:*

Nye tiltag inden for sundheds- og forebyggelsesområdet bør evalueres for at sikre kvalificerede bidrag til en evidensbaseret forebyggelses- og sundhedspolitik i Danmark. Den foreliggende dokumenterede viden om sundhedscentre er endnu meget sporadisk. Med henblik på at afklare, om sundhedscentrenes potentiale som ramme for løsning af de nye kommunale sundhedsopgaver og som en integreret del af de samlede sundhedsydelser, skal der forskes meget mere i dette emne. Det samme gælder spørgsmålet om, hvorvidt den borgerrettede og patientrettede forebyggelse kan dokumenteres at have en effekt på borgernes sundhedstilstand og brug af sundhedsvæsenets ydelser.

---

## 11. Metode

Vurderingen i denne rapport af puljemidlernes anvendelse bygger på tre forskellige informationskilder, henholdsvis interviews, registreringer af aktiviteter og registeranalyser.

### Interviews

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har gennemført besøg og interviews i hver af de 18 kommuner i henholdsvis foråret 2006 og foråret 2008. I hver kommune omfattede interviewpersonerne sundhedscenterlederen, den politisk ansvarlige, den forvaltningsansvarlige samt centrets nærmeste samarbejdspartnere, herunder praktiserende læger, sygehuse, patientforeninger, samarbejdende forvaltningsområder, private virksomheder og eventuelle andre væsentlige samarbejdsparter. I første interviewrunde var fokus på centrets formål, målgruppe, valg af centertype, arbejdet med at etablere centeret, og hvordan centeret var tænkt ind i den samlede opgaveløsning i sundhedsvæsenet. I anden interviewrunde var fokus på implementeringen af centrenes aktiviteter og uddybning af registreringsskemaerne, samarbejdsrelationer, forankringen af centrene både internt i kommunen og i forhold til det øvrige sundhedsvæsen, etableringen af sammenhæng i sundhedsvæsenet samt hensigtsmæssigheden af den valgte løsningsmodel. Der er i alt gennemført 211 interviews.

Sundhedscenterledere fik på forhånd tilsendt en liste med kategorier af interviewpersoner, som skulle være repræsenteret, og hvis centret samarbejdede med andre parter end de nævnte, skulle disse ligeledes interviewes. Sundhedscentre har ud fra den tilsendte liste selv udvalgt de konkrete interviewpersoner.

I de tilfælde, hvor kommunen har ansat en praksiskonsulent, er denne blevet interviewet som repræsentant for de praktiserende læger. Det skal imidler-

tid understreges, at praksiskonsulenten primært kan udtale sig om egne erfaringer og ikke formelt er en repræsentant for hele kommunens lægegruppe. Praksiskonsulenten kan dog i nogle tilfælde via kontakt til andre læger have mere indsigt i den generelle holdning i almen praksis til centret. På den anden side er der mulighed for, at praksiskonsulenten via det konkrete samarbejde har mere indsigt i centrets arbejde end de øvrige læger i kommune. Det samme gælder de øvrige interviewede praktiserende læger, som er valgt, fordi der er et samarbejde mellem denne konkrete læge og sundhedscentret.

Angående sygehusene er det ligeledes vigtigt at understrege, at interviewpersonen kun repræsenterer egne holdninger og ikke udtaler sig på hele sygehuse-sets vegne. Interviewpersonen fra sygehuset er valgt ud fra, hvilken afdeling sundhedscentret selv vurderer at have mest samarbejde med.

Alle kommuner har haft det enkelte kapitel om deres respektive sundhedscenter i høring.

### Registreringer fra sundhedscentre

De 18 kommuner har af to omgange indsendt registreringer til SIF for deres aktiviteter i henholdsvis 2006 og 2007. Registreringerne omhandlede sundhedscentrenes organisering, aktiviteter og antal borgere, som centret er i kontakt med. I 2006 var registreringerne meget forskelligartede og derfor udarbejdede SIF en standardiseret skabelon til registreringerne for 2007, for bedre at kunne sammenligne centrenes organisering og indsats. Registreringsskemaerne for 2007 var inddelt i emnerne "Ændringer i forhold til bevilling", "Sundhedscentrets organisering", "Samarbejdsparter", "Patientrettede aktiviteter" og "Borgerrettede aktiviteter". I forbindelse med aktiviteterne blev der spurgt uddybende

i forhold til blandt andet målgrupper, aktivitetens starttidspunkt og hvor mange borgere, der havde deltaget i hver aktivitet. De standardiserede skemaer har været i pilottest i enkelte kommuner for at sikre deres anvendelighed. Det har dog stadig været vanskeligt i alle til fælde at inddele aktiviteterne i de to kategorier borger- og patientrettede aktiviteter.

I kapitlerne om de enkelte sundhedscentre er registreringerne med aktiviteter og antal borgere for 2006 og 2007 adskilt. Dette er gjort, fordi detaljeringsgraden i registreringerne for 2006 var meget forskellige centrene imellem, hvilket vanskeliggør en sammenligning. En opdeling af de to registreringer giver ligeledes et bedre overblik over, hvor langt centrene var nået i 2006.

Angående sundhedscentrenes organisering, aktiviteter og antal borgere gælder beskrivelserne for perioden januar 2006 til januar 2008. Der kan således efterfølgende være sket ændringer i både organisering og aktiviteter og antallet af borgere, som har deltaget i centrenes aktiviteter, vil givetvis være større.

Det skal desuden i forhold til forskellene mellem sundhedscentrenes typer af indsatser understreges, at kommunernes sundhedsafdelinger laver mange flere sundhedsaktiviteter end de aktiviteter der er i sundhedscentret. Nogle af de indsatser, der i nogle kommuner varetages i sundhedscentret, kan således i andre kommuner blive varetaget andre steder i den kommunale organisation. Forskelle mellem sundhedscentrenes indsatser betyder således ikke nødvendigvis, at indsatser, der ikke varetages i sundhedscentret, ikke varetages i kommunen.

## Registeranalyser

Den tredje informationskilde er registeranalyser, som er anvendt til en forsigtig vurdering af, om centrene medvirker til, at der sker en ændring i indlæggelser på sygehus samt ydelser i almen praksis.

### Diagnoser

Brug af alment praktiserende læge er undersøgt ud fra sygesikringsregisteret (Sundhedsstyrelsen). Alle registreringer i sygesikringsregisteret i årene 2005, 2006 og 2007 er opdelt på den sygesikredes bopælskommune. Følgende mål er benyttet: Antal sygesikringsydelser i alt (ydertype 01-05, alment praktiserende læge).

Diabetes-relaterede indlæggelser er undersøgt baseret på Landspatientregisteret. Udskrivninger i Landspatientregisteret i årene 2005, 2006 og 2007 er opdelt på bopælskommune.

Følgende mål benyttes:

- 1) Antal udskrivninger, hvor aktionsdiagnosen er type 1 eller type 2 diabetes, defineret ved diagnoserne E10, E11 og E14. E12 (diabetes pga. fejlernæring) og E13 (andre diabetestyper) er ikke medtaget.
- 2) Antal udskrivninger, hvor en af diabetesdiagnoserne E10, E11 eller E14 indgår som hoved- eller bidiagnose. Hvis der er tale om en bidiagnose, skal hoveddiagnose være en diabetesrelateret diagnose, i praksis en af diagnoserne Nervesygdomme: G45, G46, G47, G59, G6; Øjensygdomme: H06, H36, H43, H45; Nyresygdomme: N17, N18, N19; Fodsår: L97, S91. Denne liste er udarbejdet ud fra, hvad der normalt anses for følgesygdomme til diabetes, suppleret med en analyse af Landspatientregisteret af, hvilke specifikke diagnoser der har en klar overhyppighed i kombination med diabetesdiagnoser.

Indlæggelser relateret til akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) er undersøgt baseret på Landspatientregisteret. Udskrivninger i Landspatientregisteret i årene 2005, 2006 og 2007 er opdelt på bopælskommune. Som mål er benyttet antal udskrivninger, hvor aktionsdiagnosen er I21 (Akut myokardieinfarkt) eller I22 (Tilbagevendende akut myokardieinfarkt). Øvrige diagnoser er ikke medtaget i denne analyse.

KOL-relaterede indlæggelser er undersøgt baseret på Landspatientregisteret. Udskrivninger i Landspatientregisteret i årene 2005, 2006 og 2007 er opdelt på bopælskommune. Følgende mål er benyttet: Antal udskrivninger med aktionsdiagnose KOL (J44).

Indlæggelser relateret til cancer er undersøgt baseret på Landspatientregisteret. Udskrivninger i Landspatientregisteret i årene 2005, 2006 og 2007 er opdelt på Københavns Kommune og øvrige kommuner. Som mål er benyttet antal udskrivninger, hvor aktionsdiagnosen eller bidiagnose er C18, C19, C20, C21, C34, C50 (Kræft i tyktarm eller endetarm, lungekræft, samt brystkræft). Desuden er forekomsten af indlæggelse relateret til øvrige ondartede kræftformer undersøgt (øvrige C-diagnoser).

### Beregninger

Ud fra de nævnte mål er incidensraten beregnet ved at dividere med middelfolketallet i de respektive kommuner i de enkelte år. Følgende ændringer i incidensrater er beregnet: 2005@2007 og 2006@2007. Sidstnævnte er medtaget, da flertallet af indsatserne i sundhedscentrene først for alvor er gået i gang i begyndelsen af 2007 eller endda senere. Analysen tager ikke højde for forskydninger i aldersfordelingen, da disse er relativt små i den korte periode, og desuden vil være relativt ensartede kommunerne imellem. Forskelle i aldersprofiler vil dog medføre forskellige incidensrater i de forskellige kommuner.

På grund af strukturreformen benyttes følgende metode til at følge kommunerne, både i forhold til sundhedsydelse, og befolkningstal. For de kommuner, som er dannet ved sammenlægning af kommuner, medtages for årene før 2007 tal for de kommuner, som kommunen senere er blevet sammensat af. For de kommuner, hvor sammenlægningen også omfatter dele af tidligere kommuner, medtages tal for disse kun, hvis de indgår i den nye kommune med over 50% af deres befolkning. Dette medfører, at folketallet i kommunerne kan ændre sig med op til 4% af denne årsag, men da samme metode benyttes til befolkningstallet og brugen af ydelser, skulle dette kun have lille indflydelse på incidensraten. Gennemsnit for grupper af kommuner er beregnet, vægtet efter befolkningstal.

Vesthimmerlands: kun 82% af Aalestrup indgår i 2007 i Vesthimmerlands, dvs. i alt cirka 1300 personer medtages for meget før 2007, eller ca. 3,5% af 38.000 indbyggere.

Horsens: kun 90% af Brædstrup indgår i 2007 i Horsens, dvs. i alt ca. 900 personer medtages for meget før 2007, eller ca. 1,1% af 80.000 indbyggere.

Vejle: kun 89% af Børkop indgår i 2007 i Vejle, dvs. i alt ca. 1300 personer medtages for meget før 2007. 11% af Tørring-Uldum indgår i 2007 i Hillerød, men Tørring-Uldum er ikke medtaget før 2007. I alt ca. 1400 personer medregnes for lidt før 2007, i alt ca. 100 for lidt eller ca. 0,1% af 104.000 indbyggere.

Hillerød: 13% af Slangerup indgår i 2007 i Hillerød, men Slangerup er ikke medtaget før 2007. I alt ca. 1200 personer medregnes for lidt før 2007, eller ca. 2,6% af 46.000 indbyggere.

Tabel 11.1 Befolkning 2005-2007 benyttet i analysen.

Ny Kommune	2005	2006	2007
København	500.150	500.543	505.141
Lyngby-Taarbæk	51.697	51.729	51.399
Fredensborg	39.175	39.213	39.265
Hillerød	43.701	44.734	46.433
Odsherred	32.914	33.080	33.016
Næstved	78.922	79.725	80.388
Vordingborg	46.295	46.465	46.671
Bornholm	43.300	43.206	42.992
Faaborg-Midtfyn	51.227	51.271	51.897
Odense	185.861	186.614	186.085
Sønderborg	76.642	76.788	76.919
Horsens	77.863	79.276	79.514
Vejle	103.140	103.837	104.427
Samsø	4.153	4.136	4.133
Århus	293.932	294.273	295.599
Ringkøbing-Skjern	57.822	58.081	58.334
Brønderslev	35.292	35.405	35.550
Vesthimmerlands	39.195	39.220	38.014
Øvrige Danmark	3.654.697	3.666.971	3.681.638
Danmark i alt	5.415.978	5.434.567	5.457.415

### Statistiske tests

Test for forskelle med udviklinger i kommuner med sundhedscentre og øvrige kommuner er foretaget med en  $\chi^2$ -test. Der er ikke foretaget statistiske test for de enkelte kommuner, da antallene generelt er for

små til at en test vil have tilstrækkelig styrke. Der er dog i visse tilfælde angivet, om forskellene er signifikante. Man skal dog vurdere sådanne signifikante resultater med varsomhed, da disse kan opstå ved tilfældigheder som følge af de mange kommuner, der indgår.



---

---

## 12. Litteratur

Aftale om Strukturreform. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. August 2004.

Due, T.D., Curtis, T. Ekstern evaluering af projektet ”Sammenhængende indsats for kronisk syge”. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. September 2007.

Guide til Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning. 2007.

Forslag til Sundhedsloven. Indenrigs og Sundhedsministeriet. Fremsat den 24. februar 2005.

Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Rambøll Management. Maj 2008

Pressemeddelelse – bevillinger til kommunale sundhedscentre. Velfærdspolitisk sekretariat, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 31. August 2005.

Skrivelse til alle kommuner med orientering om puljemidler. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 21. december 2004.

Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24 Juni 2005). Indenrigs og Sundhedsministeriet.

Waldorff, S.B., Kristoffersen, J, Curtis, T. Sundhedscentre i kommunerne - statusnotat om målgrupper, organisering og typer. Statens Institut for Folkesundhed. København. Marts 2006.

Waldorff, S.B., Kristoffersen, J, Curtis, T. Nyhedsbrev om sundhedscentre. Statens Institut for Folkesundhed. September 2006

Waldorff, S.B., Kristoffersen, J, Curtis, T. Nyhedsbrev om sundhedscentre. Statens Institut for Folkesundhed. April 2007.

Aarestrup, A.K., Due T.D. Kamper-Jørgensen, F. De kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Oktober 2007.

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

[www.patientuddannelse.info](http://www.patientuddannelse.info)

---

---

## Bilag. Oversigt over bevillinger

Oversigt over bevillinger til etablering af sundhedscentre,  
jf. oplysninger fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Kommune	Bevilling
Bornholms Regionskommune	3.870.000
Brønderslev Kommune	9.222.000
Fredensborg Kommune	6.588.000
Faaborg-Midtfyn Kommune	4.000.000
Hillerød Kommune	1.350.000
Horsens Kommune	7.461.000
Københavns Kommune	4.390.000
Lyngby-Taarbæk Kommune	7.951.800
Næstved Kommune	4.000.000
Odense Kommune	5.000.000
Odsherred Kommune	7.218.200
Ringkøbing-Skjern Kommune	8.025.789
Samsø Kommune	3.600.000
Sønderborg Kommune	6.885.000
Vejle Kommune	3.752.251
Vesthimmerlands Kommune	7.350.000
Vordingborg Kommune	3.212.500
Århus Kommune	5.000.000
Vurdering og rapport v/ Statens Institut for Folkesundhed	1.100.000
<b>I alt</b>	<b>99.976.540</b>

Sundhedscentre er en ny organisationsform i det danske sundhedsvæsen. Centrene rummer kommunernes nye opgaver inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Rapporten beskriver 18 forskellige sundhedscentre i Danmark, herunder deres indsatsområder og organisering.

Rapporten vurderer centrenes indpasning i det samlede sundhedsvæsen, deres samarbejdsrelationer til praktiserende læger, sygehuse, frivillige organisationer, kommunale forvaltninger med flere, samt hvorvidt der med centrene skabes sammenhæng inden for sundhedsområdet. Der indgår desuden en forsigtig vurdering af, om sundhedscentre har medvirket til, at der er sket ændringer i borgernes kontakt til sygehus og almen praksis samt en diskussion af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsningsmodeller.

Rapporten er finansieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, og bygger på interview gennemført i 2006 og 2008, skriftligt materiale fremsendt af de medvirkende kommuner samt registeranalyser.

