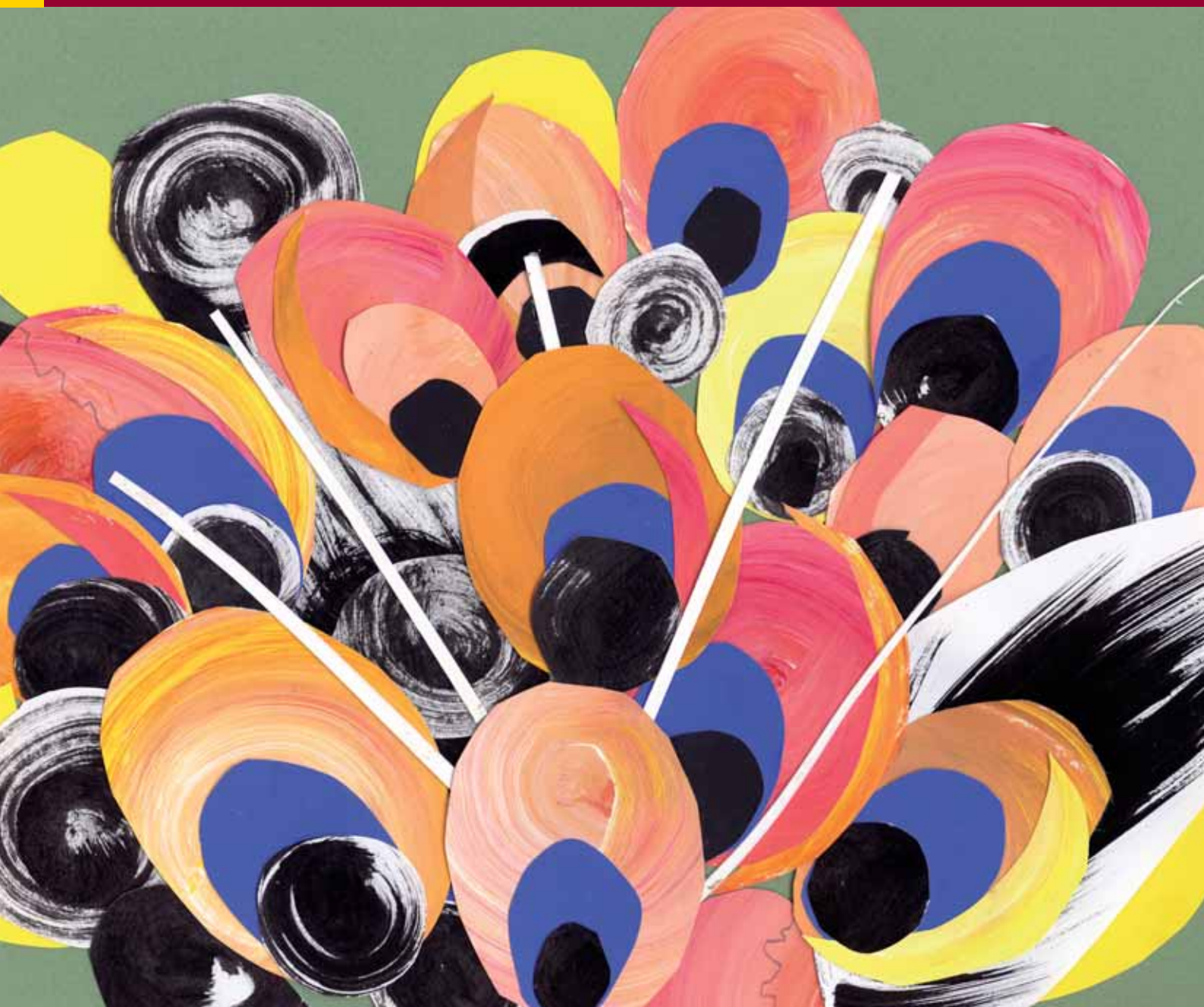


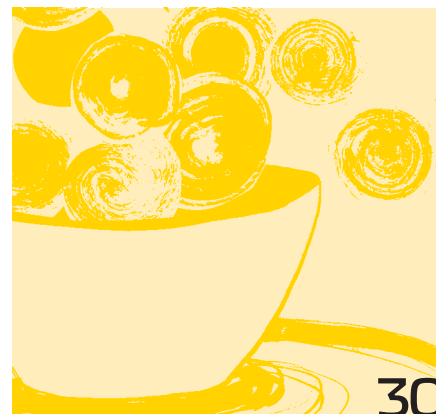
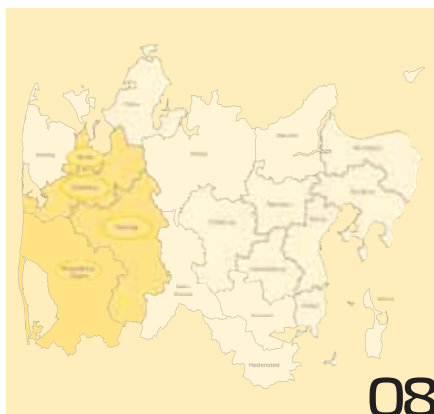
# midt liv

2

2008

Sundhedscentre





## Nyt sundhedslandskab



REGIONSRÅDSMEDLEM Aage Koch-Jensen

I kølvandet på de nye regioner og de nye store kommuner er det mønster, der var kendt fra amters og små kommuners tid brudt op. På sundhedsområdet er der derfor brug for nytænkning.

Når Region Midtjyllands akutplan og hospitalsplan gennemføres, bliver der fra dele af regionen langt til hospitaler, der har alle specialer, og samtidig vil kommunernes nye opgaver på sundhedsfremme-, forebyggelses- og rehabiliteringsområdet kræve et øget samarbejde mellem region og kommuner.

Oven i denne omvæltning kommer så, at almen praksissektoren står over for gennemgribende ændringer pga. nye opgaver og den kendsgerning, at der ikke er praksislæger nok, hvis de eksisterende praksis skulle fortsætte som hidtil.

Sundhedscentertanken er ikke ny, men det er umiddelbart indlysende, at tiden nu er

moden til at realisere nye sundhedscenterprojekter. Der er ikke behov for 'ensrettede' sundhedscentre, da indholdet i opgaven vil være vidt forskellig, hvad også artiklerne i dette blad tydeligt viser.

Indholdsmæssigt kan et sundhedscenter indeholde tilbud til kronikere i bredeste forstand, en almen lægepraksis der håndterer nye opgaver i samarbejde med regionale og kommunale sundhedstilbud, og diabetestilbud såsom fodpleje. Forskellige kommunale tilbud og gerne tilbud der prikker til befolkningens ansvar for egenomsorg. Listen er alenlang over de tilbud et sundhedscenter kan indeholde.

Økonomi spiller som altid en rolle. Eksisterende bygninger kan måske anvendes, eller matrikel-løse projekter kan være en anden løsning.

Samarbejdet om sundhedsaftaler mellem region og kommuner har bestået sin første prøve og er nu ved at finde en form. Dette forum vil også kunne analysere behovet for fremtidige sundhedscentre. En forudsætning for et vellykket resultat er selvsagt, at der også etableres et godt samarbejde med almen praksislægerne og andet sundhedspersonale. Talentet ligger her i – med solid grund i virkeligheden – at tænke nye tanker og udvikle sundhedstilbud, som befolkningen kan have tillid til.

Det er vigtigt, der bliver fulgt op på de projekter der lykkes, og at disse projekter kommunikeres ud i sundhedslandskabet.

Aage Koch-Jensen  
Regionsrådet (K)

### mi(d)t Liv – juli 2008

Bladet for beslutningstagere og sundhedspersonale i Midtjylland samt nationale samarbejdspartnere

#### Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed  
Sundhedsfremme og Forebyggelse  
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N  
[www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)

#### Redaktionspanel

Merete Bech Bennetsen  
MTV-konsulent, Center for Folkesundhed  
Lene Dørfler  
sundhedskonsulent, Silkeborg Kommune  
Lars Foged  
praktiserende læge, Skjern  
Anette Larsen  
socialrådgiver, Center for Folkesundhed  
Doris Nørgård  
ledende sundhedskonsulent  
Center for Folkesundhed  
Anna Birte Sparvath  
chefsyrgeplejerske, Regionhospitalet Horsens,  
Brædstrup og Odder

#### Redaktion

Lucette Meillier  
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4713, [lucette.meillier@stab.rm.dk](mailto:lucette.meillier@stab.rm.dk)  
Gerd Nielsen  
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4711, [gerd.nielsen@stab.rm.dk](mailto:gerd.nielsen@stab.rm.dk)  
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)  
kontorchef, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4707, [kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk](mailto:kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk)

#### Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen  
Tlf. 8728 4711, [gerd.nielsen@stab.rm.dk](mailto:gerd.nielsen@stab.rm.dk)

**Forside, tegninger:** Hanne Ravn Hermansen

**Grafisk tilrettelæggelse**  
Weitemeyer Design & Communication

**Tryk:** Werks Offset A/S

**Oplag:** 4.000 stk.

**Online version:** [www.midtliv.rm.dk](http://www.midtliv.rm.dk)

**Næste udgivelse:** oktober/november 2008

**ISSN 1902-7257**

---

Sundhedscentre har fået ny renæssance i forbindelse med opgaveflytning ved strukturreformen. Men hvilke emner og målgrupper kan et sundhedscenter rumme, og hvilke udfordringer søger det at løse? Er sundhedscentre en løsning på samordningsproblemer mellem sektorer? Hvilke sundhedsprofessioner skal eje sundhedscentrene? Skal sundhedscentre passes ind i eller forny sundhedsvæsenet?

Refleksioner over disse spørgsmål er optakten i dette nummer af mi(d)t LIV, hvor vi bl.a. tegner et landskab over de 13 eksisterende centre i Region Midtjylland og viser fem eksempler på væsensforskellige organiseringer, forankringer, målgrupper og indhold. Fra et virtuelt it-baseret center til centre med fysiske rammer. Fra sygehustilknyttede til kommunalt forankrede. Fra borgerrettede indsatser til kroniske patientforløb.

REDAKTIONEN ønsker hermed god læselyst og en fortsat god sommer.

---

**03 I dette nummer**

Tema:  
Sundhedscentre

**18 Sundhedscenter Vest**

- Det Vestjyske  
Sundhedsfyrtårn

**30 Sundhedscenterevaluering**

- om evalueringens design  
og centrenes forskellighed

---

**04 Sundhedscentrenes  
renæssance**

**20 Det gode liv skal formidles  
[Randers Sundhedscenter]**

**33 Revisionen af  
sundhedsaftalerne**

---

**08 Sundhedscentre  
i Region Midtjylland**

**22 SundhedsCenter Århus  
- kommunal sundhedsborger-  
service**

**35 Region Midtjyllands  
første samlede sundhedsplan**

---

**14 Forebyggelses- og  
Rådgivningscentret Skive:  
Murstensløst og virtuelt ...**

**24 mini-MTV som ledelses-  
og beslutningsstøtte-  
værktøj i sundheds-  
centre**

---

**16 Sundhedscenterprojekt  
i Horsens**

**28 Midtvejsevaluering  
i MTV-ramme  
- SundhedsCenter Århus**

---

# Sundhedscentrenes renæssance

■ Finn Borum, professor emeritus

Foto: Privat



Finn Borum

Efter stilhed om sundhedscentrene efter 1990 blev de atter genstand for interesse op under strukturreformen, der tildelte kommunerne en ny rolle som aktører i relation til sundhedsvæsenet. Under betydelige fødselsveer i form af en omfattende og ophedet debat i 2003-2005, hvori deltog både sundhedsfaglige grupper (ikke mindst sygeplejersker og læger) og administrative enheder (stat, amter og kommuner), så en ny generation af sundhedscentre dagens lys omkring 2005.

Fødselshjælp blev ydet af staten i form af en støtte på 100 mio. kr. til 18 sundhedscentre udvalgt blandt 63 ansøgninger fra kommunerne. Disse repræsenterer meget forskellige fortolkninger af sundhedscenterbegrebet, som bliver evalueret af Statens Institut for Folkesundhed (se artiklen side 30 f.). Variationerne skyldes dels, at sund-

hedscenterbegrebet ikke er særlig præcist defineret, dels at sundhedssektorens forskellige faggrupper og administrative enheder har forskellige syn på deres udformning. Det er således ikke overraskende, at fortolkningerne af sundhedscentrene støder sammen.

Det kan være nyttigt at rekapitulere, hvilke problemer sundhedscentre forventes at løse, og hvilke kontroverser de har givet anledning til. Ikke for at hænge fast i fortidens disputer, men fordi nogle af meningsforskellene sandsynligvis stadig eksisterer og kan dukke op igen, når erfaringerne med sundhedscentre efter forsøgsperioden skal danne basis for en vurdering af hvilke fortolkninger, der har et potentiale.

## **SAMORDNINGSPROBLEMET: Sundhedscentre som løsning?**

Sundhedsvæsenet har, som andre vigtige samfundssektorer, indbyggede problemer. At løfte en så tung og kompleks opgave som forebyggelse, behandling og pleje kræver manges indsats og samarbejde. Arbejdsdeling, specialisering og koordinering bliver centrale elementer i en hensigtsmæssig organisering af sektoren. Organiseringsprincipper vælges – ikke nødvendigvis i form af drastiske beslutninger, men måske snarere som langsommeligere etablering af fælles meninger om, hvordan det er naturligt at organisere sig.

Processerne, argumenterne og uenigheder fortaber sig ofte i fortidens tåger, men resultatet er påtrængende synligt i nutiden.

Dette gælder fx sundhedsvæsenets opdeling i et primært med praktiserende læger, sundhedsplejersker etc. og et sekundært med sygehusene til behandling af det, der ikke kan klares inden for det primære.

Enhver arbejdsdeling giver både fordele og ulemper. Fordelene er mulighed for at udvikle viden, kompetencer og behandlinger inden for de afgrænsede områder. Ulemperne er en opdeling af sundhedsvæsenet i afgrænsede territorier, som hver især udvikler sig ifølge deres logik, og som kan have svært ved at kommunikere og samarbejde om de patienter, der bliver nødt til at krydse grænserne for at blive behandlet og plejet.

Denne problematik er et eksempel på en stedsevarende udfordring, der ikke vil forsvinde, men som der til stadighed skal bruges kræfter på at bearbejde.

Allerede i 1988 sås sundhedscentre som et svar på sundhedsvæsenets samordningsproblem, som det kommer til udtryk i følgende citat:

*Sundhedscentre er i de senere år benyttet som en betegnelse for forsøg på samordning. Udviklingen tyder på, at flere sundhedscentre vil se dagens lys i den nærmeste fremtid, og at nedlagte sygehuse og tidligere plejehjem vil danne rammerne.*

*I den politiske debat fokuseres ofte på sundhedscenter som en mulig løsning på sundhedsvæsenets samordningsproblemer.<sup>1</sup>*



I 2004 sås sundhedscentre endnu engang som en mulig løsning på denne grundlæggende problematik, specielt omkring de voksende populationer af ældre og kronikere. Vinge, Vested & Ankjær-Andersen definerer sundhedscentre således:

*Et sundhedscenter er betegnelsen for en organisering af sociale og/eller sundhedsmæssige funktioner og aktiviteter, som er fysisk integrerede, dvs. indgår i et bygningsmæssigt fællesskab. Sundhedscentre har ikke sengepladser. Funktionerne behøver ikke at være organiseret under samme myndighed eller sektor.<sup>2</sup>*

– og beskriver sundhedscentrenes effekter som:

- Mere rationelle og sammenhængende patientforløb
- Bedre kvalitet i det samlede patientforløb
- Bedre ressourceanvendelse.

Efter næsten tyve års stilhed omkring sundhedscentre skabes således endnu engang høje forventninger til, at de i en ny fortolkning kan være et middel til at reducere et af sundhedsvæsenets grundlæggende problemer: manglende sammenhæng mellem systemets bestanddele.

#### **TERRITORIEPROBLEMET: Hvilke sundhedsprofessioner skal eje sundhedscentre?**

Strukturkommissionen (2004) tilbød en meget løs definition af sundhedscentre, der forholdt sig helt neutralt til deres form, sundhedsfaglige sammensætning, ejerskab og ledelse:

*En fysisk eller organisatorisk ramme for et tværfagligt samarbejde om (ikke-specialiserede) sundhedsrelaterede tilbud, der typisk er fysisk forankret samme sted. De ansatte personalegrupper i sundhedscentret er ikke nødvendigvis underlagt en fælles ledelse, endsize underlagt den samme myndighed.*

*Endvidere kan et sundhedscenter også omfatte private ydere, herunder de fra den offentlige sygesikring kendte grupper.<sup>3</sup>*

Dette var måske et forsøg på at holde sig fri af de kontroverser, der allerede var kørende mellem henholdsvis sundhedsfaglige organisationer og regioner, kommuner og centrale myndigheder.

Da sundhedscentre blev relanceret, mobiliserede de hurtigt sundhedsprofessionerne, idet en reorganisering af sundhedsvæsenet omkring sundhedscentre åbnede muligheder for nogle professioners projekter. I årene 2002-2005 producerede de således et betydeligt antal publikationer om sundhedscentre, som det fremgår af nedenstående oversigt over debatten, baseret på DSI's bibliografi fra 2005 (tabel 1)<sup>4</sup>:

Som det fremgår, sker der i 2003 et markant hop i antallet af publikationer om sundheds-

**Tabel 1:** Artikler, indlæg og bøger om Sundhedscentre siden 1984

År	1984-1986	1987-1990	1991-2000	2001	2002	2003	2004	2005 Jan-juni	Sum	Heraf 2003-2005
Aktørgruppe										
Læger		3				10	3	1	17	14
Sygeplejersker		4	3		1	4	15	3	30	22
Fysioterapeuter		1			1		6	3	11	9
Socialrådgivere /ergoterapeuter /jordemødre								3	3	3
Sundhedskartel						3		1	4	4
Administratorer			1			1	1	5	8	7
ARF/amter	2	2	2			3	4	5	18	12
DSI	3	1	1				2	1	8	3
KL/kommuner	1	7				1	2	6	17	9
Ministerie /Sundhedsstyrelse							2	2	4	4
Presse		2	2			3	4	5	16	12
Patienter			1					2	3	2
Sum	6	20	10	0	2	25	39	37	139	101

centre, og stigningen fortsætter gennem 2004 og 2005 (som kun omfatter årets første seks måneder). Dette store antal indlæg indikerer, at sundhedscentre er af interesse for både sundhedsprofessionernes og fremtidige regioners og kommuners projekter.

Sygeplejerskerne tog teten i 2002-2003, og leverede sammen med Sundhedskartellets andre faglige organisationer først på året 2003 et markant udspil, der i realiteten stillede spørgsmålstegn ved både lægernes og de fremtidige regioners rolle i relation til sundhedscentre. Sundhedskartellets fortolkning af sundhedscentre (juni 2003) lancerede dem som et middel til inddæmning og koordination af den primære og sekundære sundhedssektor:

*Et samlingspunkt for en meget bred vifte af almene sundhedsydelser, et 'fremskudt dige' i forhold til sygehuse og primær- og praksissektoren, koordinerende i forhold til den sociale indsats der direkte understøtter den sundhedsfremmende indsats.*

Sundhedskartellets udspil medførte kraftige reaktioner fra lægerne, der, som tabel 1 viser, i 2003 overtog rollen som de mest artikulerede omkring sundhedscentre. Nogle hovedsynspunkter i lægernes reaktion var, at det finske kommunalt forankrede system af sygehuse og sundhedscentre er under dansk standard, at Sundhedskartellet hverken gav nogen præcis eller overbevisende definition på sundhedscentre, og at sygeplejerskerne forfulgte en imperialistisk strategi. Den eneste fornuftige fortolkning af sundhedscentre ville være som centre for kronisk syge, indpasset i den eksisterende sundhedsorganisation.

Denne kontrovers mellem sundhedsprofessionerne synes imidlertid at blive aflyst af en våbenhvile i september 2003, hvor parterne sammen med de daværende amter udsender en fælles udtalelse, hvori de

erklærer deres enighed om at engagere sig i den fornødne udvikling af sundhedsvæsenet, og at det i denne sammenhæng er nødvendigt at foretage en tilpasning af sundhedscenterbegrebet til lokale forhold.

#### DESIGNPROBLEMET:

##### **Skal sundhedscentre passes ind i eller forny sundhedsvæsenet?**

Sygehuskommissionen (1997) og Indenrigsministerens rådgivende udvalg (2003) havde rejst det væsentlige spørgsmål om den administrative styring af sygehus- og sundhedsvæsenet ved at skitsere forskellige modeller, herunder både en kommunal styring af sygehusvæsenet og en regionalisering som et alternativ til de eksisterende amter. Sundhedscentre blev et element i kontroversen mellem regioner, kommuner og centrale myndigheder op under strukturreformen.<sup>5,6</sup>

I den ovenfor omtalte fælles erklæring fra amter, Sundhedskartellet og lægerne blev sundhedscentre fortolket som fokuseret på kronisk syge, livsstils sygdomme og rehabiliteringsopgaver for ældre, der passerede fra sygehuse til kommunale enheder. Samtidig blev der lagt vægt på, at alle sygehuse, sundhedscentre og læger skulle være under samme regionale myndighed.

Heroverfor var kommunerne først i 2003 ude med fortolkninger af sundhedscentre som 'minihospitaler' med sengepladser, der skulle kunne tilbyde mere økonomiske løsninger på nogle af sygehusenes opgaver, hvilket rummede en kritik af amternes hidtidige varetagelse af disse opgaver:

*... etableringen af en lang række decentraler og lokale sundhedscentre med mindre sengeafsnit, hvor genoptræning og mere rutineprægede behandlingsopgaver vil blive løst ... Lokale sundhedscentre, løsning af mindre sundhedsopgaver i patientens eget hjem eller*

*i kommunale botilbud – det er løsninger, som er billigere end behandling på sygehuse (Ejgil W. Rasmussen og Anker Boye i 2003).*

I forhold til disse fortolkninger af sundhedscentre og bud på i hvilket regi, de skulle placeres, fortolkede Indenrigs- og Sundhedsministeriet sundhedscentre som et kommunalt middel til at eksperimentere med nye former for lokalt tilpassede løsninger på behandling, forebyggelse og pleje.<sup>7</sup> Der blev samtidig lagt vægt på, at sundhedscentre skulle udformes, så de passede med de andre sundhedstilbud og ændringer i disse – fx nedlæggelse af lokale sygehuse.

Disse forskellige fortolkninger markerer en kontrovers omkring sundhedscentre mellem etablerede og nye aktører inden for sundhedsvæsenet. Amterne (de fremtidige regioner) argumenterede for, at sundhedscentre skulle fortolkes ind i det etablerede sundhedsvæsen som enheder, der skulle tage sig af kronisk syge. Dette synspunkt fandt støtte fra andre etablerede aktører inden for sundhedsvæsenet: Sundhedsstyrelsen, lægerne og i et vist omfang Sundhedskartellet efter 'våbenhvilen' i september 2003.

Heroverfor var ministeriet og kommunerne fælles om at fortolke sundhedscentre som et middel til nødvendig innovation inden for sundhedsvæsenet med henblik på at indfri strukturreformens intentioner. Lokale, kommunalt forankrede forsøg med sundhedscentre var anledninger til nytænkning og nyorganisering, som potentielt kunne overskride fortolkninger og standardløsninger udtænkt af sundhedsvæsenets etablerede og centrale aktører.

Denne kontrovers kan, jf. tabel 2, sammenfattes som en modsætning mellem forsvarere og udfordrere af det etablerede sundhedssystem:

**Tabel 2:** Det etablerede sundhedssystem forsvares og udfordres

	Systemforsvarere (amter & DSI)	Systemudfordrere (stat & kommuner)
Opfattelse af strukturreform og sundhedscentre	Potentiel trussel mod det eksisterende sundhedssystem	Et svar på det eksisterende sundhedssystems mangler
Hovedargument	Sundhedscentre skal passes ind i det eksisterende system	Sundhedscentre skal reformere det eksisterende system gennem eksperimenter
Brugerkategorier	Specifikke kroniske lidelser	Borgere: bred definition af sundhed
Grænsedragninger	Regioner som designere af sundhedscentre	Kommuner som innovatører omkring sundhedscentre

Forsøgsordningen med sundhedscentre kan i denne sammenhæng betragtes som en våbenhvile, der dog ikke er ensbetydende med, at der er etableret grundlæggende enighed om fortolkning af sundhedscenterbegrebet, selv om nogle – som fx sundhedscentre som minisygehuse – ganske vist er blevet frasorteret.

### Fremtidige udfordringer

Sundhedscenterbegrebets renæssance – for det havde allerede sidst i 80'erne en første blomstringsperiode, hvor specielt samordningsproblematikken mellem primær og sekundær sundhedssektor var i fokus – har givet anledning til megen debat og kontrovers, specielt i årene 2002-2006. Der er tre hovedårsager hertil:

1. Sundhedscentre blev relanceret i forbindelse med strukturreformen – hvor amterne, hvis eksistens var truet, havde en grundlæggende konflikt kørende med reformmagerne – som sundhedscentrene blev defineret ind i. For kommunerne repræsenterede sundhedscentrene derimod en mulighed for at træde i karakter som nye aktører inden for sundhedsvæsenet.
2. Sundhedscentrene repræsenterede en strategisk åbning, som nogle af sundhedsprofessionerne forsøgte at udnytte

til at positionere sig i forhold til de fremtidige sundhedscentre.

3. Sundhedscentrenes renæssance var en forstyrrelse af et etableret sundhedssystem, hvor det ikke var indlysende, hvordan disse nye enheder skulle indpasses.

På den ene side er dette historie: regionerne og de nye kommuner er etableret, ændringen af sundhedsvæsenets finansiering gennemført, kommunale forsøgsprojekter med sundhedscentre sat i værk, og den første runde af sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner indgået.

På den anden side har de tidligere kontroverser aktualitet. Sundhedsprofessionerne forfølger fortsat forskellige professionelle projekter, der kommer til udtryk i forskellige faglige vurderinger af og interesser i sundhedscentrene. Regionerne er nye enheder, men med rødder i det amtslige regime, medens storkommunerne har fået tildelt en ny aktørrolle i forhold til sundhedsvæsenet, som de stadig skal vise at de kan leve op til.

Det vil derfor ikke være overraskende, hvis nogle af disse uenigheder dukker op igen, når erfaringer med og modeller for sundhedscentre skal diskuteres i en ikke alt for fjern fremtid.

Det kan være på sin plads, hverken at drage for bastante konklusioner eller at være for hård i frasorteringen. *For det første* har man i reformiver haft meget høje – og måske urealistiske – forventninger til de nye sundhedscentres gennemslagskraft i forhold til sundhedsvæsenets grundlæggende problemer. *For det andet* er det svært at etablere nye institutioner inden for en sektor, der som sundhedsvæsenet er bygget op omkring vel-etablerede institutioner, herunder sygehuse, lægepraksisser, plejehjem etc.

I første omgang er der gennem sundhedscentrenes renæssance skabt lokale udformninger, der udviser en betydelig variation. Det er en overkommelig opgave at frasortere fortolkninger af sundhedscentre, der efter forsøgsperioden ikke har demonstreret noget potentiale. Det vil være en meget større udfordring, på basis af de blandede erfaringer med andre fortolkninger, at fortsætte arbejdet med at udvikle og rendyrke de varianter af sundhedscentre, der er mulige svar på sundhedsopgavernes kompleksitet og varierende lokale kontekster. ■

### REFERENCER

1. Jacobsen, Eva Thune (1988), *Sundhedscentre som tilbud i lokalmiljøet*. København: DSI Dansk Institut for Sundhedsvæsen.
2. Vinge, Sidsel, Vested, Stine Hougaard & Ankjær-Jensen, Anni (2004), *Sundhedscentre i Frederiksborg Amt*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
3. Strukturkommissionen (2004), *Strukturkommissionens hovedbetænkning*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 1. Økonomiske Kontor.
4. DSI (2005), *Bibliografi om Sundhedscentre i Danmark*. København: DSI Dansk Institut for Sundhedsvæsen.
5. Sygehuskommissionen (1997), *Udfordringer i Sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen*. København: Betænkning nr. 1329.
6. Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg (2003), *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer*. København: Statens Information.
7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004), *Aftale om strukturreform*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 1. kontor.

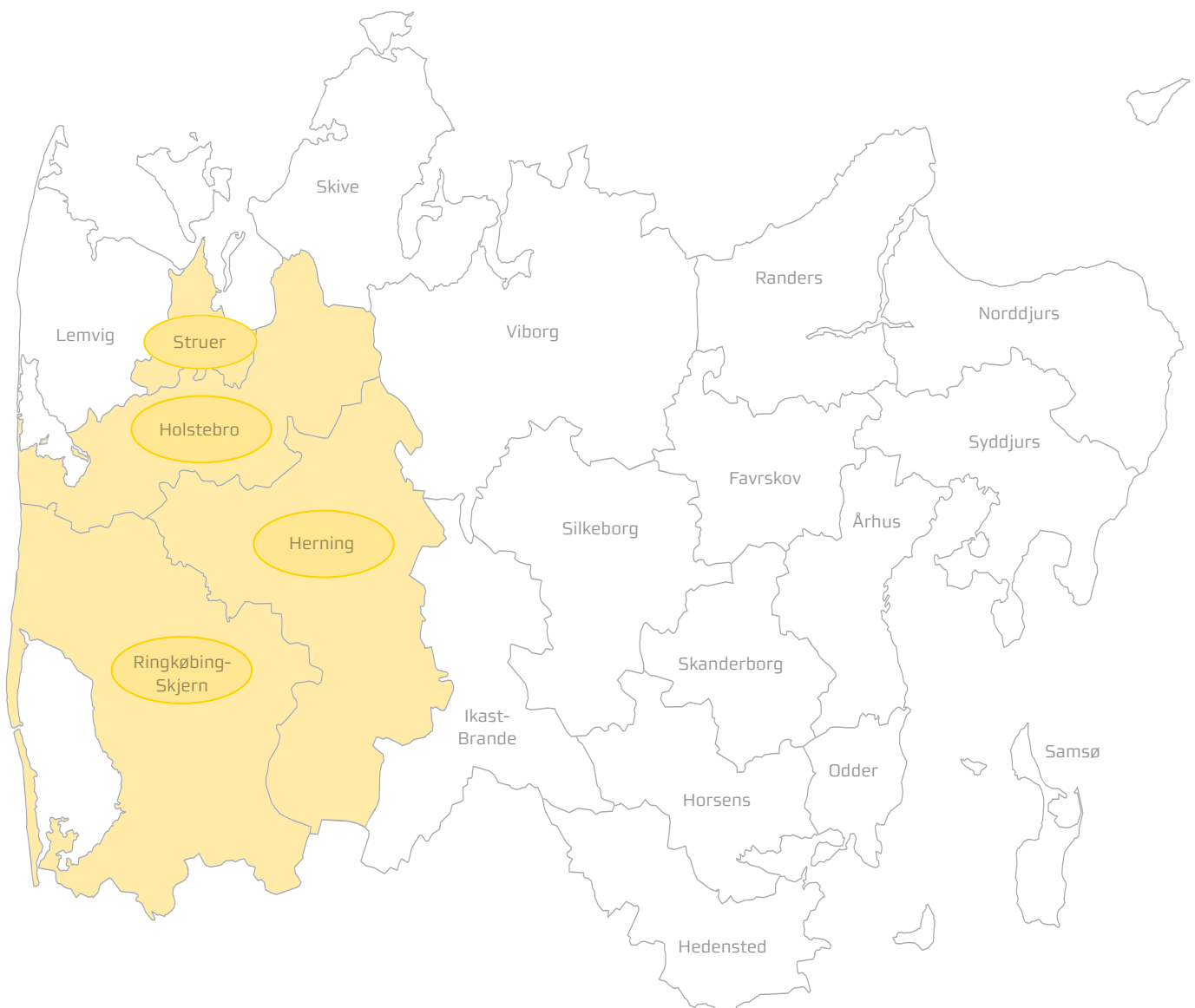
# Sundhedscentre i Region Midtjylland<sup>1</sup>

En række sundhedscentre har fundet plads i Region Midtjylland gennem de senere år. Nogle har gamle rødder og er etableret efter nedlæggelse af sygehuse eller i tilknytning til Sund By-aktiviteter. Flere er skudt frem i forbindelse med den nye struktur og de nye sundhedsfremme-, forebyggelses- og rehabiliteringsopgaver i kommunerne med økonomisk starttilskud fra Indenrigs- og Sundheds-

ministeriets (nu: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) pulje til sundhedscentre eller Socialministeriets (nu Velfærdsministeriets) satspuljemidler. Andre er finansieret af kommunerne eller Region Midtjylland.

Efter kommunalreformen med nye opgaver, nye medarbejdergrupper og/eller nye målgrupper er der sket en rivende udvikling i

sundhedscentrene. Det være sig at favne en hel kommunes sundhedsfremme- og forebyggelsespolitik eller at tage sig af specifikke opgaver for grupper af kroniske patienter. Kortene og beskrivelserne i denne artikel giver et øjebliksbillede af, hvor der i maj 2008 i Region Midtjylland er sundhedscentre, deres mål, aktiviteter og organisatoriske forankring.





## Ringkøbing-Skjern

## Sundhedscenter Vest Ringkøbing-Skjern Kommune

### Fysisk ramme

Nedlagte Tarm Sygehus hvor også de fem praktiserende læger i Tarm holder til.

### Organisatorisk ramme

Ringkøbing-Skjern Kommune, afdeling for Sundhed og Om-sorg. Politisk i Social- og sundhedsudvalget, som ligeledes dækker afdeling for Voksen handicap og psykiatri. Tilknyttede aktiviteter i samarbejde med Region Midtjylland.

### Målgrupper

Befolkningen generelt i den borgerrettede del. Specifikke målgrupper: misbrugere, ældre, kroniske patienter og udskrevne til genoptræning.

### Emner og aktiviteter

Genoptræning, ambulant misbrugsbehandling, forebyggende hjemmebesøg, sundhedsfremme og forebyggelse for befolkningen generelt samt lærings- og mestringsforløb for kronisk syge patienter. Således mange dele i den kommunale sundhedspolitik.

### Rekruttering til aktiviteter

Henviste patienter fra regionshospitalerne i Hospitalsenheden Vest og fra praktiserende læger. Borgere kan gå ind fra gaden, og der foretages opsøgende sundhedsarbejde.

### Økonomi

Start og etablering i 2006 med bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til sundhedscentre på kr. 8,5 mio. Drift med kommunale og regionale midler.

### Kontakt

Ulla Svendsen, centerleder Sundhedscenter Vest, Ringkøbing-Skjern Kommune.

## Holstebro

## Sundhedscenter Holstebro Kommune

### Fysisk ramme

Lokaler centralt i Holstebro by, udgående aktiviteter i lokal-miljøer og lokale arenaer.

### Organisatorisk ramme

Etableret under Holstebro Kommune, Social og sundhedsforvaltningen i forbindelse med kommunalreform. Sundhedscentret er udgangspunkt for udarbejdelse og implementering af Holstebro Kommunes sundhedsplan. Samarbejde med institutioner og foreninger m.v.

### Målgrupper

For alle aldersgrupper og borgere. Specifikke målgrupper: ud-satte grupper i samarbejde med fagforvaltning - voldsramte, borgere med psykiske problemer m.v. Borgere med kroniske sygdomme. Arbejdspladser.

### Emner og aktiviteter

Læring og mestring for kroniske patienter. KRAM-faktorer, social integration, trivsel på arbejdspladsen m.v.

### Rekruttering til aktiviteter

Åben adgang, udgående aktiviteter i kommunen samt visitation til særlige grupper.

### Økonomi

Etablering og drift i Holstebro Kommunes budget.

### Kontakt

Ellen Greve, sundhedschef, Holstebro Kommune.

## Struer

## SundhedscenterStruer Struer Kommune

### Fysisk ramme

Bygning i Struer by samt ramme for udgående aktiviteter i organisationer og lokalområder. Etableret i forbindelse med forberedelse til ny struktur.

### Organisatorisk ramme

Struer Kommune, Sundhedsafdelingen.

### Målgrupper

Befolkningsrettet indsats for børn, unge, voksne og ældre. Specifikke målgrupper: hørehæmmede samt kroniske syge patienter generelt.

### Emner og aktiviteter

Sundhedsfremme og forebyggelse ifølge kommunens sundhedsplan for ovenstående målgrupper, herunder KRAM-faktorer, samt genoptræning og vedligeholdelsestræning. Særlige emner: forebyggende hjemmebesøg, tobaksforebyggelse, høreomsorg, KOL-rehabilitering samt lærings- og mestringskurser for kroniske patienter.

### Rekruttering til aktiviteter

Opsøgende til befolkningen generelt. Borgerne visiteres via regionshospitalerne eller egen læge.

### Økonomi

Etablering og drift i Struer Kommunes budget.

### Kontakt

Henriette Haase Fischer, sundhedskonsulent, SundhedscenterStruer, Struer Kommune.

## Herning

## Decentrale Sundhedscentre Herning Kommune

### Fysisk ramme

Sundhedshus centralt i Herning by samt decentrale sundhedscentre på fire matrikler i Vildbjerg, Aulum, Kibæk og Sunds under planlægning i 2008.

### Organisatorisk ramme

Herning Kommune, Social, Sundhed og Beskæftigelse - Sundhedsafdelingen.

### Målgrupper

Et bredt spektrum af borgere i nærmiljøet.

### Emner og aktiviteter

Målene med decentrale sundhedscentre er:

1. At sikre borgerne adgang til generelle sundhedsydelse i nærmiljøet.
2. At opnå et optimalt samspil mellem sundhedscenter-ydelse og aktivitetscenter-ydelse.

### Rekruttering til aktiviteter

De borgere, der typisk vil komme på matriklerne, er borgere som har en genoptræningsplan, borgere som bruger aktivitetscenter-tilbud, borgere som skal have patientundervisning etc. Dvs. både henviste fra sundhedsvæsenet, og dem der selv opsøger aktiviteter og rådgivning om livsstilsændring på alternative måder.

### Økonomi

Etablering og drift i Herning Kommunes budget. De samlede anlægsudgifter vurderes at beløbe sig til godt 12 mio. kr. Bygningsdriftsudgifter vurderes til ca. 2,3 mio. kr. årligt.

### Kontakt

Dorte Eastwood, chef for Sundhedsafdelingen, Herning Kommune.

## Skive

## Forebyggelses- og Rådgivningscentret – Skive Kommune

**Fysisk ramme**  
Murstensløst og virtuelt.

**Organisatorisk ramme**  
Skive Kommune, Sundhedsafdelingen.

**Målgrupper**  
Sundhedsprofessionelle i kommunens institutioner og private initiativtagere på forebyggelsesområdet.

**Emner og aktiviteter**  
Styrke koordinering og samarbejde: at facilitere samarbejde, koordinere opgaver og formidle viden på tværs af kommunen, offentligt som privat.  
Projektvugge: hjælp til udvikling og igangsætning af initiativer.  
Vidensdeling: formidle generel viden om igangværende aktiviteter inden for forebyggelse og sundhed i fx sundhedsportal og nyhedsbreve.  
It-portal: it-baserede redskaber i forebyggelsen som forsøg.

**Rekruttering til aktiviteter**  
It-portal er central, og der foretages opsøgende arbejde.

**Økonomi**  
2006-2009 med finansiering af Velfærdsministeriet. Fortsættes med driftsmidler fra Skive Kommune.

**Kontakt**  
Jakob From Høeg, udviklingskonsulent, Forebyggelses- og Rådgivningscentret, Skive Kommune.

## Norddjurs



## Sundheds- og patientskolen Norddjurs Kommune / Region Midtjylland

**Fysisk ramme**  
Regionshospitalet Grenaa. Etableret 2005.

**Organisatorisk ramme**  
Norddjurs Kommune og Regionshospitalet Randers og Grenaa.

**Målgrupper**  
Patienter med kroniske sygdomme og overvægtige.

**Emner og aktiviteter**  
KOL, hjerte-karrehabilitering, diabetes, overvægt og kræft-rehabilitering. Kost, motion, rygestopkurser, psykisk trivsel samt patientuddannelsen: *Lær at leve med kronisk sygdom*.

**Rekruttering til aktiviteter**  
Henvisning fra egen læge og Regionshospitalet Randers og Grenaa. Henvisning fra kommunale sagsbehandlere.

**Økonomi**  
Delt finansiering mellem Norddjurs Kommune og Regionshospitalet Randers og Grenaa, Region Midtjylland.

**Kontakt**  
Hanne Winterberg, projektkoordinator ved Sundheds- og Patientskolen, Regionshospitalet Grenaa.

## Randers

## Randers Sundhedscenter Randers Kommune

**Fysisk ramme**  
Sundhedscenter i lejede lokaler i Randers by. Udgående funktioner i lokalsamfundet. Plan om bygning af nyt større sundhedshus.

**Organisatorisk ramme**  
Randers Kommune, Sundhed og Ældre.

**Målgrupper**  
Børn, unge, voksne, ældre, kroniske patienter, udskrevne til genoptræning.

**Emner og aktiviteter**  
Ramme for Randers Kommunes sundhedspolitik og dens praktiske udførelse inden for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse fra vugge til grav. Herunder for kroniske patienter samt genoptræning. Adskillige sundhedsaktører har fysisk ramme i sundhedscentret. 10 forskellige patientforeninger har træffetider i sundhedscentrets café.

**Rekruttering til aktiviteter**  
Sundhedscafé med åben dør, henvisning fra egen læge, Regionshospitalet Randers og gennem sundhedspersonale i Randers Kommune.

**Økonomi**  
Finansieret af Randers Kommune i forbindelse med overgang til ny struktur. Ingen andre medfinansierende.

**Kontakt**  
Susanne Bækgaard, leder af Randers Sundhedscenter, Randers Kommune.

## Odder

## Sundhedscenter Odder Kommune

**Fysisk ramme**  
Sundhedscentret omfatter tre lokaliteter: Ørting Lokalcenter, Ålykkecentret og Odder Kommunes Træningscenter på nedlagte Odder Sygehus. Etableret 1994 i forbindelse med ældreaftaler med Århus Amt.

**Organisatorisk ramme**  
Odder Kommune, Sundhed og Omsorg, Ældreområdet.

**Målgrupper**  
Svage ældre: pensionister over 60 år. Aflastningssenge og akutindlæggelse.  
Færdigbehandlede patienter og hjemmeboende ældre til genoptræning.  
Ældre til vedligeholdelsestræning.

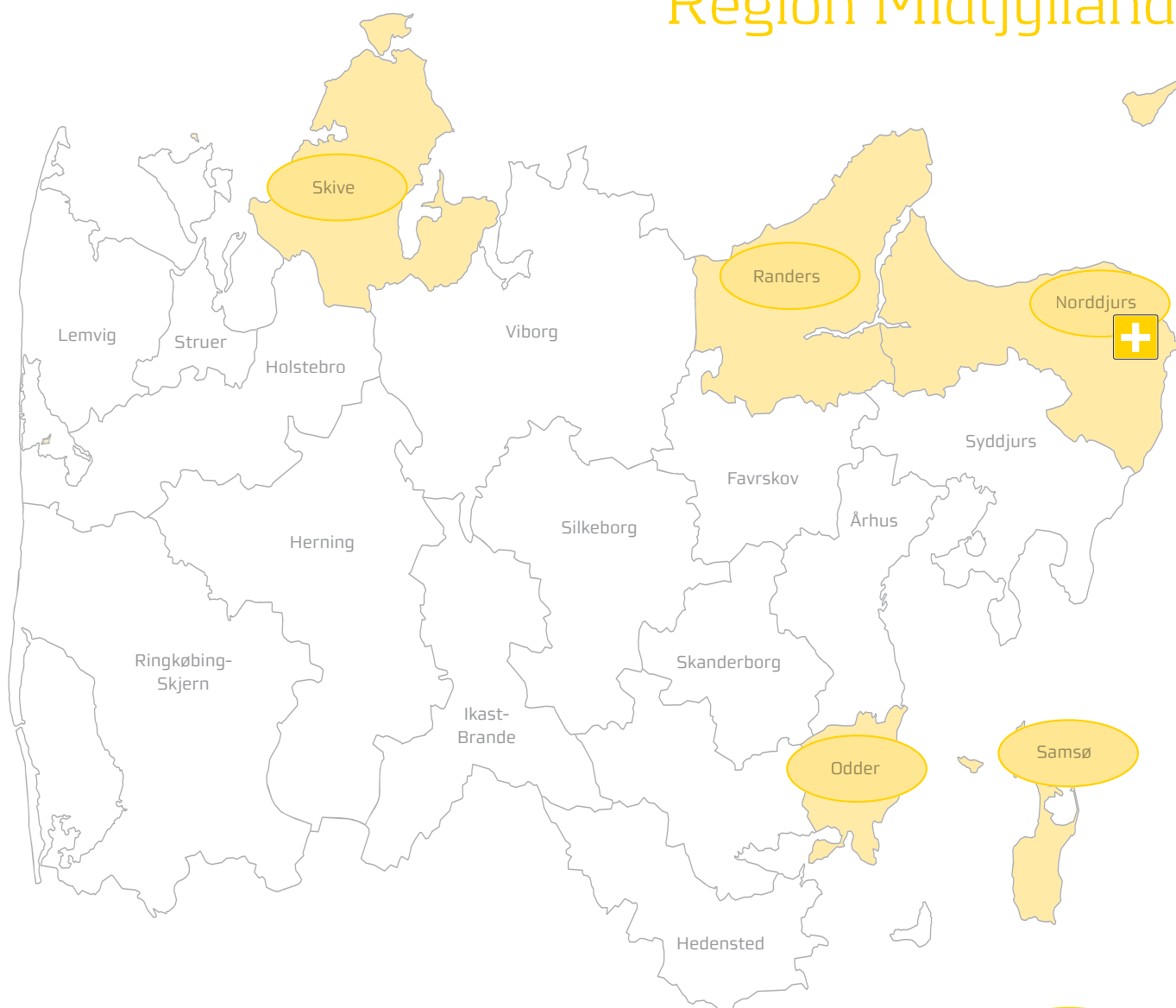
**Emner og aktiviteter**  
Indlæggelser til aflastning og genoptræning.  
Ambulant fysisk træning efter muskel-skeletsygdomme.  
Fysisk træning på hold, individuelt eller i hjemmet.

**Rekruttering til aktiviteter**  
Visitering af sundhedscentret efter henvendelse fra borgeren selv, egen læge eller hospitalsafdeling.

**Økonomi**  
Drift finansieres af Odder Kommune.

**Kontakt**  
Anne Juul Sørensen, ældrechef, Odder Kommune.

# Sundhedscentre i Region Midtjylland



## Samsø Sundhedsfremmecenter – Samsø Kommune

### Fysisk ramme

Bygning tæt ved Samsø Rådhus. Etableret 2006.

### Organisatorisk ramme

Samsø Kommune, Sundhedsafdelingen og Social- og kulturudvalget under driftsdirektøren.

### Målgrupper

Sundhedsfremmecentret er rammen om Samsø Kommunes Sundhedsafdeling og har ansvaret for udførelse af aktiviteter fra kommunale sundhedsplan. Aktiviteter i sundhedsfremmecentret og udgående funktioner.

Borgerrettet indsats: børn, unge, voksne og ældre samt udskrevne og kroniske patienter.

Specifikke målgrupper: misbrugere, handicappede, børn, unge og kroniske patienter.

### Emner og aktiviteter

Sundhedstjek, kostvejledning, motionsvejledning, rygestop, løbetræning, stavgang, livsstilsklub, sund kost og motion, sund ung, netværksgruppe for overvægtige, patientuddannelsen *Lær at leve med kronisk sygdom*, samt patientskoler om hjerte-karsygdom og knogleskørhed.

### Rekruttering til aktiviteter

Åben rådgivning. Henvisning til patientskoler fra egen læge. Udgående funktioner.

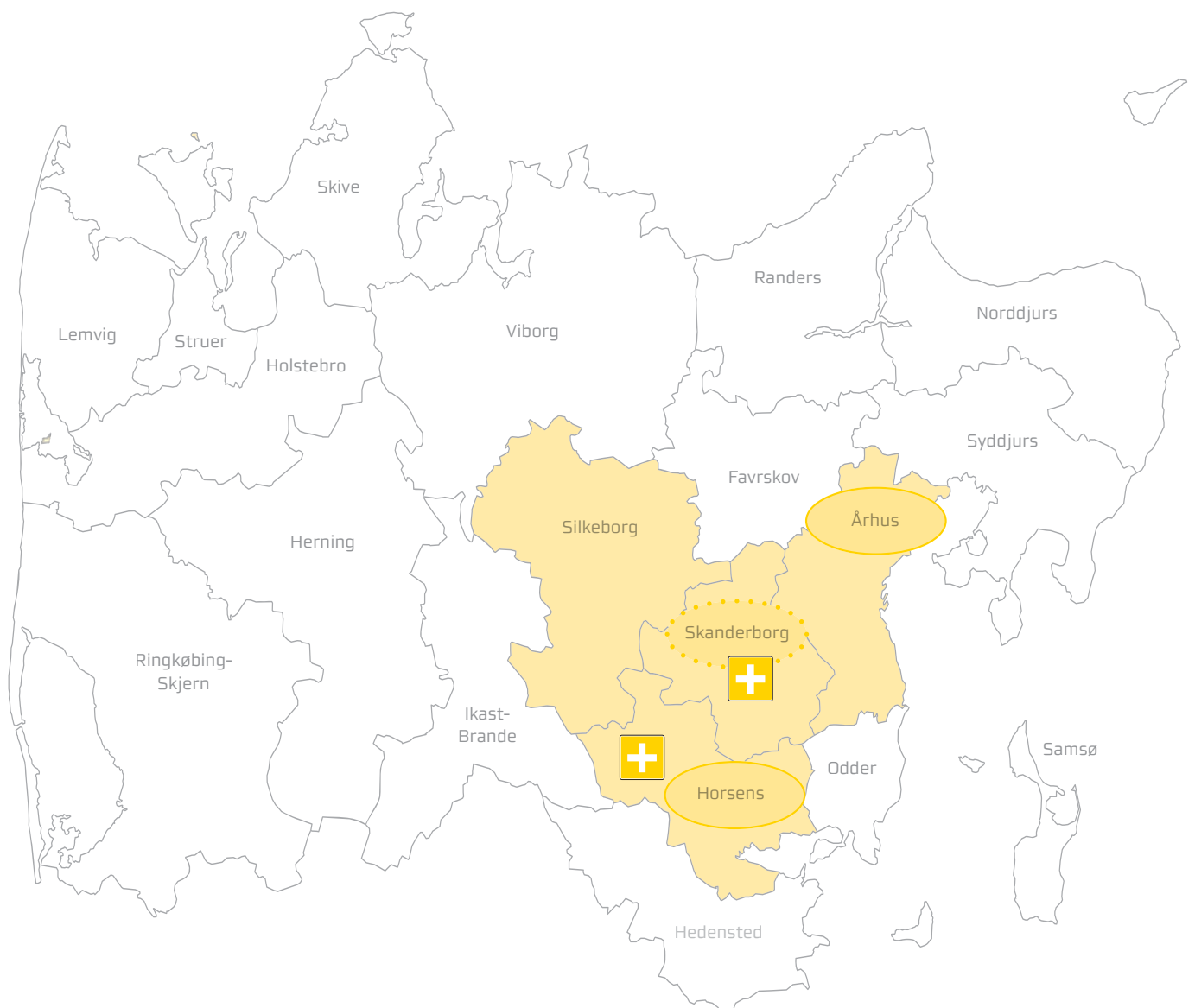
### Økonomi

Etableret med midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til sundhedscentre. Fortsat drift fra Samsø Kommune.

### Kontakt

Nanna Salicath, afdelingsleder, Familie- og sundhedsafdelingen, Samsø Kommune.

Samsø



## Sundhedscentre i Region Midtjylland

Århus

### SundhedsCenter Århus – Århus Kommune

#### Fysisk ramme

Egne lokaler i Århus bykerne.

#### Organisatorisk ramme

Århus Kommune, Sundhed og Omsorg under Sundhedsstaben. Igangsat 2006 med henblik på overgang til ny struktur.

#### Målgrupper

Alle borgere i Århus Kommune. Kroniske patienter med hjertesygdom, KOL og diabetes.

#### Emner og aktiviteter

Sundhedsfremmende åben samtale på SundhedsCenterets adresse med henblik på at tage vare på egen sundhed – for alle. Adgang til patientforeninger i bygningen, henvisning til en vifte af aktiviteter i lokalområdet.

Livet med KOL, hjertesygdom og diabetes ud fra individuel undervisning og holdaktivitet.

#### Rekruttering til aktiviteter

Åbent borgertilbud. Henvisning af kroniske patientgrupper fra egen læge.

#### Økonomi

Igangsat af Århus Kommune støttet af pulje til sundhedscentre fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Fortsatte driftsmidler fra Århus Kommune.

#### Kontakt

Karen Bjerre, sundhedscenterchef, SundhedsCenter Århus, Århus Kommune.

## Livsstilscentret

### – Regionshospitalet Brædstrup

#### Fysisk ramme

Regionshospitalet Brædstrup. Livsstilscenteret blev etableret 1996. Patienter indlægges til behandling.

#### Organisatorisk ramme

Hospitalsenhed Horsens, Brædstrup og Odder, Region Midtjylland.

#### Målgrupper

Patienter indlægges med kroniske sygdomme, overvægt og uønsket barnløshed.

#### Emner og aktiviteter

Hjerte-karsygdomme, diabetes, svær overvægt, KOL/bronkitis, knogleskørhed, uønsket barnløshed i kombination med livsstilsfaktorer. Forældre til overvægtige børn. For alle målgrupper bortset fra forældre til overvægtige børn er indlæggelserne 3 gange 3½ døgn over et halvt år. Alle tidligere patienter inviteres til et årligt livsstilsstræf. Dette er uden for behandlingstilbuddet og med egenbetaling.

#### Rekruttering til aktiviteter

Henvisning fra egen læge, speciallæge eller hospitalslæge.

#### Økonomi

Finansieres af Region Midtjylland og de andre regioner via DRG-takster. Der er ingen kommunal finansiering og kun brugerbetaling ved livsstilsstræf efter endt behandling.

#### Kontakt

Bodil Hejlskov, konstitueret leder, Livsstilscentret, Regionshospitalet Brædstrup.



## Regionshospitalet

### Skanderborg Sundhedscenter

#### Fysisk ramme

En del af det nedlagte Skanderborg Sygehus. Etableret 1992.

#### Organisatorisk ramme

##### *Region Midtjyllands tilbud:*

Regionshospitalet Silkeborg driver og bemander følgende ambulatorier:

- Medicinsk ambulatorium
- Ortopædkirurgisk ambulatorium
- Gynækologisk/Obstetrisk ambulatorium
- Jordemodercentret
- Kirurgisk ambulatorium
- Røntgen ambulatorium
- Blodbanken
- Laboratoriet.

Endvidere huser sundhedscentret privatpraktiserende speciallæger, læger, tandlæger, fysioterapeuter i lejemål. Ligeledes har Skanderborg Kommune lokaler i lejemål.

##### *Skanderborg Kommunes tilbud:*

- Borgere med en genoptræningsplan kan vælge genoptræning på sundhedscentret udført af regionshospitalets terapeuter.
- Kernehuset Bellis:
  - Dagtilbud for pensionister
- Bostøtten:
  - Tilbud om støtte i egen bolig og aktivitet i hverdagen for sindslidende
- Sundhedscafeen med åbningstid alle hverdage kl. 8-14
- Der arbejdes med oprettelse af et lokalt kommunalt sundhedscenter til støtte af implementering af kommunens sundhedspolitik.

Aktivitetsudvalg støtter og udvikler sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter hvilende på et bredt folkeligt grundlag.

Aktiviteterne støttes økonomisk af Region Midtjylland og Skanderborg Kommune.

#### Målgrupper for Skanderborg Sundhedscenter

Alle borgere i Skanderborg Kommune.

#### Rekruttering til aktiviteter

Åben adgang, udgående aktiviteter i kommunen samt visitation til særlige grupper.

#### Økonomi

Finansieres af Region Midtjylland.

#### Kontakt

Regionshospitalet Silkeborg tlf. 8722 2626.

Skanderborg



Horsens

## Det Kommunale Sundhedsteam / Akutstuen – Horsens Kommune

#### Fysisk ramme

Det Kommunale Sundhedsteam benytter lokaler på Ceres Centret. Akutstue med tre senge til ældre medicinske patienter.

#### Organisatorisk ramme

Horsens Kommune.

#### Målgrupper

Patientgrupper med kroniske sygdomme og overvægtige børn med forældre. Ældre medicinske patienter.

#### Emner og aktiviteter

Kurser med opfølgning for borgere med KOL og diabetes 2, overvægtige 3. klasses børn. Ældre, der er for syge til at være hjemme, men ikke bør indlægges på regionshospital.

#### Rekruttering til aktiviteter

Henvisning fra egen læge og Regionshospitalet Horsens. Overvægtige børn tilmeldes via forældre. Ældre medicinske patienter henvises fra egen læge.

#### Økonomi

Igangsat med midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til sundhedscentre og tilskud fra Horsens Kommune 2006-2007. Videreført efter 2007 med kommunale driftsmidler, akutstuen foreløbig dog kun for 2008.

#### Kontakt

Birthe Pors, teamleder, Det kommunale Sundhedsteam, Horsens Kommune.

#### NOTE

1. Baseret på oplysninger indhentet af redaktionen medio maj 2008.



# Forebyggelses- og Rådgivningscentret Skive: Murstensløst og virtuelt – men bestemt ikke usynligt!

■ Eva Henriksen, forebyggelseschef & Jakob From Høeg, udviklingskonsulent, Forebyggelses- og Rådgivningscentret, Skive Kommune

I perioden 2006-2009 gennemfører Skive Kommune et forsøgsprojekt, der finansieres af Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service under Velfærdsministeriet. Forsøgsprojektet indgår som ét ud af 11 projekter, hvor der er etableret forskellige former for kommunale forebyggelses- og rådgivningscentre (FRC). Hovedparten drejer sig om konkrete borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som foregår i fysiske centre med sundhedspersonale, mens FRC Skive er murstensløst og virtuelt – og mere en organiseringsform med konsulentfunktion end et sundhedscenter med fast adresse. FRC Skive er organisatorisk identisk med kommunens Sundhedsafdeling og består af en forebyggelseschef og en konsulent. De to medarbejdere har uddannelser og kompetencer inden for sygepleje, undervisning, (projekt)ledelse, it og offentlig administration.

## Organisering med fokus på koordination og samarbejde

FRC Skive/sundhedsafdelingen har kun få aktiviteter med direkte borgerkontakt, idet sundhedsfremme og forebyggelse er tænkt som en decentralt forankret opgave i kommunen. Opgaven er derfor først og fremmest at facilitere samarbejde, koordinere opgaver og formidle viden på tværs af kommunen – både i offentlige og frivillige/private sammenhænge. I tilknytning til sundhedsafdelingen er der etableret en *sundhedsgruppe*, som består af repræ-

sentanter fra alle kommunale forvaltninger og afdelinger. Afdelingens politiske forankring er i Sundhedsudvalget, der i lighed med afdelingen er organiseret som et tværgående udvalg uden ansvar for en selvstændig forvaltning. Sundhedsafdelingen er organisatorisk placeret i Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Forvaltningens direktør Inglev Jensen begrundet organiseringen således:

*– Vi ønsker at sætte sundhed på dagsordenen i hele Skive Kommune. Risikoen ved at etablere en stor, samlet sundhedsforvaltning med mange driftopgaver er, at opgaverne og fokus på emnet bliver begrænset til det ene sted. Sundhed vedrører i realiteten alle forvaltninger og afdelinger, og vi har satset på en tværgående og koordinerende funktion for at kunne involvere og aktivere ledere og medarbejdere meget bedre.*

## FRC's indsatsområder

FRC Skive fokuserer på tre indsatsområder:

- at styrke koordination og samarbejde
- projektvugge
- vidensdeling.

Det første punkt er allerede beskrevet. *Projektvuggen* drejer sig om at tage initiativer til eller hjælpe andres initiativer i forhold til at etablere nye sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Det kan være fundraising, projektbeskrivelser, styregruppedeltagelse,

hjælp til evaluering og dokumentation osv. Der er desuden afsat begrænsede midler til uddannelse, konsulentbistand og projektopstarts-hjælp. I løbet af FRC's første to år er der blevet ydet proceskonsulentbistand fra FRC til godt 25 projekter, hvoraf en stor del er nystartede. *Vidensdeling* indeholder en forpligtelse til at indhente, generere og dele information om projekter og indsatser, og til at formidle generel viden om sundhed og forebyggelse for borgere og sundhedsprofessionelle. Det sker først og fremmest via en sundhedsportal og nyhedsbreve, men også gennem fx sundhedsgruppen.

## IT som særligt omdrejningspunkt

IT spiller en stor rolle for projektets gennemførelse. Der er foretaget en it-foranalyse, som havde til formål at afdække it-udviklingsmæssigt potentiale for at øge samarbejde, koordination og vidensdeling i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Analysen dannede grundlag for forskellige it-projekter og andre indsatsområder. Det drejer sig fortrinsvis om it-baserede redskaber til planlægning og gennemførelse af projekter inden for sundhedsfremme og forebyggelse og it-baseret formidling. Der er fx etableret en internetportal, der indeholder projektbeskrivelser, nyheder, links, aktiviteter osv. på sundhedsområdet. Der er igangsat et udviklingsprojekt, hvor der i tilknytning til internetportalen etableres et kursusoprettelses- og bookingmodul med sms- og mailkommunikation.



Af: illustratør Dorte Karrebæk



Forebyggelses- og Rådgivningscentret, Skive Kommune (FRC Skive): [www.skivesund.dk](http://www.skivesund.dk)

Der pågår desuden udvikling af et *ledelses-informationssystem*, der skal fokusere på to indsatsområder:

1. At præsentere og anvende sundhedsydel-sesforbrugsdata i sammenhæng med andre kommunale informationskilder. Fx dokumentation af forbrug og prognoser, prioritering og værdisættelse af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, samt databerigelse (fx ved hjælp af omsorgs- og arbejdsmarkedssystemer) til at få mere anvendelig viden om målgruppen for indsatser m.v.
2. At etablere et projektledelsesværktøj, hvor der kan fastsættes indikatorer for det enkelte projekts målopfylde, oprettes webaserede indberetningsredskaber til at følge indikatorerne, samt udvikles en formidlings- og analysebrugerflade, hvor fx projektledere, fagprofessionelle og andre interesserede kan følge med i de enkelte projekter.

It-redskaberne etableres med henblik på at sikre en højere kvalitet i de sundhedsfrem-

mende indsatser. Det gælder i formidlingen af indsatser og resultater, men også i forhold til evaluering og faglig dokumentation, samt prioritering af indsatser og metoder. Det er en selvstændig målsætning, at it-redskaberne skal være lettilgængelige (internet/webbaseret) og nemme at anvende. Vejledning til brugen af redskaberne skal udarbejdes i form af e-learning.

### Resultater og erkendelser

De umiddelbare resultater af etableringen af FRC Skive ses bl.a. ved en markant stigning af igangsatte projekter, hvoraf mange er organiseret på tværs af fagligheder og forvaltninger. Portalen – som er illustreret med logo, friser og vignetter udarbejdet af tegneren Dorte Karrebæk – er et andet synligt resultat. Etableringen af en række samarbejdsorganer (sundhedsgruppe, styregrupper, ad hoc-projektudviklingsgrupper) demonstrerer, at centret fungerer som en tværgående enhed.

Men det vigtigste resultat er måske, at der i forvaltningerne har bredt sig en erkendelse af, at der er et stort koordinerings- og samarbejds-

potentiale i den kommunale opgaveløsning, ikke mindst når det gælder sundhedsfremme og forebyggelse. Kommunens medarbejdere i de forskellige forvaltninger vil ofte beskæftige sig med de samme borgere og deres familier, og de samme problemstillinger og udfordringer, blot ud fra forskellige synsvinkler. Den virkelighed råber på sammenhæng og koordination. Forebyggelses- og Rådgivningscentret (FRC) Skive viser sin berettigelse som afdeling og organiseringsform, når det kan facilitere sammenhæng og koordination mellem de mange aktører, der spiller en rolle inden for sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. På den måde bliver et mustensløst center en synlig konstruktion!

### Økonomi og fremtidig drift

Centret har i projektperioden haft et budget på knap 6 mio. kr., hvoraf en stor del er afsat til it-udvikling og ekstern (it-)konsulentbistand. Der er allerede afsat kommunale driftsmidler til at fortsætte centret med den nuværende bemanding, når projektperioden udløber i 2009. ■

# Sundhedscenterprojekt i Horsens

Horsens Kommune fik for perioden januar 2006 til december 2007 7,4 mio. kr. i puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til et sundhedscenterprojekt. Projektets formål var overordnet at afprøve forskellige modeller for sundhedsfremmende og forebyggende tiltag målrettet udvalgte målgrupper.

■ Birthe Pors, teamleder, Det kommunale Sundhedsteam, Horsens Kommune

## Organisering

Projektet har to 'ben'. *Akutstuen*, der har tilbud til den ældre medicinske patient og *Det Kommunale Sundhedsteam*, der laver tilbud til borgere med KOL og type 2-diabetes samt overvægtige børn. Akutstuens medarbejdere er ledelsesmæssigt forankret i et allerede eksisterende distrikt i Brædstrup, og Det Kommunale Sundhedsteam er forankret i et andet distrikt på Ceres Centret i Horsens. Den koordinerende funktion blev varetaget af en projektkoordinator. Projektets *styregruppe* har været ansvarlig for det samlede projekt; desuden har der været tilknyttet en *følgegruppe*, som har været sparringspartner under forløbet.

## Ansatte – faglige kvalifikationer

På Akutstuen er der ansat 2 sygeplejersker, 2 social- og sundhedsassistenter samt 2 social- og sundhedshjælpere. Det Kommunale Sundhedsteam er tværfagligt besat med 1 fysioterapeut, 1 klinisk diætist (der også har en bachelor i idræt) samt 1 sygeplejerske.

## Samarbejdspartnere

Akutstuen samarbejder overvejende med de praktiserende læger, der under hele forløbet er behandlingsansvarlige. Det lokale lægehus har i særdeleshed været positivt og har tilbudt akutte besøg, også til andre lægers patienter. Desuden har medarbejderne et nært samarbejde med hjemmeplejens personale i hele kommunen, ligesom det lokale

apotek har været meget indstillet på at se muligheder i samarbejdet.

For Det Kommunale Sundhedsteam har de praktiserende læger også været en vigtig partner, da de henviser borgeren. Teamet har haft et meget frugtbart samarbejde med Lungeteamet og Diabetesambulatoriet på Regionshospital Horsens, først i opstartsfasen og ikke mindst i den faglige sparring i hverdagen. Derudover har teamet et godt samarbejde med de lokale apoteker, som har stillet lokaler til rådighed i forbindelse med vores tilbud om gratis målinger af lungefunktion, blodsukker og blodtryk. De har desuden haft en fast lektion med inhalationstjek på alle hold for patienter med KOL. Alle hold for kroniske patienter har desuden besøgt Sund By Butikken, hvor deltagerne har fået viden om, hvad de kan bruge butikken til med særligt fokus på netværksdannelse. 12 lokale frivillige foreninger har deltaget i vores kurser for børn med overvægt.

## Målgrupper

Styregruppen valgte inden for projektets økonomiske ramme at prioritere den ældre medicinske patient, borgere med KOL og type 2-diabetes samt overvægtige børn. På grund af færre puljemidler end det oprindeligt søgte, blev borgere med astma og allergi og borgere med anden etnisk baggrund end dansk nedprioriteret.

## Akutstuen

Akutstuen er et tilbud om døgnophold til den ældre medicinske patient, der ikke kan behandles, plejes og behandlingsafklares i eget hjem, og heller ikke har behov for indlæggelse. Opholdet kan højst vare i 14 dage. Akutstuen er bemandet døgnet igennem med fast personale, hvilket giver en meget høj grad af kontinuitet. Stuen er placeret på et plejecenter.

## Det Kommunale Sundhedsteam

Kurser til borgere med KOL og type 2-diabetes og til børnene er planlagt ud fra den eksisterende evidens samt de nationale anbefalinger.

**KOL-hold** KOL-gruppen har vi i samarbejde med Lungeteamet på Regionshospital Horsens stratificeret, så vi laver kurser for borgere med mild til moderat KOL, mens hospitalet tilbyder Lungeskole for borgere med svær og meget svær KOL. Borgerne henvises fra egen læge eller hospitalet for at sikre, at borgeren er korrekt diagnosticeret og optimalt behandlet. Kurset er på 8 uger med 2 x 1½ time pr. uge. Lektionerne indeholder viden om lungernes normale funktion og problemstillingerne ved udviklingen af KOL, optimal respirations- og hosteteknik, inhalationstjek, kostundervisning med særlig fokus på proteinindtag samt lektioner om, hvordan hverdagen leves med KOL. Hver mødegang er der desuden 45-60 minutters fysisk træ-

ning på programmet, hvor det at håndtere dyspnø (åndenød) er et vigtigt element.

**Diabeteshold** Kurset for borgere med type 2-diabetes er ligeledes på 8 uger med 2 x 2 timer pr. uge, og de henvises af egen læge eller hospitalet. Lektionerne på dette kursus indeholder viden om, hvad diabetes er, om det at ændre vaner, teoretisk kostundervisning, indkøbsguiden i praksis og praktisk madlavning. Hver mødegang indeholder ca. 60 minutters fysisk træning, og flere lektioner startes og afsluttes med måling af blodsukker. Det giver hver enkelt deltager erfaring med effekten af motion og redskaber til at håndtere og forebygge hypoglykæmi (lavt blodsukker).

Begge kurser er sygdomsspecifikke med 8 deltagere pr. hold. Alle kursister skal selv transportere sig til kursusstedet. Forløbet indledes og afsluttes med en individuel samtale, hvor borgeren sætter egne mål for tiden frem til næste samtale. Der laves desuden forskellige målinger samt en gang eller konditest. Der følges op på disse mål ved telefonsamtaler 1 og 6 måneder efter afslutningen samt personlige samtaler, målinger og test efter 3 og 12 måneder.

**Børnehold** Overvægtige børn i 3. klasse og deres forældre fik tilbudt et 12 ugers kursus, hvor børnene mødtes 2 x 1½ time om ugen og forældrene 1 x 1½ time. Fokus for børnene var forskellige former for motion, ofte præsenteret af lokale frivillige foreninger. For forældrene var indholdet mere teoretisk med en gen-

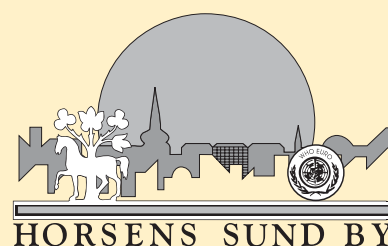
nemgang af sunde kost- og motionsvaner. Sammen havde børn og forældre praktisk madlavning samt indkøbsguiden i praksis. Samtaler med børn om målsætning, målinger og konditest ved indledende og afsluttende samtale samt 3 og 6 måneder efter afslutningen. Forældrene var med til samtalerne og deltog desuden uden børn i en midtvejssamtale.

Vi har gennemført 15 diabeteshold, 10 KOL-hold og 3 børnehold i projektperioden.

Det er vores erfaring, at mange kursister har svært ved at fastholde motionen efter kurset. Derfor vil vi nu tilbyde 3 måneder med delvist superviseret træning efter KOL- og diabeteskursernes afslutning. Deltagerne vil løbende få tilpasset deres træningsprogram og blive bedre rustet til at fortsætte i et lokalt tilbud. Samtidig reducerer vi selve kurset til 7 uger. Opsamlede data bearbejdes og indgår i den samlede evalueringsrapport, som forventes færdig i april 2008. Projektperioden var planlagt til to år, men økonomien rakte lidt længere og frem til 31. marts 2008.

### Fremtid

I forbindelse med budgetlægningen for 2008 blev det besluttet at afsætte midler til fortsat drift af Akutstuen resten af 2008, hvorefter der skal træffes afgørelse om den fremtidige drift. *Det Kommunale Sundhedsteam* er fra 1. april 2008 en driftsenhed med den nuværende bemanning, og opgaven er nu kurser for borgere med KOL, type 2-diabetes og hjerte-karsygdom. ■



### MERE INFORMATION

[www.horsenssundby.dk](http://www.horsenssundby.dk) – netstedet for aktiviteter i Horsens Kommune, der handler om borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse. Siden dækker både kommunale aktiviteter og frivilligt socialt og sundhedsfremmende arbejde henvendt til borgere i kommunen.



# Sundhedscenter Vest

## – Det Vestjyske Sundhedsfyrstårn<sup>1</sup>

■ Ulla Svendsen, leder Sundhedscenter Vest, Ringkøbing-Skjern Kommune

Allerede før kommunalreformen trådte i kraft 1. januar 2007, var Ringkøbing-Skjern kommune i fuld gang med etablering af Sundhedscenter Vest. Muligheden var opstået, fordi der allerede fra årets start i 2006, efter et stort lokalt og tværfagligt forarbejde, var bevilliget 8,5 mill. kr. fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til etablering af et sundhedscenter.

### Fysiske rammer

Sundhedscenter Vest er placeret i det nu nedlagte Tarm Sygehus. Samarbejdet med det daværende Ringkøbing Amt har resulteret i en nyrenoveret bygning, som rummer det kommunale sundhedscenter samt klinik for de fem praktiserende læger i Tarm. Der arbejdes for at etablere yderligere sundhedsrelaterede aktiviteter i samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunen. Sundhedscentret er fysisk omdrejningspunktet, men en lang række aktiviteter løses centralt i landets geografisk største kommune med 58.000 borgere. Vi har således både 'mursten' og 'murstensløse aktiviteter'.

### Kommunal forankring

Sundhedscenter Vest er organiseret som en afdeling under kommunens afdeling for Sundhed og Omsorg. Her er også ældreplejen og myndighedsfunktionen placeret. Det politiske udvalg er Social- og Sundhedsudvalget, som deles med 'voksenhandicap og psykiatri'. Den organisatoriske placering rummer således mulighed for et tæt samarbejde med den kommunale pleje- og omsorgsdel.

### Opgaver

En række opgaver løses i tæt samarbejde med regionen og andre afdelinger i kommunen, ligesom de praktiserende læger involveres i stigende grad. Opgaverne er følgerne:

#### • Genoptræning

Fra årsskiftet 2007 blev genoptræningen en kommunal opgave og ligger i dag i centeret. Det vil sige, at ikke kun den tidligere kommunale opgave med vedligeholdende træning af ældre borgere, men også genoptræning efter sygehusophold løses af sundhedscenterets personale. Der trænes på såvel Sundhedscenteret i Tarm som rundt omkring på ældrecentre i kommunen og i borgernes egne hjem. Dette arbejde kræver tæt dialog med personalet på hospitalerne i regionen og med personalet i hjemmeplejen. Desuden er der i forbindelse med genoptræning ofte behov for kontakt til borgernes egen læge. Der er ansat 18 terapeuter, og der har selv sagt været et stort behov for videreuddannelse for gruppen i det sidste års tid, på grund af mange nye opgaver i forbindelse med kommunalreformen.

#### • Ambulant misbrugsbehandling

Fra 1. januar 2007 blev misbrugsbehandlingen ligeledes en kommunal opgave, som er placeret på Sundhedscenter Vest. Der er for klienterne mulighed for at mødes med en behandler i lokaler både i Tarm og Ringkøbing, og det opleves positivt af både behandlere og klienter. Der har været en stigende tilgang af borgere, der ønsker

behandling, og det er indtrykket, at det især skyldes den nemmere adgang. Desuden modtages det positivt, at man skal komme på Sundhedscenteret – og alle kan uden henvisning henvende sig på centeret, hvis man ønsker at komme i behandling for et misbrug. Der kommer også en del telefoniske henvisninger fra hospitaler, pårørende og afslutningscentre. Der er endvidere etableret et tæt samarbejde med kommunens socialrådgivere, Kriminalforsorgen, de praktiserende læger og forskellige døgninstitutioner rundt om i landet. Der er ansat ni personer med forskellige faglige kompetencer fx socialrådgivere, sygeplejersker og pædagoger. Som udgangspunkt for en fælles referenceramme i forhold til behandlingen er hele behandlergruppen i gang med en uddannelse i kognitiv behandling. I uddannelsen deltager også en udviklingskonsulent og en fysioterapeut i håb om, at vi senere kan bruge nogle af de samme metoder i andre tilbud på sundhedscenteret.

#### • Forebyggende hjemmebesøg

Det er en socialrådgiver og en fysioterapeut, som i dag løser denne opgave. Alle, der fylder 75 år, bliver tilbudt et besøg, men det er for indværende ikke muligt at tilbyde alle to hjemmebesøg årligt.

#### • Sundhedsfremme og forebyggelse

Der løses opgaver både for kommunens befolkning generelt og for udvalgte grupper i særdeleshed. Det er en helt naturlig opgave for Sundhedscenter Vest. Hertil er der ansat



tre udviklingskonsulenter med forskellig faglig baggrund: en sygeplejerske med erfaring i sundhedsfremme og forebyggelse, en sociolog og en pædagog med en videreuddannelse i forandringsprocesser og læring. De tre udviklingskonsulenter samarbejder alt afhængig af opgaven med de øvrige ansatte på sundhedscenteret inden for de før nævnte områder.

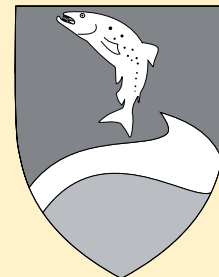
Sundhedscenteret har også været tovholder i udarbejdelsen af Ringkøbing-Skjern Kommunes sundhedspolitik. Indsatsområderne er: kost, motion, misbrug, rygning og psykisk arbejdsmiljø, og til alle områder er der udarbejdet en implementeringsplan. Personalet på sundhedscenteret er ansvarlige for, at der holdes fast i de overordnede mål for sundhedspolitikken, som kan ses på Ringkøbing-Skjern Kommunes hjemmeside sammen med beskrivelsen af alle andre aktiviteter.<sup>2</sup>

#### • Lærings- og mestringsforløb

Kroniske patienter tilbydes forløb til mestrings af egen sygdom som en prioriteret opgave for sundhedscenteret. Her arbejdes ud fra principperne om inddragelse af de kronisk syge i hele forløbet. Opgaven indebærer både i planlægningen og udførelsen af forløbene samarbejde med fagprofessionelle. På vores hjemmeside ses en evaluering af de første fire forløb.<sup>3</sup> Det har hidtil været muligt at melde sig til forløbene 'fra gaden', men der arbejdes målrettet mod et mere struktureret samarbejde med kommunens praktiserende læger om en enkel henvisningsprocedure.

#### Evaluering

Vi vil gerne bevise vores værd, så evaluering indgår som en naturlig opgave i alle beskrevne områder. Da en stor del af de kommunale driftsopgaver i dag ligger i Sundhedscentret, forventes uændret aktivitetsniveau inden for alle ovennævnte områder. ■



### Ringkøbing-Skjern Kommune

Sundhedscenter Vest er opstået i forbindelse med kommunesammenlægningen af de fem kommuner: Egvad, Skjern, Ringkøbing, Videbæk og Holmsland. Sundhedscenter Vest er, fra politisk side, et ønske om at bibeholde et sundhedstilbud tæt på borgerne, hvor det sundhedsfremmende og forebyggende element er fremherskende. Sundhedscenter Vest skal sikre, at borgerne i Ringkøbing-Skjern Kommune får:

- Tryghed gennem sundhedsydelser af høj kvalitet
- En bred vifte af sundhedsydelser i lokalområdet
- Sammenhæng og helhed i kontakten med sundhedssystemet
- En kompetent vejleder til sund levevis i alle livets faser
- En vækstplads for nytænkning og udvikling af sundhedsydelser af høj kvalitet

KILDE: Uddrag af forsidetekst fra sundhedscentrets hjemmeside.

sundhedscenter **Vest**  
sammen om sundhed

Sundhedscenter Vest · Ringkøbing-Skjern Kommune · Kirkegade 3 · 6880 Tamr

sundhedscenter **Vest**  
sammen om sundhed

**Forside**

- Sundhedscenter Vest
- Tilbud til dig som borger
- Træning
- Hjemmebesøg
- Misbrugsbehandlingen
- Nyheder
- Billedgalleri
- Tilbud til kronisk syge
- Til samarbejdspartner

**Velkommen til Sundhedscenter Vest**

Sundhedscenter Vest er opstået i forbindelse med kommunesammenlægningen af de fem kommuner: Egvad, Skjern, Ringkøbing, Videbæk og Holmsland. Sundhedscenter Vest er, fra politisk side, et ønske om at bibeholde et sundhedstilbud tæt på borgerne, hvor det sundhedsfremmende og forebyggende element er fremherskende.

Sundhedscenter Vest skal sikre, at borgerne i Ringkøbing-Skjern Kommune får:

- Tryghed gennem sundhedsydelser af høj kvalitet
- En bred vifte af sundhedsydelser i lokalområdet
- Sammenhæng og helhed i kontakten med sundhedssystemet
- En kompetent vejleder til sund levevis i alle livets faser
- En vækstplads for nytænkning og udvikling af sundhedsydelser af høj kvalitet

#### REFERENCER

1. Slutevalueringen af projekt "Det Vestjyske Sundhedsfyrtårn" (januar 2008) kan downloades via sundhedscentrets hjemmeside.
2. Sundhedspolitikken kan ses/hentes på Ringkøbing-Skjern Kommunes hjemmeside ([www.rksk.dk](http://www.rksk.dk)) som følger:  
<http://www.rksk.dk/Politikker-59.aspx>
3. Rapporten *Effekt - lærings- og mestringsforløb* kan ses/hentes via Sundhedscenter Vests hjemmeside.

#### LINK

[www.sundhedscenter-vest.dk](http://www.sundhedscenter-vest.dk)

# Det gode liv skal formidles

Randers Sundhedscenter er borgernes vej til et sundere, længere og bedre liv. Det skal alle vide, og derfor er god PR et af de vigtigste elementer i sundhedsindsatsen

■ Steven Rønnenkamp Holst, journalist

Indrømmet – alt var ikke på plads den 1. januar 2007, men i løbet af året faldt tingene på plads, og flere og flere funktioner har fundet vej til Randers Sundhedscenter. Således rummer centret i dag en lang række funktioner inden for sundhedsområdet.

## Randers Sundhedscenter tilbyder:

- råd og vejledning
- café møder og foredrag
- økonomisk støtte til projekter
- formidling af kontakt mellem borgere, relevante personer og myndigheder
- sundhedssamtaler om hjælp til selvhjælp
- familiecafé hver tirsdag
- sundhedsskole – tilbud til borgere med kronisk sygdom
- rygestopkurser
- forløb for kontanthjælpsmodtagere
- virksomhedskonsulenter.

## I centret finder man desuden:

- genoptræningsafdeling
- sundhedscafé
- sundhedsplejen
- seksualvejleder
- Vitae-sekretariat
- mammografiscreening
- psykolog
- afspændingspædagog
- psykoterapeut
- praksisdiætister
- Frivillig Center.

## I caféen møder man:

I caféen i Randers Sundhedscenter kan man møde en række patientforeninger. Folk kan komme direkte ind fra gaden og få råd og vejledning om deres sygdom. Man kan møde:

- Kræftens Bekæmpelse
- Diabetesforeningen
- Nyreforeningen
- Hjerteforeningen
- Gigtforeningen
- Blodprop- og AK-patientforeningen
- Osteoporoseforeningen
- Høreforeningen
- DE9 pårørende til psykisk syge
- SIND

Det rent sundhedsfaglige er naturligvis i højsædet blandt sundhedscentrets medarbejdere, men de arbejder også på andre fronter. I Randers Sundhedscenter er man nemlig meget bevidst om, hvad god omtale i de lokale medier betyder for den sundhedsfremmende indsats.

– Det er helt afgørende for os, at vi får fortalt de gode historier i medierne, fortæller leder af Randers Sundhedscenter, Susanne Bækgaard. Hun henviser til, at den nye organisering af opgaverne inden for sundhedsområdet ikke kun har været nyt for medarbejderne, men også for borgerne. – Det er derfor vigtigt, at vi gør opmærksom på os selv hele tiden, så folk bliver

klar over, hvem vi er, og hvad vi kan. Vi vil gerne være et tilbud til alle borgere i kommunen, både inden for forebyggelse og genoptræning.

## Frugtsalat i børnehøjde

For at få spredt de gode budskaber om sund livsførelse, har Randers Sundhedscenter lagt navn og lokaler til en række events i løbet af centrets første leveår. I august var alle kommunens børnehavebørn således inviteret til centret for at lave frugtsalat. 250 børn dukkede op til arrangementet, som Susanne Bækgaard betegner som en stor succes. Som led i Randers Ugen lavede sundhedscentret en GPS-skattejagt, der havde gode kostråd

som tema. Deltagerne skulle finde vej rundt i byen ved hjælp af en GPS og finde svar på spørgsmål om kostrådene. For at gøre det ekstra attraktivt at deltage, var der naturligvis pæne præmier til dem, der svarede rigtigt på flest spørgsmål.

– Vi føler det er vigtigt, at engagere borgerne i sundhedsrelaterede emner, siger Susanne Bækgaard, men understreger, – at den løftede pegefinger bruger vi ikke længere. I stedet prøver vi at gøre det sjovt og let tilgængeligt at lære om sundhed – især for børnene.

## Initiativer belønnes

Også andre hjælper til med at skabe opmærksomhed omkring sundheden. Sund-

heds- og Aldreudvalget i Randers Kommune har bl.a. indstiftet en lokal sundhedspris. En belønning på 10.000 kr. som gives til en person, forening eller virksomhed, der har gjort noget ekstraordinært for at fremme sundheden i kommunen. Overrækkelsen af sundhedsprisen fandt naturligvis sted i Randers Sundhedscenter, der samme dag havde inviteret alle borgere til Åbent Hus. Også dette arrangement blev et tilløbsstykke. Susanne Bækgaard lægger op til, at den synlighed, som sundhedscentret har prioriteret højt fra starten, skal fortsættes.

*– Selv om folk efterhånden kender os, er det en indsats, der skal vedligeholdes. Det er så nemt for folk at falde tilbage i gamle usunde vaner. Derfor har vi en stor opgave i at sørge for, at sundhed – det gode liv – hele tiden er på dagsordenen,* konstaterer lederen af Randers Sundhedscenter.

## NYE MULIGHEDER

### FOR GENOPTRÆNING

**Kommunerne tænker nu både i forebyggelse og effektiv genoptræning. Samtidig er det blevet muligt at blive genoptrænet tæt på sin bolig**

Da danmarkskortet ændrede sig pr. 1. januar 2007 var det ikke kun de geografiske grænser, der blev flyttet. Nu skulle kommunerne – blandt meget andet – også tænke i sundhed. At kommunerne har fået myndighedsansvaret for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning, har givet nye og friske øjne på opgaverne. Randers Kommune havde et tæt samarbejde med Regionshospitalet Randers om overtagelsen af genoptræningsopgaverne, og den kommunale indsats har (så vidt vides) betydet forbedringer af tilbuddene på området.

## Genoptræning i nærmiljøet

Hvor man tidligere kun kunne blive genoptrænet på hospitalet, så kan man nu vælge

imellem Randers Sundhedscenter og et af de ni områdecentre inden for ældreplejen i Randers Kommune. Når man bliver udskrevet fra hospitalet med en genoptræningsplan, bliver man kontaktet af en visitator, således at man kan vælge, om man vil genoptrænes på sundhedscentret eller på et af områdecentrenene. På den måde er der altid mulighed for at blive genoptrænet forholdsvis tæt på sin bolig. Denne organisering vil blive fulgt op af en satsning på efteruddannelse af kommunens terapeuter. For at opnå høj kvalitet i genoptræningen er målsætningen at sikre, at der på alle 10 genoptræningssteder er terapeuter, der har de nødvendige kompetencegivende kurser. Ligeledes er det ambitionen, at træningsudstyret løbende forbedres.

## Store ambitioner

Forbedringerne for borgere med behov for genoptræning er kommet som resultat af en målrettet indsats på området, kombineret med en vision med store ambitioner. Nemlig at skabe et kraftcenter for genoptræning i Randers Kommune, der leverer en professionel, sammenhængende og effektiv genoptræning, som sikrer, at borgeren hurtigst muligt skal kunne mestre sit eget liv. ■



## Randers Sundhedscenter

Sundhedscentret fokuserer på den brede borgerrettede forebyggelse, herunder at forbinde kommunens sociale og sundhedsmæssige udfordringer.

Randers Sundhedscenter:

- opbygges efter vugge til grav-princippet
- skaber støttende muligheder for borgernes sundhedsfremme og sundhed
- skal være med til at udvikle borgernes personlige færdigheder og styrke egenomsorgsevnen
- skal være med til at styrke og udbrede Randers Kommunes indsats for sundhedsfremme og forebyggelse på sundhedsområdet
- skal være det sted, hvor kommunen formidler information om sundhed, forebyggelse og sygdom i forhold til borgerne, og det sted, hvor kommunens medarbejdere opdaterer viden og holdninger til sundhedsområdet.

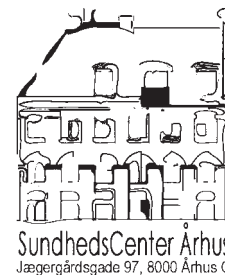
Omdrejningspunktet for det praktiske arbejde bliver den sundhedspolitik, der er under udarbejdelse.

KILDE: Uddrag af forsidetekst fra sundhedscentrets hjemmeside: [www.randers.dk](http://www.randers.dk) (Under menupunktet: Sundhed og sygdom/Randers Sundhedscenter).



# SundhedsCenter Århus

## – kommunal sundhedsborgerservice



■ Karen Bjerre, sundhedscenterchef, Sundhed og Omsorg, Århus Kommune

### Organisering

Med baggrund i den nye sundhedslovgivning og det faktum at en stigende andel af befolkningen rammes af en eller flere kroniske sygdomme, har Århus Kommune ønsket at udvikle et sundhedscenterprojekt, som kan medvirke til at forebygge kroniske livsstilsrelaterede sygdomme hos byens borgere, reducere genindlæggelser og udskyde senfølger hos patienter med KOL, hjerte-karsygdom og type 2-diabetes.

SundhedsCenter Århus (SCÅ) åbnede 15.11.2006 og har til huse i en smuk, gammel fredet bygning i hjertet af Århus ved et offentligt trafikknudepunkt og med DGI-huset som nærmeste nabo. Organisatorisk er SCÅ forankret i Sundhed og Omsorg, Århus Kommune under Sundhedsstaben, som har det overordnede ansvar for sundhed i kommunen.

### Ansatte – faglige kvalifikationer

Fagpersoner fra sygehus, lægepraksis og kommune valgte et tværfagligt medarbejderteam bestående af sygeplejersker, fysioterapeuter, klinisk diætist, socialrådgiver og administrativ medarbejder. Alle med stærke monofaglige kompetencer og med erfaring i arbejdet med de valgte målgrupper fra tidligere ansættelser.

Medarbejderne fik inden åbningen kurser om KOL, hjerte-karsygdom, diabetes og i den motiverende samtale, en uddannelse som rygestopinstruktører samt undervisning af tandlæge og fodterapeut.

### Samarbejdspartnere

Blandt de vigtigste er patientforeningerne og de praktiserende læger. Også DGI-Huset, FO, Ældre Sagen, frivillige foreninger, private organisationer og kommunens lokalcentre er tætte samarbejdspartnere, bl.a. fordi det

er her mange kursister fortsætter træningen efter gennemført sundhedskursus. Endvidere har vi aftale med medarbejdere fra medicinske afdelinger på Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus om at etablere et tættere samarbejde/erfaringsudveksling.

### Borgerrettet indsats

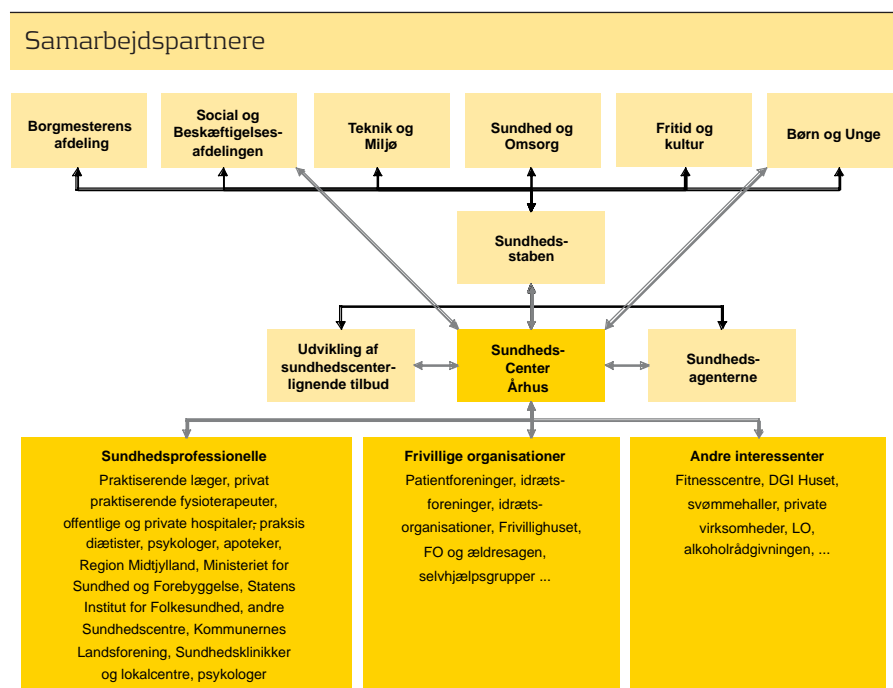
Sundhedscentret har en vifte af borgerrettede sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud: sundhedssamtaler, rygestopkurser og måling af sundhedsprofil i samarbejde med patientforeningerne – en slags *sundhedsborgerservice* med formidling af viden om sundhedsfremme og forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme.

### Patientrettet indsats

En af centrets hovedopgaver er rehabilitering gennemført som et 12 ugers sundhedskur-

sus for lægehenviste patienter med KOL, hjerte-karsygdom og/eller type 2-diabetes. Sundhedskursets formål er at give viden om sygdommen, styrke patienternes egenomsorg og give redskaber til at leve et sundt liv med livsglæde og handlekraft.

Før kursusstart får alle patienter (herefter benævnt kursister) en indledende, motiverende sundhedssamtale, hvor kursistens baggrund for at deltage drøftes. Vores erfaring er, at det ikke er nok at fokusere på vægttab, rygestop eller 'mere grønt til aftensmaden' – for alle ved, at overvægt, inaktivitet og rygning er usundt. De fleste kursister har også prøvet at ændre vaner, men forgæves. De har oplevet så mange nederlag, at det ofte har påvirket deres selvtillid og selvfølelse. Derfor er der ikke brug for, at vi doserer og løfter pegefingre. Gennem samtalen støtter vi kursisten i at



formulere og nedskrive konkrete og realistiske mål og delmål på et 'målkort', som medbringes til hver enkelt kursusgang som en hjælp til at fastholde fokus. Alle patienter tildeles en kontaktperson.

Den almene del af undervisningen på sundhedskurset finder sted på tværs af diagnoser, mens undervisning i sygdommens karakter og årsager er individuel.

På hvert hold deltager 8-10 kursister. For erhvervsaktive er der kurser uden for normal arbejdstid. Der er en ugentlig undervisningssektion på 2 timer med deltagerorienteret undervisning, refleksion og dialog, efterfulgt af en times træning, hvor der føres 'træningsdagbog'. Træningen indbefatter styrketræning, konditionstræning og afspænding. Fysioterapeuterne anvender den seneste viden, og tilpasser træningen individuelt. Der er mulighed for yderligere individuelle samtaler med diætist, sygeplejerske, fysioterapeut og socialrådgiver efter behov. Den teoretiske del af kursusforløbet rummer:

- Teoretisk og praktisk introduktion til træning
- Dialog om sundhed og ændring af vaner
- Handlekompetencer i forhold til de 8 kostråd; ord på følelser i forhold til mad; indkøbsøvelser – ved klinisk diætist
- Forståelse og bevidsthed om 'det gode liv'
- Opmærksomhed på psykiske reaktioner i forbindelse med kroniske sygdomme
- *Individuel* undervisning om den kroniske sygdom v/kontaktsygeplejerske
- Opbygning af ressourcer og rammer for at skabe 'det gode liv'
- Forberedelse på fastholdelse af forandringer.

Kursisterne introduceres til, hvordan de kan sætte små forandringsprocesser i gang og øge mestringsevnen og handlekompetencen. Vores erfaring er, at når kursisterne

først oplever en udvikling med små, sikre synlige sejre, styrkes motivationen som på sigt skaber de store forandringer. Ved afslutning af kursusforløbet gennemføres en individuel slutsamtale. Der udfyldes status (epikrise via EDIFACT til henvisende læge) med beskrivelse af målopfyldelse og testresultater. Der opstilles nye mål, og det aftales, hvordan kursisten vil vedligeholde de nye mål og vaner. Der er telefonisk opfølgning efter en måned og samtaler og test tre måneder og et år efter kursets start.

### Målgrupper

I de borgerrettede tilbud kommer mennesker i alle aldre, fra alle samfundslag og af vidt forskellige årsager. Knap en tredjedel bliver efterfølgende henvist til den patientrettede sundhedsskole. I det patientrettede tilbud har 42% hjerte-karsygdomme, 38% KOL og 34% type 2-diabetes.<sup>1</sup>

### Rekruttering

Planlægningen af sundhedskurserne fandt sted i et tæt samarbejde i en projektgruppe med praksiskoordinator Jens M. Rubak, praksiskonsulenterne for diabetes, hjerte-kar og KOL, sygeplejersker fra sygehusenes patientskoler og fagfolk fra Århus Kommune. Det blev besluttet, at kun praktiserende læger skulle henvise, og der blev udarbejdet et *Klinisk Info* om tilbud, målgruppe og henvisningskriterier, som blev tilsendt de praktiserende læger.<sup>2</sup>

### Evaluering viser det rykker og nytter

Der er meget lidt evidens på området, hvorfor vi dokumenterer struktureret i forventning om, at det vil danne basis for fremtidig evidens. Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed i Region Midtjylland forestår evalueringen, som fokuserer på organisatoriske, brugeroplevede og faglige kvaliteter (se artiklen side 28).

### Økonomi

Projektet er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet pulje til sundhedscentre med kr. 5 mio. og Århus Kommune med kr. 7 mio. Projektperioden er 1.10.2006-31.1.2009.

### Fremtidige planer

Der er udviklingsplaner for videreførelse af SundhedsCenter Århus, men da projektet kun er halvvejs, er der endnu ikke taget politisk stilling. I projektperioden fortsætter vi de borgerrettede og patientrettede tilbud for de nævnte målgrupper. Samtidigt etablerer vi nu patientuddannelsesforløbet *Lær at leve med kronisk sygdom* (Stanford-modellen) for alle med en kronisk sygdom. De gode erfaringer med sundhedskurser på SCÅ og et projekt om diabetesskole i Århus Vest<sup>3</sup> er baggrunden for, at vi nu udbyder et supplerende patientskoletilbud med diabetesskole for etniske minoriteter.

Hvis sundhedscentret i sin grundform konsolideres og kommunen får/afsætter yderligere ressourcer, kunne fase 2 være at udvide den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse med det formål at forebygge civilisationssygdomme. ■

### REFERENCER

1. Rapporten *Midtvejsevaluering SundhedsCenter Århus* (2008) kan ses/hentes på sundhedscentrets hjemmeside: [www.aarhuskommune.dk/sundhedscenter](http://www.aarhuskommune.dk/sundhedscenter) [Vælg: Evaluering NYHED].
2. Se evt.: [www.praksis.dk](http://www.praksis.dk) (Søg: Klinisk Info), praksisinformation i Region Midtjylland – specielt målrettet praktiserende læger i området.
3. Rapporten *Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet – udvikling og evaluering af et undervisningstilbud* (2007) kan ses/hentes på Center for Folkesundheds hjemmeside: [www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk) [Vælg: Publikationer/Sundhedsfremme og Forebyggelse/Rapporter].



# mini-MTV som ledelses- og beslutningsstøtteværktøj i sundhedscentrene

■ Lars Ehlers, konsulent & Mette Kjølby, kontorchef, Center for Folkesundhed/MTV og Sundhedstjenesteforskning, Region Midtjylland

Kommunerne har med den nye sundhedslov og sundhedsaftalerne overtaget en væsentlig del af ansvaret for borgernes sundhed. Forebyggelse og opfølgende sundhedstilbud skal planlægges, besluttet og prioriteres, således at effekten bliver størst mulig. **mini-MTV** kan støtte beslutningstagere og medarbejdere i kommunerne i at arbejde systematisk med evidensbaseret metode. Som med andre værktøjer afhænger værdien for organisationen af de implicerede personers evner, vilje og forståelse samt ikke mindst af tilrettelæggelsen af den proces, hvori værktøjet benyttes.

Styrker og svagheder ved *mini-MTV* gennemgås, og bygger bl.a. på tidligere erfaringer fra sygehuse og sundhedsforvaltninger.

## Hvad er mini-MTV?

**mini-MTV** er et ledelses- og beslutningsstøtteværktøj, der bygger på evidens-tankegangen. Værktøjet kan blandt andet bruges, når man i et sundhedscenter overvejer at indføre en ny aktivitet. **mini-MTV** er et skema eller en tjekliste med en række spørgsmål om forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende en (ny) indsats, hvor:

- Spørgsmålene i skemaet er opdelt efter de fire MTV-perspektiver: indsats, borger, organisation og økonomi.
- Besvarelsen af spørgsmålene giver et kortfattet skriftligt beslutningsgrundlag på 2-5 sider og tager erfaringsmæssigt omkring 5-15 timer, eksklusiv tidsforbrug til litteratursøgning, litteraturvurdering og økonomiske beregninger.
- Formålet er at bidrage til beslutningsgrundlaget for et forslag om at indføre en konkret ny indsats.

## HVAD ER MTV?

En medicinsk teknologivurdering (MTV) er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi.

Det er således karakteristisk for MTV-tankegangen, at problemstillingen ansues ud fra en bred tilgang, som spænder over fire hovedområder:

- teknologi/indsats
- patient/borger
- organisation
- økonomi.

## Hvad er medicinsk teknologi?

Begrebet 'medicinsk teknologi' dækker i sundhedsvæsenet over lægemidler, udstyr, medicinske og kirurgiske procedurer, som anvendes til forebyggelse, undersøgelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering. I kommunale sammenhænge kan begrebet udvides til også at omfatte andre sociale aktiviteter.

## MTV skaber grundlag for beslutninger

En MTV udføres typisk forud for, at en ny indsats indføres i daglig praksis eller ved ændringer i eksisterende indsatser. MTV'ens formål er at skabe et veldokumenteret og alsidigt overblik over, hvilke konsekvenser den nye indsats vil få i social- og sundhedsvæsenet og for borgeren.

Målet er, at informationer og eventuelle anbefalinger fra MTV'en herefter indgår i beslutningstagernes grundlag for at træffe beslutninger.

De tre grundlæggende principper i en MTV er:

- at den bygger på evidensbaseret viden
- at der er tale om en tværfaglig helhedsvurdering
- at den retter sig mod beslutningstagning.

- Såvel udarbejdelse som anvendelse af beslutningsgrundlaget kan finde sted på lokalt plan og tilpasses lokale mål, normer og tidsplaner.

Se den detaljerede 'opskrift' på en mini-MTV på side 27.

### Nationalt værktøj for mini-MTV

mini-MTV er et veldokumenteret beslutningsgrundlag, som har eksisteret i en årrække inden for sygehusvæsenet.<sup>1</sup> Begrebet 'mini-MTV' er opstået i H:S/Rigshospitalet i 90'erne, hvor man var blandt de første til at anvende et MTV-skema som beslutningsstøtte ved godkendelse af nye behandlingsformer på klinisk, administrativt og politisk niveau. Siden har mange forvaltninger og sygehuse taget mini-MTV i brug, og der findes i dag en lang række erfaringer hermed.

Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering har nu i samarbejde med Kommunernes Landsforening samt en række miljøer, som har konkrete erfaringer med brug af mini-MTV, udviklet et kommunalt beslutningsstøtteværktøj. Værktøjet er baseret på et skema og en vejledning i at udfylde skemaet og har genbrugt navnet 'mini-MTV'.

Den kommunale mini-MTV er et tilbud til beslutningstagere og ansøgere i kommunerne, som stiller forslag om nye indsatser.

### Styrker og svagheder

mini-MTV er et ledelses- og beslutningsstøtteværktøj, der har potentiale til at fremme evidens-tankegangen i beslutningsprocesserne i kommunerne. Det har imidlertid både styrker og svagheder.<sup>2</sup>

#### mini-MTV's styrker

- Kan udarbejdes lokalt med lokale ressourcer.
- Beslutningsgrundlaget kan være til stede på rette tidspunkt og med lokal relevans, hvilket kan føre til en mere hensigtsmæssig prioritering.
- Kan medvirke til at højne kvaliteten af beslutningsgrundlaget, hvis der arbejdes evidensbase-ret.
- Arbejdsindsatsen er overskuelig, hvilket øger sandsynligheden for, at den vil blive udarbejdet og anvendt.
- Fastholder fokus på faglighed og nytte for borgeren i samspil med organisation og økonomi.
- Er et fleksibelt værktøj, der kan tilpasses lokale forhold.
- Sikrer at evidens og dokumentation for nye behandlinger er kendt, når det besluttet at indføre dem.
- Organisationens gears mere generelt til at tænke i MTV baner.

#### mini-MTV's svagheder

- Det korte tidsperspektiv kan betyde, at der er spørgsmål, det ikke er muligt at få belyst tilstrækkeligt.
- Der skal gøres en indsats for at sikre kvalitet og troværdighed.
- Der er risiko for, at der ikke opnås den nødvendige tværfaglighed.
- Der er risiko for, at mini-MTV er påvirket af egeninteresser.
- Det er nødvendigt, at der prioriteres ressourcer til arbejdet.

## HVORDAN KOMMER MAN I GANG?

### Ledelsesopbakning og interne supportfunktioner

En ledelse, der sikrer gode betingelser for mini-MTV-arbejdet og udvikling af interne supportfunktioner, fremmer kvaliteten og ensartetheden af mini-MTV'er.

Et systematisk arbejde med dokumentation og evidens kan understøttes af et fast team eller et netværk af ressourcepersoner, der kan rådgive og støtte de medarbejdere, der skal udarbejde en mini-MTV. Disse vil over tid udvikle stor kompetence og indsigt i MTV-principperne, som hele organisationen kan drage nytte af.

En væsentlig ressourceperson er fx en lokal økonom med indsigt i driftsøkonomi og gerne også i sundhedsøkonomisk analyse, som kan stille de økonomiske forhold skematisk op, så det bliver nemt for beslutningstagerne at opgøre de samlede økonomiske forhold.

Andre væsentlige ressourcepersoner er personer med kompetencer inden for litteratursøgning (fx en bibliotekar) og evidensvurdering (fx en læge, der har erfaring med kritisk litteraturvurdering).

### Arbejd tværfagligt

Selv i situationer, hvor en mini-MTV i udgangspunktet udarbejdes af en enkelt person, vil det ofte være hensigtsmæssigt at inddrage fagpersoner fra andre faggrupper, som berøres af det nye forslag. En medtænkning af det tværfaglige perspektiv vil sikre, at væsentlige interesser og holdninger belyses og giver vurderingen en større alsidighed.

### Uafhængigt kvalitetstjek

Ansøgeren skal naturligvis bestræbe sig på at udarbejde en mini-MTV så veldokumenteret som muligt og at synliggøre eventuelle modstridende synspunkter.

Det kan anbefales at etablere en kvalitets-sikringsproces, hvor **mini-MTV**'en gennemgås kritisk af andre uvildige fagpersoner inden for – evt. også uden for - organisationen, med henblik på at styrke kvalitet og troværdighed.

### Synliggør svagheder og usikkerheder

Da en **mini-MTV** udarbejdes over kort tid og med begrænsede ressourcer, kan der være aspekter, som det er vanskeligt at få belyst tilstrækkeligt, ligesom der kan være svagheder i datagrundlaget eller vurderingen. Dette bør rapporteres og synliggøres i **mini-MTV**'en, så grundlaget for vurderingen og eventuelle anbefalinger er helt klare. Ved at skabe åbenhed og gennemsigtighed sikres en høj troværdighed.

### Litteratursøgning og -vurdering ved mini-MTV

I Medicinsk Teknologivurdering (MTV) er litteraturvurdering grundlæggende. Dette gælder også for **mini-MTV**. Det første led er derfor at foretage en litteratursøgning. Derefter foretages en sammenfatning af litteraturen, der udmønter sig i konklusioner omkring indsatsen, organisationsforhold, patientperspektiver og økonomiske konsekvenser. Det er således vigtigt, at man omhyggeligt, udtrykkeligt og kritisk gør brug af den bedste aktuelle viden. Det anbefales, at søge hjælp hos en lokal bibliotekar til gennemførelse af en systematisk informationssøgning med udgangspunkt i den aktuelle problemstilling. ■

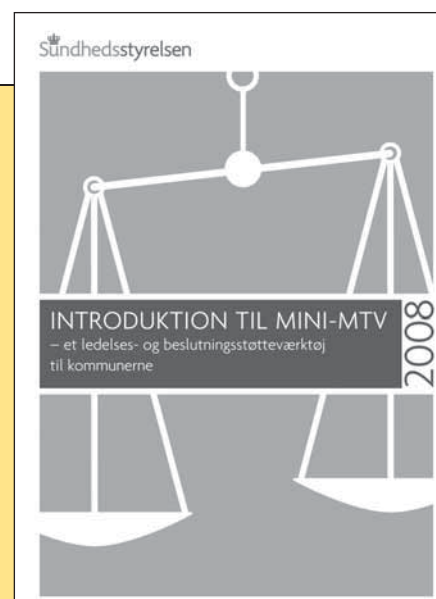
#### REFERENCER

1. Ehlers L et al. "Doing mini-health technology assessment in hospitals: A new concept of decision support in health care?", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2006;22:295-301.
2. Ehlers L. "Mini-MTV som ledelses- og beslutningsstøtteværktøj i sygehusvæsenet", artikel trykt i *Offentlig Økonomistyring*, Børsen Ledelseshåndbøger. København: Børsen Forum, 1/Februar 2006:1-12.

#### MERE INFORMATION

Læs mere om MTV og mini-MTV på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) (Vælg: Planlægning/Medicinsk Teknologivurdering). Her findes endvidere mini-MTV-skema, vejledning, pjece om mini-MTV samt en række tekster om erfaringerne med mini-MTV på de danske sygehuse m.m.

Pjecen *Introduktion til mini-MTV – et ledelses- og beslutningsværktøj til kommunerne* er udgivet af Sundhedsstyrelsen i maj 2008. Publikationen kan ses/hentes via Center for Folkesundheds hjemmeside: [www.centerforfolkesundhed](http://www.centerforfolkesundhed) (Vælg: MTV og Sundhedstjenesteforskning/Mini-MTV).



## mini-MTV, skema

### INDLEDNING

Hvem er forslagsstiller (afdeling, enhed, forvaltning, person el. andre personer)?  
 Hvad er navn/betegnelse for den nye indsats?  
 Hvilke parter er forslaget drøftet med?  
 Hvordan indgår forslaget i sundhedsaftalerne?

#### INDSATS

Til hvilken sundhedsmæssig problemstilling skal indsatsen anvendes?

På hvilken måde er indsatsen ny i forhold til målgruppen?

Beskriv den foretagne literatursøgning (udført af forslagsstiller eller af andre).

Angiv de væsentligste referencer og vurder kvaliteten og evt. styrken af evidensen.

Hvad er effekten af indsatsen for borgerne med hensyn til sundhedstilstand?

Hvilke risici, bivirkninger eller andre uønskede effekter kan indsatsen have?

Kendes der til igangværende undersøgelser af effekten af samme el. lignende indsatser i Danmark?

Er indsatsen anbefalet af Sundhedsstyrelsen, Servicestyrelsen eller andre? (Hvis JA, angiv af hvem)

Har forslagsstiller(e) tidligere, evt. i andre sammenhænge, søgt om indførelse af indsatsen? (Hvis JA, angiv med hvilket resultat)

#### BORGER

Medfører indsatsen særlige etiske overvejelser?

Forventes det, at borgernes livskvalitet, funktionsevne, sociale eller beskæftigelsesmæssige situation påvirkes af indsatsen?

Hvordan tænkes målgruppen inddraget (information, opøgning m.m.)?

#### ORGANISATION

Hvilke konsekvenser har indsatsen for personalet hvad angår information, uddannelse, tidsforbrug og arbejdsmiljø?

Hvordan kan indsatsen rummes i de nuværende fysiske el. organisatoriske rammer?

Hvordan vil andre afdelinger eller relaterede områder i organisationen blive påvirket af indsatsen?

Hvordan påvirker forslaget samarbejdet med andre kommuner, regioner, primærsektoren, leverandøren, frivillige organisationer m.v. (for eksempel i forbindelse med ændringer i det ønskede forløb for borgeren)?

Hvornår kan indsatsen iværksættes og evt. afsluttes igen?

Hvordan tænkes indsatsen evalueret?

Er indsatsen implementeret andre steder i Danmark (hvor)?

#### ØKONOMI

Er der opstartsudgifter til apparatur, ombygning, uddannelse m.v.? (både anlæg og drift)

Hvad er de forventede aktivitetssmæssige konsekvenser de nærmeste år?

Hvad er de forventede mer-/mindreudgifter pr. borger omfattet af indsatsen pr. år for kommunen? (både anlæg og drift)

Hvad er de forventede totale mer-/mindreudgifter pr. år for kommunen de nærmeste år? (Anlægs-, drifts- og afledte driftsudgifter angives hver for sig).

Hvilke forventede mer-/mindreudgifter kan der ventes for andre kommuner, regioner mv.? (Anlægs-, drifts- og afledte driftsudgifter angives hver for sig).

Hvilke forudsætninger ligger til grund for ovenstående beregninger?

# Midtvejsevaluering i MTV-ramme – SundhedsCenter Århus

■ Mette Kjelby, kontorchef & Lars Ehlers, konsulent, Center for Folkesundhed/MTV og Sundhedstjenesteforskning, Region Midtjylland

Som tidligere nævnt (artiklen side 22 f.) åbnede SundhedsCenter Århus i november 2006, og den aftalte projektperiode løber frem til 31. januar 2009.

Sundhedscentret udbyder dels en *borgerrettet* del, dels en *patientrettet* rehabilitering med 12 ugers sundhedskursus for lægehenviste patienter med KOL, hjerte-karsygdom og/eller diabetes 2. Formålet med kurserne er at styrke patienternes egenomsorg,

tilføre viden om sygdommene, og give redskaber til at leve et sundt liv med livsglæde og handlekraft.

## Status på aktiviteter i den patientrettede og borgerrettede indsats

I de patientrettede 12-ugers kursusforløb har i alt 112 kursister gennemført et forløb i undersøgelsesperioden. Andelen af praktiserende læger i Århus Kommune, der henviser til SundhedsCentret, er steget betyde-

ligt i løbet af 2007. I juni 2007 var andelen af læger, der havde henvist en eller flere patienter til SundhedsCentret 16%, i november 37%, mens 56% af lægerne (svarende til 123 læger) havde henvist pr. december 2007.

## Målinger af resultater i den patientrettede indsats

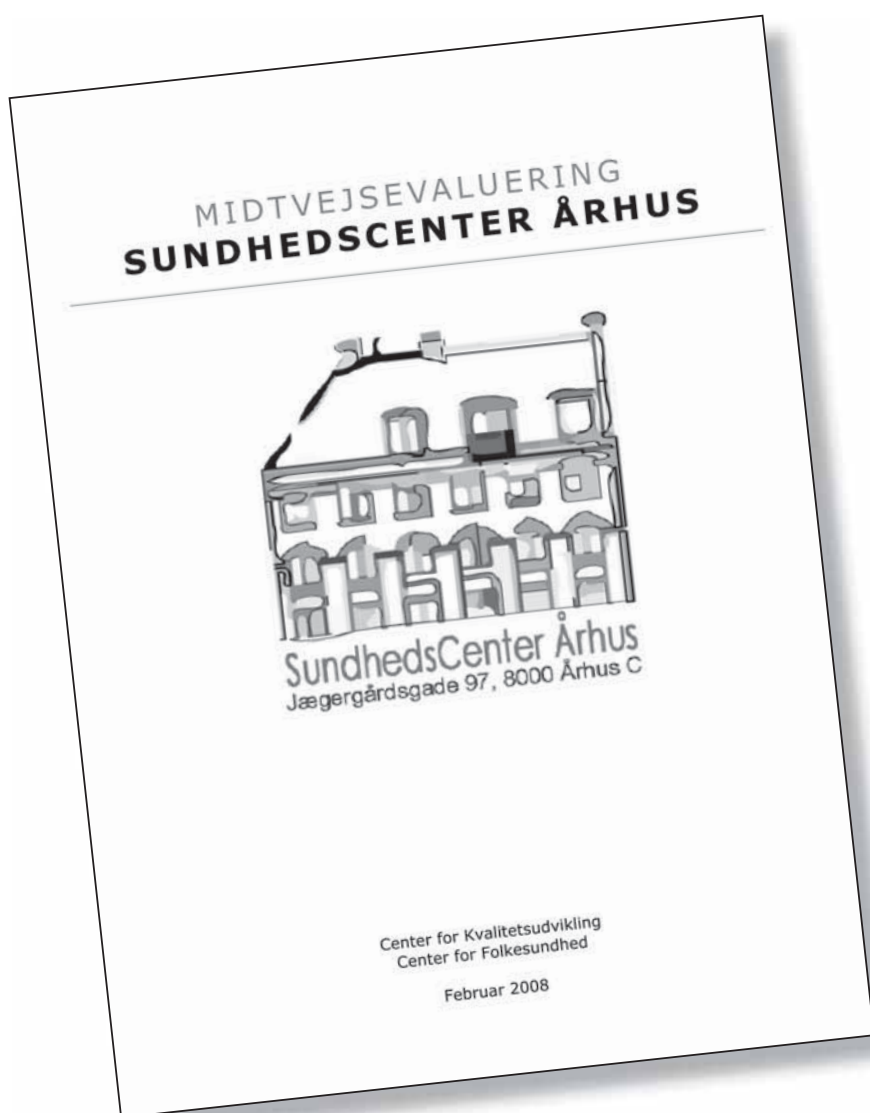
Ved kursusstart og kursusafslutning indsamles oplysninger om kursisternes KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion), netværksrelationer, livskvalitet og fysiske formåen.

## Signalement af kursisterne, deres livsstil og netværk

42% af alle henvises med hjerte-karsygdomme, 38% med KOL og 34% med type 2-diabetes. 78% af alle henviste er kvinder, og gennemsnitsalderen for kursisterne er knap 63 år. 21% af kursisterne er i beskæftigelse. Kursisternes resultater vedrørende KRAM-faktorer, netværk og livskvalitet er sammenholdt med data fra en baggrundsbe-  
folkning med samme alders- og kønsfordeling.<sup>1</sup> Blandt kursisterne er der 8% flere dagligrygere og 26% flere eksrygere end i baggrundsbe-  
folkningen. Den sundhedsrelaterede livskvalitet for kursisterne i forhold til baggrundsbe-  
folkningen er markant lavere på alle parametre ved kursusstart. Kursi-

Rapporten *Midtvejsevaluering af SundhedsCenter Århus* (februar 2008) er udarbejdet af Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed i Region Midtjylland.

Rapporten kan bestilles hos Center for Kvalitetsudvikling (tlf. 8728 4914 /bestillingsnr. 102) eller ses/hentes på SundhedsCenter Århus' hjemmeside: [www.aarhuskommune.dk/sundhedscenter](http://www.aarhuskommune.dk/sundhedscenter)





sterne har som udgangspunkt et meget lavt kondital. Det gennemsnitlige BMI for kursisterne ligger væsentligt højere end baggrundsbefolkningens. Kursisternes gennemsnitlige BMI ligger i kategorien 'svær overvægt' med en spredning fra under 20 til over 45.

### Hvilken betydning har det at følge SundhedsCentrets patientrettede indsats?

Der foreligger indtil videre data om 82 kursisters<sup>2</sup> resultater før og efter kursusafslutning. Overordnet viser analyserne en positiv udvikling på de fleste parametre.

I forhold til KRAM-faktorer ses efter tre måneder en pæn fremgang på kostvaner, det lykkes fx for en stor del af daglig-rygerne at ændre rygevaner til at blive lejlighedsrygere (fald på 26%). Ved første opfølgning er der en klar forbedring i kursisternes egenvurdering af deres fysiske form, og en stor andel af kursisterne ændrer motionsvaner i kursusforløbet og øger aktivitetsniveauet.

Jeg tabte mig 6-7 kg og fik viden om sundhed, ikke mindst om betydningen af sund kost og motion.

Kursist

Jeg har fået mere energi, bliver mindre forpustet, og i det hele taget føler jeg mere velvære og er blevet bevidst om betydningen af sund livsstil.

Kursist

Opfølgningen ved kursusafslutning viser pæn fremgang både i livsstil og kursisternes egenvurdering af livskvaliteten. Dette understøttes af de mere objektive fysiske test som kondital og gå-test. Den afsluttende evaluering i starten af 2009 vil indeholde en 12 måneders-opfølgning og vil fokusere på, i hvor høj grad det er muligt at fastholde de positive effekter/tendenser, som kan observeres ved kursusafslutning.

### Kursisternes tilfredshed med det patientrettede kursusforløb

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle kursister, der har gennemført et kursusforløb. Undersøgelsen har en svarprocent på 79. Kursisterne er blevet bedt om at vurdere deres samlede indtryk af kursusforløbet ved tildeling af 1-5 stjerner, hvor 5 stjerner betyder et 'meget godt' forløb, mens 1 stjerne er udtryk for et 'meget dårligt' forløb. 59% af alle kursister vurderer kurset på SundhedsCentret som 'meget godt', 30% svarer 'godt'. Blot én

kursist svarer 'dårligt', og ingen kursister svarer 'meget dårligt'.

### Evaluering af SundhedsCentrets samarbejdsrelationer

Der er gennemført interview med fire centrale samarbejdspartnere, henholdsvis patientforeninger, sundhedsklinikker, Ældre Sagen og DGI-Huset.

### Praktiserende lægers evaluering af SundhedsCentret

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse både blandt læger der har og ikke har henvist en patient til SundhedsCentrets 12-ugers kursusforløb. Undersøgelsen har en samlet svarprocent på 50. Derudover er der gennemført fem opfølgende interview med læger. ■

#### MERE INFORMATION

Undersøgelsen er gennemført i et samarbejde mellem Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. Yderligere oplysninger kan ses på SundhedsCenter Århus' hjemmeside: [www.aarhuskommune.dk/sundhedscenter](http://www.aarhuskommune.dk/sundhedscenter)

#### NOTER

1. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland 2006.
2. I SundhedsCentrets opstartsfasen anvendtes for ca. 30 kursister en anden type registreringsskema (SF36). Data fra disse skemaer indgår ikke i denne midtvejsevaluering, da variablene adskiller sig fra de primært anvendte basis- og opfølgningsskemaer.

# Sundhedscenterevaluering

## - om evalueringens design og centrenes forskellighed

■ Tina Drud Due & Anne Kristine Aarestrup, forskningsassistenter & Tine Curtis, forskningsleder, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

### Puljemidler til forsøg med sundhedscentre

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

I 2005 afsatte Indenrigs- og Sundhedsministeriet 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. Fire af de 18 sundhedscentre er pla-

ceret i Region Midtjylland – Sundhedscenter Vest i Ringkøbing-Skjern, SundhedsCenter Århus, Samsø Sundhedsfremmecenter og Sundhedscenter Horsens. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) foretager evaluering af de 18 sundhedscentre.

### Evalueringens formål

Evalueringen af sundhedscentrene er en samlet evaluering af puljemidlernes anvendelse. Evalueringens fokus er på tværgående forhold og er ikke en dybdegående evaluering af de enkelte centre. I evalueringsrapporten vil der ud over analysen på tværs af centrene være en kort beskrivelse af hvert sundhedscenters organisering og aktiviteter.

Formålet med evalueringen er at vurdere centrenes implementering og i begrænset omfang deres effekt.

Fokus er 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 brugerne.
- Om centrene medvirker til, at der sker en reduktion i blandt andet kontakt til sygehus og almen praksis.
- Samt en diskussion af hensigtsmæssigheden af de forskellige løsningsmodeller.

### Evalueringens struktur

Evalueringen baseres på besøg og interview i de 18 centre i 2006 og 2008, registrering af aktiviteter i sundhedscentrene i 2006 og 2007 og registeranalyser til en forsigtig vurdering af centrenes effekt. Interviewpersonerne omfatter sundhedscenterledere, administrativt og politisk ansvarlige for centret og centrets nærmeste samarbejdspartnere, herunder for eksempel praktiserende læger, sygehuse og patientforeninger. I august 2008 afsluttes evalueringen med en endelig rapport.

### FORELØBIGE RESULTATER

#### Typer af sundhedscentre

Sundhedscenterbegrebet og de 18 udvalgte sundhedscentre dækker som nævnt over meget forskellige tolkninger af, hvilke opgaver et sundhedscenter skal løse, og hvordan det skal organiseres. Med udgangspunkt i centrenes ansøgninger opstillede SIF i 2006 fem typer af sundhedscentre, baseret på hvilke målgrupper centret henvender sig til.

1. Sundhedscentrum
2. Sundhedsfremmecentret
3. Det sociale sundhedscenter
4. Kronikercentret
5. Genoptræningscentret.



### 1. Sundhedscentrum

Denne type center har et meget bredt fokus, som er rettet mod flere målgrupper - både borgere og patienter. Centret skal typisk varetage borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, en patientrettet forebyggelse i forhold til kronikere og livsstilssygdomme samt en indsats rettet mod patienter før og efter sygehusindlæggelse.

### 2. Sundhedsfremmecentret

Fokus for denne centertype er borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, som skal fremme en sund livsstil, og forebygge at sygdom overhovedet opstår. I langt de fleste tilfælde skal sundhedscentrene prioritere KRAMfaktorerne: kost, rygning alkohol og motion.

#### Borgerrettede aktiviteter på SAMSØ

Den 6. oktober 2006 slog Samsø Sundhedsfremmecenter dørene op for øens 4.100 borgere. Centret er et 'walk-in'-center, hvor borgerne har mulighed for at få et sundhedstjek, en livsstilssamtale eller råd og vejledning om KRAMfaktorerne. Langt de fleste møder op uden henvisning. Enkelte er henvist af praktiserende læge eller sygehus.

### 3. Det sociale sundhedscenter

Kerneopgaven for denne type sundhedscenter er at varetage opgaver rettet mod borgere med særlige sociale problemer. Det kan være langtidssyge med risiko for udstødelse af arbejdsmarkedet, misbrugere eller et lokalområde med særlige sociale problemer. Der varetages både borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse samt patientrettet forebyggelse.

### 4. Kronikercentret

For denne type sundhedscenter er kerneopgaven at varetage forebyggelse målrettet patienter med kroniske lidelser og/eller livsstilssygdomme. Der tilbydes vedligeholdelsestræning, genoptræning og rehabilitering med fysisk træning, kostvejledning og patientskoler, hvor den enkelte undervises i at håndtere egen sygdom.

#### En patientrettet indsats i NORDBORG

I Nordborg Kommune blev man tidligt enige om, at det nye sundhedscenter skulle fokusere på patienter med kroniske lidelser. Centret åbnede i april 2006. Siden da har centret tilbudt forløb af 12 ugers varighed for patienter henvist af egen praktiserende læge. De fleste forløb er rettet mod patienter med svær overvægt, type 2-diabetes, KOL samt hjerte-problemer.

### 5. Genoptræningscentret

Denne type sundhedscenter har fokus på patienter før og efter sygehusindlæggelse. Indsatsen før en planlagt operation omfatter vejledning om rygestop, fysisk træning og motion og har som formål at styrke patientens fysik og forkorte sygehusindlæggelsen. Indsatsen efter sygehusindlæggelse omfatter vejledning om livsstilsvaner og derudover også genoptræning og rehabilitering for de patienter, der har behov herfor - evt. på grundlag af en genoptræningsplan fra sygehuset.

*Langt de fleste* sundhedscentre var af typen 'sundhedscentrum' med et bredt fokus, mens de øvrige grupper med et specifikt fokus hver repræsenterede to til tre centre. Inden for centertypen 'sundheds-

centrum' er der imidlertid stor variation i de specifikke målgrupper og aktiviteter. Opgørelsen er, som nævnt, udformet ud fra ansøgningerne, og ændringer kan efterfølgende være gennemført i form af nye målgrupper og indsnævring af fokus. Ændringer i forhold til ansøgningen undersøges i anden interview-runde.

### Sundhedscentrenes organisering

Ligesom sundhedscentrene tilbyder mange forskellige aktiviteter til forskellige målgrupper, findes der også flere måder at organisere et sundhedscenter på. Den valgte løsningsmodel er afhængig af de specifikke formål, der er opstillet for centret, og derudover også af særlige lokale rammer og vilkår.

I forhold til centrenes fysiske udformning har hovedparten af de 18 sundhedscentre, der indgår i evalueringen, en fysisk placering i *egne bygninger*, hvor borgerne enten henvender sig uanmeldt eller med en henvisning, typisk fra egen læge. Andre centre er *murstensløse projektorganisationer*, hvor fokus er på netværk, udvikling og koordination, og hvor personalet har base på rådhuset, mens aktiviteterne foregår på kommunens skoler, dagcentre, plejecentre og ude i naturen.

#### FREDENSBORG SUNDHEDS-CENTER - en projektorganisation

Sundhedscentret i Fredensborg Kommune er murstensløst. Det betyder, at personalet har sin base på rådhuset, mens aktiviteterne foregår på kommunens skoler, dagcentre, plejecentre samt ude i naturen. Der er lagt meget vægt på etablering af netværk, gode samarbejdsrelationer og løsning af opgaverne på tværs af kommunens forvaltningsområder.

En tredje organiseringsform er *mobile sundhedscentre* med en sundhedsbus, der blandt andet kører rundt til daginstitutioner i kommunen og holder på torvene i kommunens lokalområder og tilbyder sundhedstjek og råd og vejledning i forhold til KRAM-faktorerne.

Med hensyn til organiseringen er der også variation i hvilket personale, der er tilknyttet centrene. Sundhedscentrene er generelt karakteriseret ved *tværfaglige personalegrupper*. De hyppigste personalegrupper i sundhedscentrene er koordinatorer, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og diætister. Læger og psykologer indgår i knap halvdelen af centrene, og cirka en tredjedel af centrene har en forebyggelseskonsulent, sundhedsplejerske og socialrådgiver. Endelig er der på et lille antal sundhedscentre også tilknyttet social- og sundhedshjælpere og/eller hjemmehjælpere.

### Sundhedscentrenes aktiviteter

Af aktivitetsregistreringerne for 2006 ses, at der inden for *borgerrettet forebyggelse* tilbydes sundhedstjek eller samtale om livsstil samt tiltag rettet mod KRAM-faktorerne, dog er der i et enkelt center kun fokus på alkohol. Tiltagene rettet mod KRAM-faktorerne kan være kampagner, undervisning, træning, rådgivning, hjælp til vægttab eller rygestop, motionshold m.m. Målgrupperne inden for den borgerrettede forebyggelse er alt fra børn og unge, voksne og ældre borgere til sygedagpengemodtagere og etniske minoriteter.

Den *patientrettede forebyggelse* var i 2006 særligt rettet mod tre store sygdomme: KOL, diabetes og hjerteproblemer. Alt afhængig af hvilken patientgruppe der er tale om, indgår motion, kostvejledning, rygestop og genoptræning som vigtige elementer i et kursusforløb.

Enkelte sundhedscentre havde i 2006 sat en række aktiviteter i gang med et andet fokus end de traditionelle KRAM-faktorer eller de store folkesygdomme. Disse aktiviteter var blandt andet fødsels- og familieforbereelse, åben psykologisk rådgivning, tandlægehjælp til udsatte voksne, rygskele og sygestuer.

Nogle sundhedscentre laver ikke sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter, det vil sige, de tilbyder ikke selv aktiviteter for borgerne. I disse centre arbejdes der på et mere overordnet plan, og formålet er blandt andet at udvikle handlingsplaner, strategier og politikker, lave samarbejdsaftaler, skabe sunde rammer og miljøer, udvikle kompetencer blandt medarbejderne. Alle centrene brugte dog i 2006 en del ressourcer på at udvikle kompetencer, samarbejdsrelationer og skabe synlighed over for brugerne. Flere centre havde desuden opgaver, som ikke fra starten indgik i centrenes opgavebeskrivelser, såsom udarbejdelse af kommunale sundhedsprofiler, sundhedspolitikker samt projektudvikling og udarbejdelse af projektansøgninger.

### Sundhedscentrenes samarbejdspartnere

Sundhedscentrene samarbejder med forskellige aktører inden for sundhedsområdet. Det gælder ikke mindst praktiserende læger, sygehuse og patientforeninger. Hertil kommer samarbejde internt i kommunen i forhold til blandt andet børn og unge, ældre samt kontanthjælpsmodtagere.

Engagerede samarbejdspartnere blev i første interviewrunde beskrevet som et meget vigtigt aktiv for sundhedscentre, idet partnerne kan være med til at sikre hensigtsmæssige patientforløb, kontakt til centrets målgruppe og eventuelt henvisning. Samarbejdspartnere kan bidrage til den faglige kvalitet i centret.

Praktiserende læger og sygehuse, der begge er nævnt som væsentlige samarbejdspartnere, gav i første interviewrunde udtryk

for, at de ønskede, at tiltag i sundhedscentret blev afstemt med samarbejdspartnerne, og at der blev udarbejdet procedurer, som afklarede snitfladerne. De ønskede desuden information om centrets tilbud og aktiviteter samt information om, hvad der sker med henviste patienter i centret.

Sundhedscentrene beskrev ved interviewene, at de ville benytte forskellige initiativer til at sikre et velfungerende samarbejde. Eksempelvis var der planer om at etablere et forum eller en styregruppe, hvor de involverede parter kunne diskutere og afklare problemstillinger løbende. Sundhedscentrene lagde også generelt op til at inddrage og anvende samarbejdspartneres faglige viden i tilrettelæggelsen og varetagelsen af centrets aktiviteter. Centrene planlagde desuden, at der skulle udvikles solide samarbejdsaftaler, og at de formaliserede procedurer løbende skulle undersøges. I anden interviewrunde spørger igen til samarbejdsrelationerne, herunder udfordringer og hvordan de er blevet udmøntet i praksis.

### Evalueringsrapport

Evalueringsens anden besøgs- og interviewrunde er nu godt i gang, og den indsamlede viden – om centrenes aktiviteter, organisering og samarbejdspartnere samt de erfaringer centrene har gjort sig omkring implementeringen – vil blive beskrevet i en samlet evalueringsrapport, der afleveres til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sidst i august 2008. ■

# Revisionen af sundhedsaftalerne

■ Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde/Kommunesamarbejde og Sundhedsaftaler, Region Midtjylland



enkelte kommuner i maj/juni 2008. Det skal alt sammen være færdigt til sommerferien, fordi tiden efter sommerferien og frem til den 1. oktober, hvor aftalerne skal sendes til Sundhedsstyrelsen, er reserveret til den politiske godkendelsesproces i kommunalbestyrelser og regionsråd.

Tre overordnede bemærkninger kom der foreløbig ud af de centrale møder:

- For det første gjorde man de temagrupper, der har stået for revisionen af de enkelte kapitler, permanente.
- For det andet blev der efterspurgt en udredning på it-området, der skal give et bud på, hvor oplysninger om for eksempel sundhedsfremme og forebyggelsestilbud elektronisk skal opbevares og vedligeholdes, og være tilgængelig for kommuner, hospitaler og almen praksis.
- For det tredje ønskede man, at kompetencen for det regionale råd for sundhedsfremme og forebyggelse blev præciseret således, at rådet kun har en rådgivende funktion over for kommuner og region.

**Det regionale råd for Sundhedsfremme og Forebyggelse** er i øvrigt en nyskabelse. Der blev i forbindelse med den første sundhedsaftale etableret to faglige fora: Kontaktforum for kommuner og regioner og Regionalt forum for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering i det somatiske og psykiatriske hospitalsvæsen. I almen praksis er det besluttet at placere sundhedsfremme og forebyggelse i Det Regionale Kvalitetsteam. Det nye regionale råd for Sundhedsfremme og Forebyggelse skal fungere som bindeled mellem de faglige fora og beslutningsorganerne Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Sundhedsstyrelsens betingede godkendelse af sundhedsaftalerne i juni 2007 og Sundhedskoordinationsudvalgets efterfølgende godkendelse af en strategiplan for revisionsprocessen betyder, at region, kommuner og almen praksis har haft en del mødeaktivitet i foråret og frem til sommerferien 2008.

Først på de centrale møder i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget i april, hvor den reviderede generelle aftale blev drøftet og godkendt. Herefter i de seks klynger i løbet af maj og 19 møder i de

## Hjælpemiddelområdet

En anden nyskabelse bliver *Det regionale samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet*. Lovgivningen på området er ikke blevet lettere efter udsendelse af et nyt afgrænsningscirkulære i december 2006, trods løfter herom. På hjælpemiddelområdet er samarbejde den eneste vej frem: forsøg på at inddrage centrale myndigheder har ikke båret frugt. Alternativet til samarbejde er slet ikke tiltalende: juridiske udredninger om, hvem der skal levere hvad i hvilke situationer – situationer der vel at mærke kan varieres i det uendelige. Rådets opgave bliver at udarbejde et hjælpemiddelkatalog, der kan bidrage til at afgøre det på området så svære spørgsmål: Hvem er det så, der skal levere hvad og i hvilke situationer?

## Den færdigbehandlede patient

Revisionen af sundhedsaftalerne har også betydet, at regionen – med inddragelse af kommunerne – er kommet nærmere en supplerende definition af begrebet 'den færdigbehandlede patient'. Færdigbehandlede patienter er udskrivningsklare og har ikke brug for at blive på hospitalet, hvorfor de bør udskrives. Hører patienten til hos den kommunale hjemmepleje, modtages patienten dér. Skulle hjemmeplejen ikke være i stand til at modtage patienten, pålignes der kommunen en udgift på ca. 1.700 kr. pr. døgn. Det gælder uanset, der er sendt varslings om et andet – evt. senere – udskrivningstidspunkt. På klyngemøderne har det vist sig, at kodningspraksis på dette område ikke er ens på tværs af regionen, hvorfor et arbejde med at harmonisere kodningen er sat i gang.

## Træningsområdet

Træningsområdet har fået megen opmærksomhed. Bidraget i denne omgang er et vejledende *snitfladekatalog*, der med



udgangspunkt i diagnoser klargør, hvilke genoptræningsydelser der er specialiserede, og hvilke der er almindeligt ambulante. Et katalog af denne type vil altid være 'under pres': nye behandlingsmetoder kommer til, kompetencer flytter etc.

Sideløbende med implementering af snitfladekataloget kommer et *kodekatalog* beregnet til harmonisering af kodning af de specialiserede genoptræningsydelser og genoptræning under indlæggelse. Der har her vist sig at være ganske store forskelle de

enkelte hospitaler imellem. Kvaliteten af kodningen på de enkelte hospitaler har for så vidt været i orden, idet den har taget udgangspunkt i de tidligere amters praksis. Forskellig kodning har imidlertid betydet, at kommunernes regninger også bliver forskellige. Det skal den nye kodevejledning søge at råde bod på.

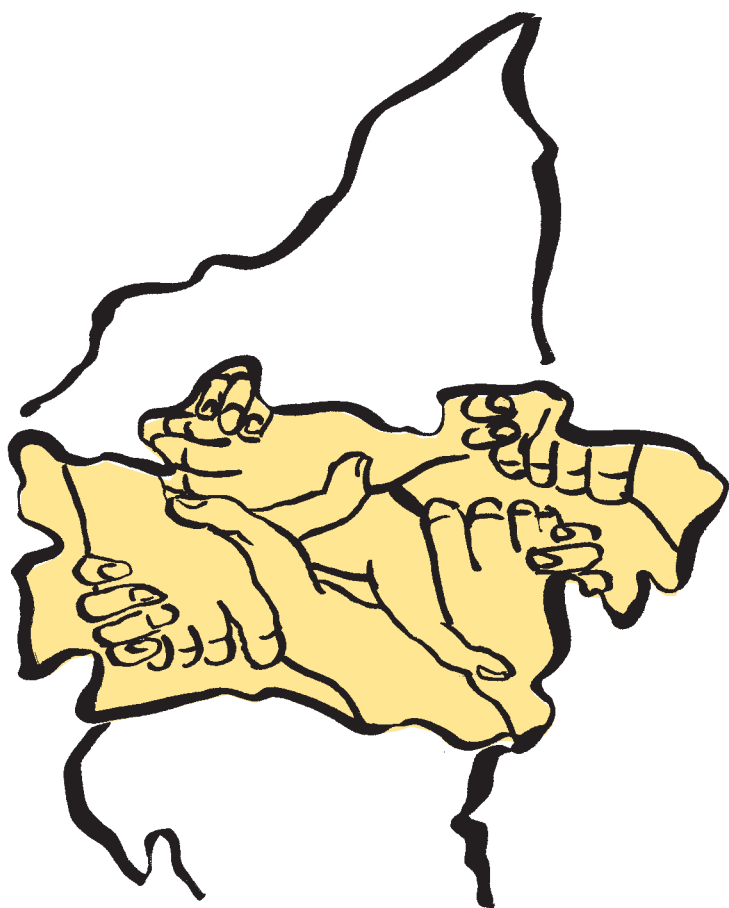
### Opfølgende hjemmebesøg

På sundhedsfremme og forebyggelsesområdet kan blandt flere emner nævnes, at man i Vest-klyngen, i samarbejde med DSI, vil

afprøve *opfølgende hjemmebesøg* som projekt. Visiterede patienter vil få besøg af en praktiserende læge og hjemmesygeplejen inden for en uge efter udskrivelsen. Herefter kan der være yderligere 2-3 besøg/konsultationer ved den praktiserende læge. Gevinsten består i, at antallet af genindlæggelser reduceres med ca. 23% – hvis man kan opnå de samme resultater som på Glostrup Hospital.<sup>1</sup> Tiltættelæggelse af indsatsen og indgåelse af en § 2-aftale til honorering af de praktiserende læger betyder, at det første besøg forventes gennemført i januar 2009.

### Den formelle godkendelsesprocedure

Sundhedsaftalerne indsendes af Regionalt Sundhedssamarbejde ultimo september. Herefter har Sundhedsstyrelsen to måneder til at godkende dem – betinget eller ubetinget. Vi forventer ikke anmærkningsfrie godkendelser denne gang. Man kan formode, at netop Sundhedsstyrelsens bemærkninger til de indkomne sundhedsaftaler er den måde, hvorpå den søger at gøre sin indflydelse gældende på sundhedssamarbejdet mellem kommuner, almen praksis og region/hospitaler. ■



#### MERE INFORMATION

Det er muligt løbende at følge med i arbejdet med sundhedsaftalerne på Region Midtjyllands hjemmeside: [www.rm.dk](http://www.rm.dk) (Vælg: Sundhed/Samarbejde med kommunerne).

#### Note

1. Jakobsen, Helle Neel et al. *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen 2007. Rapporten kan ses/hentes fra [www.sst.dk/mtv](http://www.sst.dk/mtv) under publikationer.

# Region Midtjyllands første samlede sundhedsplan

■ Maiken Rose Hjortbak, fuldmægtig, Hospitalsplanlægning, Region Midtjylland

Efter dannelsen af Region Midtjylland skal regionen lave sin første samlede sundhedsplan. Denne sundhedsplan vil bestå af to elementer:

## 1. Beskrivelse af

### regionens sundhedsvæsen

I Sundhedsloven står der, at regionerne skal udforme en samlet beskrivelse af sundhedsvæsenet og planlægningen på sundhedsområdet. En beskrivelse, der skal samle trådene fra alle de selvstændige planer på sundhedsområdet, fx akutplan, hospitalsplan, kvalitetsstrategi, præhospitalsplan og sundhedsaftaler.

## 2. Temaer for det fremadrettede

### arbejde med sundhed i regionen

Det andet element i sundhedsplanen er en række temaer, der kan fungere som pejlemærker for Regionsrådets arbejde med sundhed i de kommende år. Temaerne vil angive områder eller problematikker, der kræver særlig opmærksomhed.

## Politisk udvalg i spidsen

Regionsrådet har nedsat et midlertidigt politisk udvalg til at stå i spidsen for arbejdet med at udforme denne første samlede sundhedsplan for Region Midtjylland. Sundhedsplanudvalget består af 11 medlemmer, det har funktionsperiode hele 2008, og Johannes Flensted-Jensen er formand.

Udvalget lægger stor vægt på at få input og ideer til sundhedsplanen fra flere sider i sundhedsvæsenet. Derfor har udvalget gennem første halvdel af 2008 inviteret repræsentanter fra bl.a. kommuner, praksis, hospitaler og psykiatri til at præsentere deres ideer til sundhedsplanen.

## Dialog med politikere, fagfolk og borgere

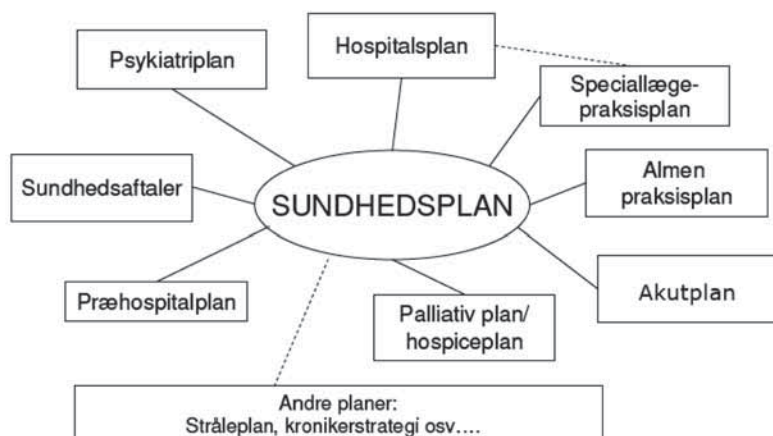
Som led i udformningen og udvælgelsen af temaer til sundhedsplanen ønsker Sundhedsplanudvalget at gå i dialog med både fagfolk og borgere i Region Midtjylland.

Derfor afholder udvalget en *sundhedsplan-konference* mandag, den 29. september 2008, hvor politikere og fagfolk fra både region, kommuner og praksis har mulighed for at deltage og bidrage med forslag og ideer til sundhedsplanen.

Foruden dialog med politikere og fagfolk ønsker Sundhedsplanudvalget at høre borgernes perspektiver på udviklingen af regionens sundhedsvæsen. Det vil der blive rig lejlighed til, når Region Midtjylland i samarbejde med Danske Regioner afholder *borgertopmøde om fremtidens sundhedsvæsen* lørdag, den 1. november 2008. Her inviteres ca. 200 borgere til at debattere fremtiden for regionens sundhedsvæsen med hinanden og politikerne.

Planen forventes endelig vedtaget i Regionsrådet primo 2009. ■

## Planer på sundhedsområdet



REGION MIDTJYLLAND arbejder løbende med at tilpasse sundhedsvæsenet til fremtidens krav.

På regionens hjemmeside [www.regionmidtjylland.dk](http://www.regionmidtjylland.dk) (Vælg: Sundhed/Fremtidens sundhedsvæsen) kan du læse mere om de enkelte planer. – Om deres faglige indhold og om mulighederne for at få indflydelse på planerne inden Regionsrådet i sidste ende skal godkende dem endeligt. Nogle af planerne er vedtaget, andre er på vej. Senest i foråret 2009 forventer Regionsrådet at være klar med regionens første samlede sundhedsplan.

# KONFERENCE

Onsdag, den 10. december 2008

## Hvordan har du det? – og hvad gør vi ved det?



### Om sundhedsforhold, sundhedspolitik og sundhedsinterventioner i Region Midtjylland og kommunerne i regionen

Center for Folkesundhed i Region Midtjylland inviterer til konference om status og fremtid for *Hvordan har du det?*

#### Status

Brug af sundhedsprofilens data i regionens og kommunernes sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende arbejde, sundhedsplanlægning m.v.

#### Fremtid

Hvordan skal det fremtidige arbejde med sundhedsprofiler og monitorering organiseres? Hvordan udbygges det regionale-kommunale samarbejde om sundhedsprofiler?

Konferencen har plenumoplæg, parallelsessioner og markedsplads:

- parallelsessioner om det konkrete arbejde med sundhedsprofilen
- 'markedsplads', hvor kommuner og region præsenterer planer, projekter og aktiviteter.

#### Tid og sted

Onsdag, den 10. december 2008 kl. 12-17 i Kongressalen i Herning Kongrescenter, Østergade 37, Herning. Konferencen starter med en let frokost.

#### Deltagerantal og pris

Der er plads til 375 deltagere efter først til mølleprincippet. Pris pr. deltager kr. 350.

#### Tilmelding

Via hjemmesiden: [www.hvordanhardudet.rm.dk](http://www.hvordanhardudet.rm.dk)

#### Yderligere oplysninger

Kontakt [Bitten.Bønnelykke.Warming@stab.rm.dk](mailto:Bitten.Bønnelykke.Warming@stab.rm.dk), tlf. 8728 4703.