

Besvarelse af Sygekassernes Helsefonds prisopgave om organiseringen af et kommunalt sundhedscenter, 2008

Lars Iversen
seniorfagleder, COWI
Gøgevang 16
2970 Hørsholm
live@cowi.dk
29619738

Organisering af kommunale sundhedscentre

1. Udgangspunktet

Kommunerne vil i de kommende år blive en stadig vigtigere lokal og national aktør på sundhedsområdet med særlig fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunernes særlige bidrag vil være at styrke de fælles lokale bestræbelser på at skabe sunde rammer i dagligdagen for befolkningen og at styrke borgernes handlekompetence i forhold til at leve et sundt liv og leve med sygdom.

Kommunerne har gode forudsætninger for at løfte opgaven. De har en meget bred kontaktflade til den lokale befolkning og måske især til grupper i befolkningen med særlige sundhedsproblemer - eksempelvis borgere på forskellige former for overførselsindkomster. Kommunerne har organisation og ledelse, og de har i forvejen omfattende erfaringer med en række sundhedsopgaver. Kommunerne har endvidere et tæt samarbejde med lokalsamfundet, herunder de praktiserende læger, fysioterapeuter, idrætsforeninger og patientforeninger. Kommunerne er derfor den rigtige ramme for det lokale forebyggende arbejde.

Hvis indsatsen skal give resultater, er der tre forudsætninger, der skal opfyldes:

- Den første forudsætning er, at der etableres den optimale arbejdsdeling mellem det nationale plan, det regionale plan og det kommunale plan. Denne arbejdsdeling skal sikre, at indsatserne på de forskellige niveauer skal understøtte og afpasses i forhold til hinanden, og at indsatserne udføres på det niveau, hvor det er mest omkostningseffektivt
- Den anden forudsætning er, at kommunerne nøje præciserer - i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen - sit bidrag til sundhedsvæsenet. Kommunernes forebyggelse og sundhedsfremme må ikke udvikles som parallelsystemer til aktiviteter, der foregår andre steder, eller sidespor, der ikke hænger sammen med, hvad der i øvrigt foregår. Det forudsætter faglig konsensus med samarbejdspartnerne, og at parterne organiserer deres indsats, således at den kan matche de gensidige krav om sammenhæng, nem kommunikation og synlighed/ tilgængelighed af indsatserne
- Den tredje forudsætning er, at kommunerne tilrettelægger det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde ud fra den præmis, at der er tale om et udviklingsarbejde, der i videst mulig omfang må baseres på dokumentation, der oven i købet er sparsom, og som skal udvikles samtidig med, at der handles. Det kræver organisatoriske rammer, der er fleksible. Et særlig komplicerende element er, at det forebyggende arbejde skal udføres på tværs af kommunens forvaltninger, der ikke nødvendigvis prioriterer sundhed lige højt og måske også har divergerende opfattelse af, hvad sundhed er. Det stiller store krav til en kommunal sundhedspolitik og en politisk og ledelsesmæssig vilje til at prioritere og implementere den i det daglige.

Disposition for besvarelsen

Spørgsmålet om den mest hensigtsmæssige organisering af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne, må tage udgangspunkt i de udfordringer, kommunerne står overfor, og karakteren af de opgaver, der udspringer heraf. Denne besvarelse er derfor disponeret således:

- Hvilke udfordringer er der på sundhedsområdet i de kommende år?
- Hvad sker der i øjeblikket indenfor forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne?
- Det kommunale sundhedscenter - en vision
- Tre modeller for sundhedscentre
- Fordele og ulemper ved modellerne
- Konklusion

2. Hvilke udfordringer er der på sundhedsområdet i de kommende år?

Sundhedsområdet præges i disse år af flere udviklingstendenser, der hver bidrager til at presse forebyggelse og sundhedsfremme stadig højere op på den sundhedspolitiske dagsorden. Det er i dette perspektiv, den kommunale sundhedsindsats skal ses. Den kan få væsentlig betydning for befolkningens sundhedstilstand, og løses opgaven ikke tilfredsstillende, vil det sætte resten af sundhedsvæsenet under et forstærket pres.

Blandt de væsentligste udviklingstendenser skal nævnes:

Sygdomsmønstret præges af kroniske/ langvarige forløb

- Andelen af voksne danskere, der angiver at lide af en langvarig sygdom, forventes at stige fra cirka 34 % i 1987 til 44 % i 2020 - en stigning fra 1,4 mio. personer i 1987 til cirka 2,1 mio. i 2020¹
- Blandt de store folkesygdomme forventes især en stigning i hjertekarsygdomme, åndedrætssygdomme, diabetes samt astma og allergi, mens antallet med sygdomme i fordøjelsesorganer og urinveje forventes at falde
- En forbedring af diagnostiske og behandlingsmetoder af kroniske sygdomme vil være vigtig for øget livskvalitet og bedre overlevelse, men behandlingssucceser vil i sig selv øge behovet for patientrettet forebyggelse, herunder rehabilitering, fordi stadig flere skal leve i længere tid med kronisk sygdom, som det f.eks. er tilfældet med AIDS-patienter, hjertepatienter og kræftpatienter.

Der bliver stadig flere ældre

- I de kommende år vil der blive stadig flere ældre, og de ældre vil komme til at udgøre en større andel af befolkningen
- Med alderen følger typisk øget sygdomsbelastning og nedsat funktionsevne og dermed øget efterspørgsel efter sundhedsydelser og kommunale ydelser i form af hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælpemidler mv
- Stigningen i antallet af ældre vil ikke nødvendigvis blive modsvaret af en tilsvarende stigning i forbruget af disse ydelser. De ældres funktionsevne bliver nemlig bedre og bedre i disse år. For begge køn gælder, at de lever længere, samtidig med at de har færre år med funktionsbegrænsninger
- Den demografiske udvikling vil i sig selv øge behovet for forebyggelse og sundhedsfremme gennem hele livet med henblik på at bevare funktionsevne længst mulig i ældrebefolkningen. I EU-hvidbogen Sammen om sundhed: en strategi for EU 2008-2013 peges således på sundhedsfremme i et aldrende Europa som en vigtig strategisk målsætning.²

Den sociale ulighed i sundhed er voksende

- Forbedringerne i sundheden som følge af positive ændringer i levevaner - især rygning, kost og motion - slår hurtigere igennem i privilegerede befolkningsgrupper end i ressourcetsvage grupper, som rummer mange borgere, som af personlige, etniske eller sociale forhold har svært ved at gennemføre ændringer i deres livsstil eller gennemføre og fastholde behandlingen af kroniske sygdomme³
- Uligheden viser sig i alle faser af sygdomsforløb for ressourcetsvage befolkningsgrupper. De har 1) større eksponering for risikofaktorer i livsstil, arbejdsmiljø, bolig mv, og de har større risiko for 2) at udvikle sygdom, 3) langvarigt fravær, 4) udstødning af arbejdsmarkedet og 5) tidlig død
- De store dødsårsagsgrupper er kræft og hjertekarsygdomme. De tegner sig samtidig for cirka 60 % af den sociale ulighed i dødelighed⁴. En forebyggende indsats i forhold til disse sygdomme vil på samme tid forbedre befolkningens middellevetid og reducere den sociale ulighed i sundhed væsentligt.

Befolkningen ønsker forebyggelse og sundhedsfremme

- Interessen for sygdom og sundhed er vokset markant i stort set alle befolkningsgrupper. Befolkningen stiller krav om øget livskvalitet og funktionsevne

¹ Statens Institut for Folkesundhed. Folkesundhedsrapporten, 2008.

² Kommissionen for de europæiske fællesskaber. Hvidbog. Sammen om sundhed: en strategi for EU 2008-2013. KOM (2007) 630 endelig.

³ Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

⁴ Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2006

- Tiltroen til betydningen af ens egen indsats for helbred og funktionsevne er ligeledes voksende. Patientrollen ændrer sig fra at være passiv modtager af sundhedsvæsenets ydelser til at blive "medproducent" af eget helbred
- Store grupper af befolkningen ændrer eller er motiverede for at ændre deres livsstil i en sundere retning⁵
- Sundhedsvæsenet skal for at imødekomme de ændrede holdninger til sundhed i befolkningen ikke kun satse på at øge kapaciteten af eksisterende tilbud. Der skal sættes på en bred vifte af ydelser, der styrker patienternes handlekompetencer i forhold til deres helbred, herunder forebyggelse, rådgivning og information, sundhedsfremme og rehabilitering. Flere af disse tilbud findes allerede i varierende omfang i det eksisterende sundhedsvæsen, men der er på ingen måde tale om systematiske tilbud, som tilbydes alle patienter, for hvem det er relevant
- Disse tilbud er specielt vigtige for ressourcetsvage befolkningsgrupper, som sundhedsvæsenet har svært ved at hjælpe inden for de nuværende rammer. I forhold til disse borgere kan de kommunale sundhedscentre derimod spille en vigtig rolle og dermed bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundheden.

Presset på sundhedssektoren vil stige i de kommende år

- Efterspørgslen efter de fleste sundhedsydelser er stigende – både inden for det etablerede sundhedsvæsen og ikke mindst på det alternative marked for sundhedsydelser. Det gælder begge køn og stort set alle aldersgrupper
- Antallet af heldøgnsindlæggelser forventes at stige fra 2005 til 2020 med cirka 230.000 til i alt 1,4 mio. indlæggelser. Antallet af ambulante kontakter forventes i samme periode at blive næsten det dobbelte og udgøre cirka 5 mio. i 2020⁶
- Sygehusene vil i stigende grad fokusere på deres kerneydelser: diagnostik, komplicerede undersøgelser og behandling. Indlæggelsesforløbene vil blive stadig mere komprimerede og kortere. Endvidere vil sygehusdriften blive samlet på stadig færre enheder. Det øger behovet for ydelser tættere på borgerne - specielt for borgere med kroniske sygdomme
- Almen praksis vil gennemgå en strukturrationalisering drevet af den omfattende aldersbetingede afgang af læger og det stigende antal konsultationer. Den nuværende praksisstruktur med mange solopraksis gør det vanskeligt at ansætte andet sundhedspersonale, som kan aflaste lægerne, og samtidig vanskeligt at sikre tilgang af nye læger, der ønsker at arbejde i et fagligt miljø med flere kolleger.

Konklusion: De kommende års udvikling vil give kommunerne en central rolle i sundhedspolitikken og sundhedsvæsenet.

Sundhedsfremme og forebyggelse kommer til at fylde stadig mere. Kommunernes indsatser vil kunne få væsentlig betydning for det samlede sundhedsvæsen i de kommende år. Sundhedsfremme og forebyggelse er ikke et øjeblikkeligt modelune, der vil blive nedprioriteret om nogle år. Der er tale om en grundlæggende tilpasning til et sygdomsmønster præget af kroniske forløb og dermed paradigmeskifte i vores sundhedspolitik.

2. Hvad sker der i øjeblikket inden for forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne?

Med sundhedsloven af 2005 fik kommunerne ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme, og den efterfølgende udvikling viser, at kommunerne har taget opgaven til sig med stort politisk og fagligt engagement. Forløbet kan opdeles i en opbygningsfase, som ikke er afsluttet endnu, en konsolideringsfase, der lige er påbegyndt for de kommuner, der er kommet længst, og endelig en kommende driftsfase, hvor store dele af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde er i drift, og hvor samarbejdsrelationer og arbejdsdeling internt i kommunen og til eksterne samarbejdspartnere er afklarede og fungerer.

⁵ Region Midtjylland. Hvordan har du det?

⁶ Statens Institut for Folkesundhed. Folkesundhedsrapporten, 2008.

Opbygningsfasen 2006- 2009

Den første fase - opbygningsfasen siden 2006 - har - naturligt nok - haft fokus på politikudvikling, etablering af de forvaltningsmæssige og udførende rammer, rekruttering af ledere og medarbejdere og igangsættelse af en lang række forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter. Det samlede indtryk af denne fase er, at kommunerne har prioriteret sundhedsområdet højt. Se box 1.

Der har været megen politisk bevågenhed. Kommunerne har tilført området flere ressourcer, end de initialt fik overført fra stat og amterne. Mange kommuner har etableret sundhedscentre og opbygget forholdsvis store sundhedsafdelinger med særligt uddannet personale inden for folkesundhedsvidenskab og andre relevante discipliner. Der er igangsat en lang række forebyggelsesindsatser i skoler, daginstitutioner, arbejdspladser, sundhedscentre mv - i snit næsten 30 indsatser i en gennemsnitlig kommune⁷ - ofte igangsat på baggrund af statslige puljemidler. Indsatserne er især centrere om kram-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). Der har endvidere været stærkt fokus på den tværsektorielle forankring af forebyggelsen.

Samlet set er der ingen tvivl om, at reformen har medført et markant løft af området, og bekymringer om, at amternes indsats på området ville gå til spilde, og at kommunerne ikke ville prioritere området, er gjort til skamme.

Box 1. Kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremme-indsats i foråret 2008⁸.

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2008 en undersøgelse, der viste:

69 % af alle kommuner har vedtaget en sundhedspolitik. De resterende kommuner er ved at udarbejde eller har planlagt at udarbejde en sundhedspolitik. Ingen kommuner har fravalgt at udarbejde en sundhedspolitik

40 % af kommunerne har oprettet et sundhedsudvalg, og 37 % har et social- og sundhedsudvalg.

43 % har oprettet en selvstændig sundhedsforvaltningsenhed, 34 % en social- og sundhedsforvaltning

I undersøgelsen kan der ikke peges på nogen generel model for, hvordan det koordinerende, udviklende og udførende arbejde er organiseret. og det fremhæves, at det er vanskeligt at placere ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse et sted, da det udførende arbejde er forankret i flere forvaltninger

42 % af kommunerne har etableret et sundhedscenter, og 20 % har planer om at etablere et sundhedscenter.

Konsolideringsfasen 2009 - 2013

Den næste fase - konsolideringsfasen - bliver betydelig mere krævende og kompliceret end etableringsfasen.

Opgaven kan med få ord formuleres således:

- kommunerne skal gøre det, der virker, og undlade at gøre det, der ikke virker
- kommunerne skal gøre det, de kan, og undlade at gøre det, de ikke kan
- kommunerne skal undlade at gøre, hvad andre kan gøre bedre.

Konsolideringsfasen handler om indholdet af indsatserne og om at videreudvikle organiseringen, så den hele tiden er optimal i forhold til opgaverne. Forebyggelse og sundhedsfremme er et dynamisk udviklingsområde. Meget få indsatser er systematisk evaluerede med henblik på effekt. Der indhentes løbende ny videnskabelig indsigt, der skal omsættes i praksis, og endelig er udmøntningen af praktisk forebyggelse og sundhedsfremme kontekstafhængig. Det betyder, at indsatserne skal tilpasses lokale forudsætninger, og at man ikke uden videre kan overføre udenlandske eller erfaringer fra nogle kommuner til andre kommuner. Det forudsætter kompetencer hos medarbejderne, og det forudsætter udvikling af realistiske og valide monitorerings- og evalueringssystemer, der gør det muligt at vurdere, om de ønskede effekter opnås, og dermed også træffe kvalificerede beslutninger om det videre forløb.

⁷ Kommunernes Landsforening. Godt i gang - en kvantitativ undersøgelse af den kommunale forebyggende indsats i 2008. November 2008.

⁸ Sundhedsstyrelsen. Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. 2008

Det er i denne fase, at de "hårde" spørgsmål skal besvares:

- Er der tilstrækkelig - om nogen - effekt af de nuværende indsatser?
- Når man på systematisk vis de rigtige målgrupper blandt borgerne, hvis behov for sundhedsydelse ikke dækkes andetsteds - eller giver man i realiteten et supplerende tilbud til borgere, der er dækket ind på anden vis?
- Hvorledes kan der udvikles en realistisk monitorering og evaluering af indsatserne, der gør det muligt at træffe kvalificerede beslutninger, om indsatsernes skal fortsætte, opprioriteres eller helt stoppe?
- Er samarbejdet med almen praksis og sygehusene udbygget? Har sundhedscentret de relevante tilbud i en kvalitet, der er enighed om blandt kommune, læger og sygehuse, og er informations-niveauet højt nok til at sikre en rationel visitation: Visiteres de rigtige borgere til de rigtige tilbud på det rigtige tidspunkt af alle læge/ sygehuse?
- Arbejdes der i praksis tværsektorielt med sundhed i alle forvaltninger med en fælles koordinering, - eller er der tale om et proforma-samarbejde afhængigt af ildsjæle i de enkelte forvaltninger?
- Har sundhedsafdelingen/ sundhedscentre de nødvendige samarbejdsrelationer med de øvrige forvaltninger, der kan sikre fremdrift og sammenhæng - eller udvikler hver forvaltning sin praksis?
- Hvorledes sikres det, at ny viden og kompetencer spredes i kommunen, kort sagt hvorledes fastholdes dynamikken i indsatserne?

Den kommunale organisering af forebyggelse og sundhedsfremme - herunder ikke mindst sundhedscentre - må måles ud fra, hvorledes disse spørgsmål håndteres. Understøtter organiseringen, at sundhedscentret er lærende, udviklingsorienteret, fleksibelt og interaktivt i forhold til alle aktørerne på sundhedsområdet - eller medfører organiseringen, at sundhedscentret bliver en konservativ niche, der lever sit eget liv?

3. Det kommunale sundhedscenter - en vision

Forebyggelse og sundhedsfremme skal udføres i alle kommunens forvaltninger. De indgår hos alle i varierende omfang sundhedsmæssige aspekter som en del af deres kerneydelser. Sundhedsfremme og forebyggelse er derfor ikke kun en opgave for en sundhedsafdeling eller et sundhedscenter. Det forudsætter en kommunal sundhedspolitik med handlingsplaner, hvor hver forvaltnings bidrag til sundhedspolitikken er eksplicit, og hvor hver forvaltning faktisk integrerer sundhed i den daglige drift - ikke kun som en aktivitet, som kan fravælges efter eget ønske.

Den overordnede prioritering og koordination af kommunens sundhedsindsats skal være en del af de normale politiske og administrative beslutningsprocesser, og den daglige drift skal klares af forvaltningerne. Der vil imidlertid være behov for koordinering på tværs - f.eks. af indsatser overfor overvægtige børn, alkohol, fysisk aktivitet - og der vil ikke mindst være behov for et fagligt miljø, der kan sikre, at arbejdet hele tiden udføres på det bedst mulige vidensgrundlag og dermed sikre dynamikken i sundhedsarbejdet. Denne dynamik drejer sig både om kvalitetssikring og udvikling af eksisterende indsatser og om introduktion af nye indsatser, der kræver nye samarbejdsrelationer inden og uden for kommunen.

Både det interne samarbejde i kommunen mellem forvaltningerne og det eksterne samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen forudsætter et fagligt miljø - eller kraftcenter. Kommunen skal råde over de fornødne kompetencer hos medarbejderne, og disse kompetencer skal samles på en sådan måde, at de overstiger en kritisk masse, således at der kan udvikles de fornødne synergier på tværs af de faglige discipliner. Det er ikke tilstrækkeligt, at kompetencerne er fordelt rundt hos enkelte medarbejdere i forskellige miljøer, hvor det ledelsesmæssige fokus ikke er på forebyggelse og sundhedsfremme, men på f.eks. drift af hjemmesygepleje eller sundhedspleje, jobcenter med sygefravær, lokal trafikplanlægning, lokal kulturpolitik osv.

Det er derfor vigtigt, at kommunen har en organisation, hvis overordnede formål er at drive det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, og hvis resultater alene måles i forhold hertil. En sådan organisation er sundhedscentret.

Visioner for sundhedscentret

Sundhedscentret skal udgøre *det* faglige miljø inden for forebyggelse og sundhedsfremme, der kan arbejde på et evidensbaseret grundlag og bidrage til at sikre løbende (tvær)faglig kvalificering af kommunens indsatser.

Det indebærer, at:

- Sundhedscentret er den organisatoriske ramme, der sikrer den praktiske koordinering af kommunens borgerrettede og patientrettede forebyggende og sundhedsfremmende arbejde
- Sundhedscentret skal være et anerkendt, kendt og nemt tilgængeligt sundhedstilbud for borgerne
- Sundhedscentret skal samarbejde med det primære og sekundære sundhedsvæsen for at sikre sammenhængende behandlingsforløb. Det betyder, at det øvrige sundhedsvæsen skal have en klar opfattelse af, hvad sundhedscentret er, hvorledes arbejdsdelingen er, og hvorledes kommunikationen - herunder den it-baserede - kører
- Sundhedscentret skal samarbejde med lokalområdet - idrætsforeninger, patient- og handicapforeninger, ældreorganisationer mv. - om forebyggelse og sundhedsfremme
- Sundhedscentret skal være samarbejdspartner med regionen, Sundhedsstyrelsen, forskningsinstitutioner og lignende.

4. Tre modeller for sundhedscentre

På trods af kommunalreformen har kommunerne stadig meget forskellige forudsætninger for at løfte de forebyggende og sundhedsfremmende opgaver. Befolkningsstørrelsen dikterer, hvor mange ressourcer der kan afsættes, herunder antallet af medarbejdere og deres kompetencer. Geografien stiller særlige krav, hvis der er store, tyndtbefolkede områder. Tilstedeværelsen af et sygehus giver særlige muligheder for samarbejde, og et nedlægningsstruet sygehus giver særlig gode muligheder for, at kommunen kan få nem adgang til velegnede fysiske rammer for et sundhedscenter. Disse forskellige vilkår gør det påkrævet, at der tænkes i forskellige modeller for sundhedscentre.

Her skal peges på tre modeller for organiseringen af sundhedscentre:

- Det murstensløse sundhedscenter
- Det kommunale sundhedscenter
- Sundhedshuset

Det murstensløse sundhedscenter

Sundhedscentret er en mindre central enhed, der koordinerer det interne samarbejde i kommunen mellem de forskellige forvaltninger og samarbejder med regionen og de andre områder i kommunen, der varetager sundhedsopgaver - f.eks. ældreområdet, genoptræning, tandplejen, misbrugsområdet, skolerne og sundhedsplejen. Enkelte mere driftsprægede opgaver kan være placeret i centret - eksempelvis administration af rygestopkurser eller Stanford-kurser for kroniske patienter om at lære at leve med sygdom.

Centret er murstensløst i den forstand, at det består af et samarbejde af række kommunale enheder, der fysisk er placeret på forskellige lokaliteter.

Det tværgående og koordinerende arbejde omfatter opgaver, som ikke kan uddelegeres til de forskellige forvaltninger, og som forudsætter særlige kompetencer. Som eksempler kan nævnes:

- Sikring af, at den samlede indsats er dækkende i forhold til kommunens sundhedspolitik
- Organisering og drift af netværk med nøglepersoner i andre forvaltninger
- Sundhedsprofiler - samarbejde med regionen, uddybende analyser af data fra sundhedsprofiler mv
- Sundhedskonsekvensvurderinger af beslutningsforslag til brug for byråd og udvalg
- Puljeansøgninger til Sundhedsstyrelsen, Sygekassernes helsefond, Satspuljen mv og design af forsøg og udviklingsprojekter

- Tværgående kompetenceudvikling af frontmedarbejdere rundt omkring i kommunen (f.eks. kurser i den motiverende samtale med borgere om livsstilsændringer)
- Monitorering, kvalitetssikring og evalueringer af indsatserne

Sundhedscentret vil typisk have medarbejdere af forskellig uddannelsesmæssig baggrund. Antallet vil først og fremmest afhænge af kommunens størrelse.

Centret vil fysisk bestå af en række kontor- og mødelokaler. Der kommer ingen borgere i selve sundhedscentret. Ydelser til borgerne - f.eks. rygestop, patientskoler mv - gives lokalt på kommunens lokaliteter.

Centret kan være en del af den centrale sundhedsafdeling, der varetager en række andre overordnede opgaver på sundhedsområdet, herunder medfinansieringen af de regionale sundhedsydelser og indgåelse af sundhedsaftaler med regionen. Sundhedscentret kan også udskilles som en selvstændig enhed. I en opbygningsfase kan det i nogen tilfælde være en fordel, at sundhedscentret er placeret tæt på beslutningstagere i kommunen.

Det kommunale Sundhedscenter

Sundhedscentret rummer – ud over opgaverne i det murstensløse sundhedscenter – også drift af de nye sundhedsopgaver (forebyggelse, sundhedsfremme, genoptræning, rehabilitering).

Sundhedscentret rummer både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. Fordelene er bedre udnyttelse af personaleresourcer, idet medarbejdere kan indgå i begge typer forebyggelse, hvilket samtidig kan give en faglig synergi mellem de to former for forebyggelse.

Sundhedscentret kan udbygges med de nærmest beslægtede etablerede kommunale sundhedsopgaver, f.eks. forebyggende hjemmebesøg og sundhedspleje. Andre beslægtede driftstunge kommunale opgaver såsom hjemmesygepleje, hjemmehjælp, ældreområdet, hjælpemidler mv bør ikke indgå i sundhedscentret - ej heller omvendt. Det indebærer en betydelig risiko for, at det ledelsesmæssige fokus ikke er på forebyggelse og sundhedsfremme, men på den daglige drift, herunder, budgetter, vagtplaner mv., dvs forhold som lederne bliver målt direkte på.

Sundhedscentret kan tilbyde patientforeninger lokaler til møder og arrangementer og i øvrigt samarbejde om særlige tilbud, f.eks. hjerte- og KOL-rehabilitering eller motivationsgrupper for diabetespatienter. Det kan give gode muligheder for at udvikle samarbejdet mellem de lokale patientforeninger. Mange foreningers lokale kommitteer eller afdelinger er forholdsvis små, men ved at samarbejde kan man i fællesskab løfte større arrangementer og dermed styrke det samlede lokale arbejde. Sundhedscentret giver således foreningerne nye udfoldelsesmuligheder og mulighed for at organisere deres lokale arbejde mere systematisk, ligesom det socialt kan være en booster at mødes med andre foreningsrepræsentanter og i fællesskab løse en opgave.

Centret vil fysisk bestå af reception, træningslokaler, køkken, kontorer, mødelokaler mv. Borgere vil daglig komme i centret – for eksempel til patientskoler og rygestopkurser.

Sundhedscentret kan have "udgående" indsatser andre steder i kommunen og dermed mindske transportproblemet for borgerne til og fra sundhedscentret. Sundhedscentret kan eventuelt have en mobil enhed - sundhedsbus -, der kører rundt i kommunen.

Sundhedshuset

Sundhedshuset rummer – ud over opgaverne i det kommunale sundhedscenter – også aktører fra primær- og sekundærsektoren.

Aktører fra primærsektoren kan være praktiserende læge, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor og fodterapeut. Det vil være vigtigt, at sundhedscentret alene inddrager aktører, som sygesikringen har overenskomst med. Man kunne overveje at invitere alternative behandlere med i sundhedscentret, men det vil skabe uklarhed om det faglige grundlag for sundhedscentret og dermed give anledning til uoverensstemmelser med det øvrige sundhedsvæsen.

Fra sygehussektoren kan det være mindre ambulante sygehusfunktioner, der kan placeres decentralt som ambulatorier for medicinske, kirurgiske og fysiurgiske patienter, jordemoderklinik, laboratoriydelser og røntgen som eksempler. Specielt vil det være en fordel, hvis der etableres ambulatorier i sundhedshuset, hvor sygehusets

læger kommer jævnligt. Det kan sikre en direkte kontakt mellem læger og sundhedscentret og dermed styrke relationen - lægerne får konkret kendskab til, hvad sundhedscentret kan tilbyde og kan få tilbagemeldinger på de problemstillinger, der møder patienterne efter udskrivelse mv. Sundhedscentret får omvendt direkte adgang til den lægefaglige viden og de aktuelle behandlingsmetoder på sygehuset.

Der vil dagligt komme borgere i centret til behandling og til rehabilitering og lignende.

5. Fordele og ulemper ved de tre modeller

De tre modeller - det murstensløse sundhedscenter, det kommunale sundhedscenter og sundhedshuset - repræsenterer forskellige niveauer for samling af sundhedsopgaver, som udbydes i lokalområdet af kommunen, lokale foreninger, primær og sekundærsektoren.

De tre modeller skal vurderes i forhold til, hvor godt de understøtter en virkeliggørelse af visionen om et sundhedscenter. Der er fordele og ulemper ved de tre modeller, og det er vigtigt at understrege, at mulighederne for at realisere modellerne er afhængige af lokale forudsætninger, herunder ikke mindst kommunernes økonomi, størrelse og geografi, og om de har et sygehus i forvejen. Det vil f.eks. være meget svært for en kommune, der ikke har et sygehus at få placeret sygehusopgaver som ambulatorier og laboratorium i et kommunalt sundhedscenter. Det kan derimod være muligt, hvis der i kommunen er et sygehus, der skal nedlægges, og man derfor står i en mere gunstig forhandlingsposition i forhold til regionen.

De forskellige forudsætninger giver således forskellige muligheder. Det bør dog ikke skjules, at modellerne ikke kan sidestilles, og at alle modeller ikke er lige gode, men de kan være mere eller mindre optimale i forhold til de lokale vilkår.

I forhold til visionen for et sundhedscenter vil sundhedshuset være den mest interessante, fordi den giver borgerne et samlet overskueligt sundhedstilbud, og den også giver de bedste samarbejds muligheder internt i kommunen og med eksterne samarbejdspartnere og dermed også de bedste muligheder for at udgøre et stærkt fagligt miljø. Særlig vigtigt er det, at samarbejdet med almen praksis kan blive styrket markant. Endelig vil sundhedshuset i det daglige blive brugt af mange borgere, ligesom patientforeningerne kan inddrages, hvilket vil give sundhedscentret et yderligere fodfæste i lokalsamfundet. Det skal understreges, at samarbejdet med de øvrige sundhedsaktører lettes af lokalefællesskabet, men sundhedscentret har jo på ingen måde nogen instruktionsbeføjelse i forhold til de øvrige aktører.

Sundhedshuset stiller imidlertid store krav til bygningsmæssige faciliteter og dermed til økonomi. Den kommunale økonomi kan aflastes gennem et OPP- samarbejde med private investorer, men det forudsætter, at der er et markedsmæssigt økonomisk grundlag for opførelse af nye bygninger eller ombygninger af eksisterende bygninger, hvor en væsentlig del af arealerne kan udlejes til private. Hvorvidt dette grundlag er til stede, beror på lokale forhold.

Det kan ydermere være en kompliceret proces at samle aktører fra primærsektoren, fordi deres økonomiske vilkår - herunder husleje - vil være meget forskellige, og fordi tidshorizonten for den enkelte aktør vil være forskellig. Viljen til at investere i nye lokaler til en dyrere husleje vil være omvendt relateret til, hvor længe der er til pensionsalderen for den enkelte læge.

Det murstensløse sundhedscenter vil styrke sundhedsområdet, men ikke så meget som de andre modeller. Borgerne vil næppe bemærke sundhedscentret. Ydelserne vil være spredt i kommunen, hvilket kan gøre det vanskeligt at tegne en klar profil af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunen overfor de øvrige kommunale forvaltninger, læger og sygehuse.

Det murstensløse sundhedscenter vil styrke samarbejdet på sundhedsområdet internt i kommunen og eksternt i forhold til almen praksis, sygehuse og lokale foreninger, men ikke så meget som det kommunale sundhedscenter og sundhedshuset, hvor der vil være lokalefællesskab med samarbejdspartnerne.

Afhængig af de lokale muligheder fører en samlet vurdering til, at det kommunale sundhedscenter eller sundhedshuset vil være de modeller, der giver de bedste muligheder for at virkeliggøre den vision for et sundhedscenter, som er opstillet tidligere.

6. Konklusion

Det er et stort fremskridt i forhold til tidligere, at kommunerne entydigt har fået til opgave at varetage det lokale forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Opgaven vil blive stadig vigtigere i de kommende år, blandt andet fordi antallet af ældre borgere og borgere med kronisk sygdom vil øges, hvilket igen vil øge presset på sundhedssektoren. En effektiv forebyggende indsats i kommunerne kan bidrage til at øge befolkningens sundhed og til at reducere presset på almen praksis og sygehusene.

Kommunerne har taget imod de nye opgaver med stort engagement. Alle kommuner har igangsat en række indsatser, og mange har etableret sundhedscentre. I de kommende år forestår en konsolideringsfase med fokus på at sikre kvalitet og resultater.

I denne besvarelse opstilles en vision om, at sundhedscentret skal udgøre *det* faglige miljø inden for forebyggelse og sundhedsfremme, der kan arbejde på et evidensbaseret grundlag og bidrage til at sikre løbende (tvær)faglig kvalificering af kommunens indsatser. Sundhedscentret skal endvidere være den organisatoriske platform, der kan understøtte samarbejde med de øvrige forvaltninger i kommunen, almen praksis og sygehusene, og lokalsamfundet med idrætsforeninger og patientforeninger.

Der peges på tre modeller for sundhedscentre - det murstensløse sundhedscenter, det kommunale sundhedscenter og sundhedshuset. Mulighederne for at realisere modellerne vil være afhængige af lokale forudsætninger som økonomi, geografi, og om der er et sygehus i kommunen. Det konkluderes, at det kommunale sundhedscenter og sundhedshuset, hvor alle vigtige samarbejdspartnere indgår i et lokalefællesskab, giver de bedste muligheder for at virkeliggøre visionen om sundhedscentret.