

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

Tina Drud Due  
Cand. Scient. San. Publ.  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU  
tdu@si-folkesundhed.dk  
35326438

## Opgaveafgrænsning

Opgaveformuleringen er at beskrive hvordan et sundhedscenter optimalt kan organiseres. På nuværende tidspunkt med den eksisterende viden om sundhedscentre i Danmark anser jeg det imidlertid ikke som muligt at beskrive ét optimalt sundhedscenter. Der mangler viden om effekten af indsatserne og hvorvidt nogle typer af indsatser eller organisering af indsatser er mere effektive end andre. Der vil ligeledes ikke være én model, som er optimal for alle kommuner, da hvad der er hensigtsmæssigt vil afhænge af kommunale vilkår såsom geografisk størrelse, patientgrundlag, ressourcer og politisk prioritering af fokusområder.

Når man ser på de sundhedscentre, der allerede eksisterer i Danmark, er det tydeligt, at der er flere forskellige måder hvorpå et sundhedscenter kan organiseres i forhold til opgavefokus og udformning. Med udgangspunkt i de evalueringsbaserede erfaringer jeg har gjort mig om eksisterende sundhedscentre og deres forbedringspotentiale, vil jeg beskrive en model for et sundhedscenter, som jeg finder hensigtsmæssig, samt forhold kommunerne bør være opmærksomme på i udviklingen og implementeringen heraf.

Det sundhedscenter jeg vil beskrive er et sundhedscenter med fokus på patientrettet forebyggelse, da denne opgave er mere afgrænset og ensartet end den borgerrettede forebyggelse. Flere eksisterende sundhedscentre har desuden erfaringer med patientrettede indsatser, men har fortsat udfordringer og forbedringsmuligheder. Den patientrettede forebyggelse i kommunen tyder desuden på at være velplaceret i et sundhedscenter, mens den borgerrettede forebyggelse kan organiseres på flere forskellige måder, hvor andre organiseringsformer kan være mere eller lige så fordelagtige som et sundhedscenter.

At flere eksisterende sundhedscentre har tilbud inden for patientrettet forebyggelse betyder, at der er erfaringer med organisering af indsatser inden for dette område. Der er imidlertid kun enkelte steder foretaget en evaluering af indsatsens effekt, og der er ikke foretaget sammenligninger mellem forskellige typer af indsatser. Nedenstående beskrivelse af den optimale organisering af et sundhedscenter har derfor fokus på de overordnede organisatoriske forhold omkring et sundhedscenter og dets implementering og er ikke en detaljeret beskrivelse af selve aktiviteterne i centret.

## Et sundhedscenter for borgere med kronisk sygdom eller livsstilssygdomme

### Målgruppe

Sundhedscentrets opgave skal være at tilbyde rehabiliteringsforløb til en række patientgrupper. Det er centralt, at sundhedscentret i hvert fald i starten er fokuseret på få målgrupper, men med mulighed for at udvide antallet af målgrupper, når tilbuddene er velimplementerede. Ved at afgrænse centrets målgruppe sikres der en overskuelighed for medarbejderne og tid og ressourcer til at etablere velfungerende samarbejdsrelationer og et tilbud af høj kvalitet.

Sundhedscentret skal som udgangspunkt være for borgere med KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom. De tre diagnosegrupper vælges, da der efterhånden er en del erfaring med forløb for disse grupper i de eksisterende sundhedscentre, som kan benyttes i udviklingen af tilbuddene. Der er desuden på flere områder ligheder i patientgruppernes rehabiliteringsbehov, hvorfor der vil være store ligheder i de forløb, der skal udvikles.

Senere kan andre diagnosegrupper inddrages. Et hensigtsmæssigt valg af antal og typer af målgrupper vil blandt andet afhænge af patientgrundlaget i kommunen og sundhedscentrets ressourcer. Det er eksempelvis oplagt at etablere forløb for overvægtige borgere. Et tilbud til overvægtige borgere vil udgøre en snitflade til den borgerrettede forebyggelse, men tilbuddet vil være velplaceret i sundhedscentret, idet disse borgere er i risiko for de sygdomme, som centret ellers har fokus på, og desuden har de behov for delaspekter af de eksisterende forløb, herunder kostvejledning og fysisk træning. Flere eksisterende sundhedscentre har erfaringer med, at forløb for overvægtige er meget efterspurgt. Andre grupper kan være borgere med kræft, depression og rygproblemer, som også er store patientgrupper, og som kun enkelte centre på nuværende tidspunkt har et tilbud til. Det kan også overvejes om kommunens genoptræningsopgave skal placeres i sundhedscentret. Indsatsen overfor krafttramte vil ligne indsatsen til borgerne med diabetes, hjertekarsygdom og KOL, mens de øvrige grupper måske kun har behov for dele af de øvrige forløb, herunder den fysiske træning.

## Rehabiliteringsforløbenes indhold

Rehabiliteringsforløbene i sundhedscentret kan i overensstemmelse med eksisterende tilbud organiseres med følgende indhold:

1. Indledende samtale
2. Undervisning om den specifikke sygdom
3. Kostvejledning
4. Motion
5. Rygestop
6. Psykologisk vejledning og rådgivning fra socialrådgiver
7. Afsluttende samtale

### Ad 1

En indledende samtale, når borgeren kommer til centret, skal blandt andet omfatte introduktion til centret, afdækning af borgerens behov, forventninger og ønsker samt fastsættelse af mål for forløbet. Der skal desuden være fysiske test, for at fastlægge borgerens helbredsmæssige udgangspunkt.

### Ad 2

Undervisning om den specifikke sygdom skal omhandle beskrivelse af sygdommen og dens udvikling, sygdommens betydning for hverdagen og redskaber til at håndtere en sådan hverdag samt en introduktion til den hyppigst anvendte medicin og eventuelle hjælpemidler.

### Ad 3

Kostvejledning skal være en vejledning i sund kost og eventuelle specielle forholdsregler i forhold til kosten ved den specifikke sygdom. Ud over vejledningen kan der med fordel være madlavningskurser og eventuelt indkøbsture, for at borgerne i sundhedscentret kan få praktisk erfaring med en sund kost.

### Ad 4

Der skal være vejledning i fysisk aktivitet og dens betydning for sygdommen samt eventuelle forholdsregler i forbindelse med fysisk aktivitet og de respektive sygdomme. Der skal desuden være praktiske træningsforløb, som skal sikre, at borgerne under forløbet opnår forbedringer i deres fysiske form og får forståelse for træningens betydning for deres sygdom. Træningen skal være tilpasset den enkeltes funktionsniveau.

### Ad 5

Der skal være et tilbud om rygestopkurser til borgere i sundhedscentret, som er rygere. Den introducerende samtale kan indeholde "den motiverende samtale", hvor blandt andet motivation for rygestop kan indgå.

### Ad 6

Psykologisk vejledning og rådgivning fra socialrådgiver skal ikke være en fast del af rehabiliteringsforløbet, men kan være et ekstra tilbud til borgere med behov herfor. Flere borgere med en kronisk sygdom eller livsstilssygdom kan have behov for psykologisk bistand, dels fordi det at få diagnosticeret en sådan sygdom kan være chokerende, dels fordi den måde sygdommen påvirker dagligdagen kan være svær at håndtere, og dels fordi der kan ligge psykologiske forhold til grund for den levevis, der har medvirket til udviklingen af sygdommen. Hvis der ikke er ressourcer til fastansættelse af en psykolog, eller hvis behovet ikke vurderes at være tilstrækkeligt stort, kan der etableres formelle samarbejdsaftaler med psykologer, som centret kan anvende ved behov. Angående rådgivning fra socialrådgiver skal der ikke være fastansat en socialrådgiver på centret, men derimod etableres et formaliseret samarbejde med en socialrådgiver i lokalområdet, som kan udvikle et tæt kendskab til sundhedscentret. Socialrådgiveren kan bistå med overblik over det kommunale system og dets forvaltninger og dermed støtte borgere i sundhedscentret i den erhvervsaktive alder i forhold til deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

### Ad 7

Der skal være en afsluttende samtale, som blandt andet skal indeholde en vurdering af, hvorvidt de fælles fastsatte mål er opnået og planer for fastholdelse af livsstilsændringer. Der skal desuden foretages fysiske test af borgerens helbred, dels for at borgeren kan se egne forbedringer, og dels for at registrere effekten af sundhedscentrets indsats.

## Organisering af holdene i sundhedscentret

Der er i de eksisterende centre forskellige måder at etablere undervisningsholdene. I nogle centre er der lukkede hold, hvor en gruppe borgere starter og afslutter et forløb sammen, mens der i andre centre er løbende opstart på holdene. Det er centralt, at ventetiden til et forløb i sundhedscentret er kort, for at sikre at motivationen for deltagelse ikke forsvinder. Ud fra den betragtning tyder det på at være hensigtsmæssigt, at borgerne kan starte på holdene løbende. Især ved motionsholdene er en løbende opstart mulig, mens andre undervisningshold nødvendiggør, at man er med fra undervisningens begyndelse.

Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelige erfaringer om, hvorvidt holdene i sundhedscentrene skal være diagnoseopdelt eller blandede. Træningscentrene, som varetager træning efter service- og sundhedsloven har ikke diagnoseopdelte hold, men tager udgangspunkt i borgerens funktionsniveau, og det kan muligvis også gøres i sundhedscentret. Patientgrundlaget i kommunen vil have betydning for, hvilke typer af hold det er hensigtsmæssige at vælge. Hvis der i kommunen er få borgere med de sygdomme, som indgår i centrets målgruppe, kan det være mest hensigtsmæssigt med blandede hold, for at sikre at holdene ikke bliver for små, eller at der kommer unødigt lang ventetid. En model kan således være, at holdene er blandede mellem diagnoserne ved den fysiske træning, kostvejledning og rygestop, mens diagnosespecifikke aspekter er opdelt, herunder undervisning i den specifikke sygdom.

Som nævnt har patientgrundlaget og ressourcerne i kommunen betydning for både antallet af målgrupper og organiseringen af holdene. Det kan i den forbindelse være en mulighed, at etablere et tværkommunalt samarbejde, således at én kommune tilbyder nogle forløb, mens nabokommunen tilbyder andre, men hvor borgerne i de to kommuner kan benytte begge sundhedscentre. Ved denne model skal de geografiske afstande imidlertid tages i betragtning. Der er på nuværende tidspunkt ikke erfaringer med en sådan model.

### **Fastholdelse af livsstilsændringer**

Sundhedscentret skal dels sikre, at der sker forbedringer i borgernes sundhed, mens de er i centret, så de oplever, at sund kost, rygestop og fysisk træning har en effekt, der er værd at fastholde. Vigtigt er det imidlertid også, at sundhedscentret arbejder med at øge borgernes kompetencer i forhold til at fastholde de livsstilsændringer, som sundhedscentret har til formål at sikre. Redskaber til at sikre en fastholdelse af livsstilen er, at borgerne via sundhedscentret bliver informeret om lokale tilbud, hvor de kan fortsætte eksempelvis deres træning eller netværksgrupper, hvor borgerne kan mødes og støtte hinanden efterfølgende. Det skal i den forbindelse sikres, at der i kommunen eksisterer lokale tilbud til borgere, der har behov for tilpassede tilbud om fysisk træning. Ud over at informere om de lokale tilbud er det desuden en mulighed at introducere borgerne til tilbuddene via besøg, eksempelvis i idrætsforeninger. I forhold til at støtte borgerne til at følge centrets kostvejledning er det en ide med praktisk madlavning og indkøbsture, for at borgerne i sundhedscentret derved lettere kan omsætte deres viden til praksis i dagligdagen.

Sundhedscentret skal desuden følge op på borgerne efter de har været i sundhedscentret. Flere af de eksisterende sundhedscentre har positive erfaringer med opfølgende samtaler med borgerne i perioden efter, at de har været i sundhedscentret. Kontakten kan enten være personlig, telefonisk eller via spørgeskemaer efter forskellige intervaller for at vurdere, hvorvidt borgerne fastholder deres livsstilsændringer. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at opfølgningen ikke kun har til formål, at vurdere om indsatsen har effekt på længere sigt, men også at støtte borgeren i fastholdelsen af en ændret livsstil med råd og nye redskaber.

Et andet redskab til at støtte borgerne til at fastholde deres livsstilsændring i hverdagen efter forløbet i centret er at inddrage de pårørende. Inddragelse af pårørende er relevant i forhold til kostvejledning og undervisning om den pågældende sygdom, herunder begrænsninger i hverdagen og muligheder for forbedringer. Det vil eksempelvis gøre det lettere for borgeren med en kronisk sygdom at ændre kostvaner, hvis familien har forståelse herfor og eventuelt også ændrer vaner. Når pårørende får mere viden om den respektive sygdom, kan det desuden betyde, at de kan yde en bedre støtte, samt at de får en øget tryghed og dermed ikke er nervøs for, at det syge familiemedlem eksempelvis er fysisk aktiv.

Der er ikke foretaget evalueringer af, hvordan sundhedscentrene bedst sikrer at borgernes livsstilsændringer fastholdes, herunder evaluering af effekten af forskellige typer af opfølgning eller overgange til lokale tilbud. Det centrale er dog på nuværende tidspunkt, at kommunen i udviklingen af sundhedscentret er opmærksom på, at sundhedscentret ikke bliver et isoleret tilbud, men at der sikres en hensigtsmæssig overgang til tiden efter et forløb i centret, for at øge sandsynligheden for at livsstilsændringerne fastholdes.

## **Sundhedscentrets fysiske udformning**

De eksisterende sundhedscentre har valgt forskellige modeller med hensyn til fysisk organisering. Nogle sundhedscentre har egne bygninger og andre er murstensløse, hvor aktiviteterne foregår rundt omkring i kommunen i institutioner, naturen og i lånte lokaler. Ved et sundhedscenter med patientrettet forebyggelse tyder det på at være mest hensigtsmæssige, at centret har egne bygninger, da der dermed sikres adgang til lokaler, og at udstyr til eksempelvis fysisk træning ikke skal flyttes mellem forskellige steder i kommunen. Forløbene i centret vil desuden strække sig over en periode, og det sikrer en kontinuitet i forløbet, at alle aktiviteterne er samlet ét sted. Den fysiske placering øger desuden sundhedscentrets synlighed og dermed borgernes og samarbejdsparternes viden om dets eksistens.

Det er desuden vigtigt at overveje hensigtsmæssigheden af sundhedscentrets lokaler. Det er centralt, at lokalerne kan rumme de aktiviteter, der indgår i forløbet såvel undervisning, fysisk træning og eventuelt køkken til madlavningskurser. Det tyder desuden på, at være vigtigt, at indretningen er imødekommende, herunder at borgerne får et indtryk af, at det er mere hverdagsagtigt end hospitalsagtigt. Angående placeringen af sundhedscentret er det vigtigt at overveje, hvor det placeres bedst geografisk, så det er let tilgængeligt for alle borgere i kommunen. Kommunen skal ligeledes være opmærksom på signalværdien, hvis centret placeres i eksisterende bygninger, idet eksempelvis en placering på et sygehus eller plejehjem kan signalere behandling af sygdom eller et tilbud til gamle, hvilket kan betyde, at mindre syge eller yngre borgere ikke tror, at tilbuddet er rettet til dem.

## **Sundhedscentrets personale**

Personalet i sundhedscentret skal være tværfagligt med medarbejdere inden for de områder, der er en del af forløbet, hvilket er sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister samt administrativt personale. Der skal internt i sundhedscentret arbejdes tværfagligt, således at faggrupperne deler viden om borgerne og udvikler forløb, hvor deres forskellige faglige perspektiver inddrages.

Den sundhedsfaglige baggrund blandt medarbejderne er desuden central i forbindelse med etableringen af velfungerende samarbejdsrelationer, idet almen praksis og sygehusene ofte har større tillid til kvaliteten af et sundhedscenter, når de ved, at personalet er sundhedsfagligt uddannet.

## **Sundhedscentrets kontakt til målgruppen**

Borgernes kontakt til sundhedscentret skal være via henvisning fra almen praksis eller sygehus. Et krav om henvisning sikrer, at borgeren er udredt med hensyn til sygdommen og eventuelt komplicerende faktorer, at det er den relevante målgruppe, der kommer til sundhedscentret, og at praktiserende læge er orienteret om, at deres patienter gennemgår et forløb i sundhedscentret. Ved henvisning fra sygehus skal praktiserende læge således også orienteres. I de eksisterende sundhedscentre er der erfaring med, at der især i starten mangler henvisninger til sundhedscentret, og selvom samarbejdet herom forbedres, er der flere steder fortsat mulighed for yderligere forbedringer. For at sikre at den praktiserende læge og sygehus ikke bliver ene ansvarlige for at opsøge borgere, der kan have gavn af et forløb i sundhedscentret, kan der informeres om centret via lokale medier, således at borgerne selv kan være opsøgende. Andre kommunale aktører, som eksempelvis hjemmeplejen og sygedagpengeafdelingen kan også være opsøgende i forhold til borgere med behov for rehabilitering, idet de ofte er i kontakt med borgere, der kan have et behov, men som ikke selv er opsøgende. Når borgeren selv eller andre parter er opsøgende, er det dog fortsat vigtigt, at borgeren kommer forbi egen læge til udredning.

## **Sundhedscentrets samarbejdsrelationer**

Det er centralt for sundhedscentrets funktion, at der etableres velfungerende samarbejdsrelationer, for at sundhedscentret ikke bliver en isoleret enhed i systemet, for at der kommer borgere til centret, og for at øge sandsynligheden for, at borgerne efter et forløb i sundhedscentret fastholder deres livsstilsændringer.

For et sundhedscenter med fokus på patientrettet forebyggelse er almen praksis og sygehus væsentlige samarbejdspartner, idet de henviser til sundhedscentret. En potentiel modstand fra almen praksis og sygehuspersonale eller passivitet i form af manglende henvisninger tyder på at kunne modvirkes med information, inddragelse af

parterne og direkte personlig kontakt, hvor parterne får kendskab til hinanden. For at sikre et velfungerende samarbejde med disse parter er det således nødvendigt, at der sikres en information fra sundhedscentret til de henvisende parter om centrets tilbud og målgrupper, og at denne information gentages med jævne mellemrum, for at sikre at samarbejdspartnerne er opmærksomme på tilbuddet. Ved at inddrage disse parter tidligt i sundhedscentrets udvikling kan det desuden søges at skabe ejerskab til sundhedscentret og medansvar blandt samarbejdspartnerne, ved at deres perspektiver og behovsoplevelse inddrages.

Med hensyn til samarbejdet med almen praksis er det vigtigt at kommunen er bevidst om, at de praktiserende læger ikke har en fælles repræsentant, men er et vist antal selvstændige læger. Kommunen kan således ikke forvente, at de ved at inddrage få læger i eksempelvis arbejdsgrupper giver alle lægerne i kommunen en oplevelse af at være inddraget i projektet. At perspektivet fra almen praksis inddrages er imidlertid vigtigt for lægernes oplevelse af centrets kvalitet. I samarbejdet med almen praksis skal kommunen være opmærksom på, at lægernes ydelsesbestemte honoreringssystem kan være en barriere for samarbejdet, idet lægerne ikke modtager betaling for deltagelse i eksempelvis arbejdsgrupper og informationsmøder. Organiseringen af almen praksis har også betydning i forhold til informationen til almen praksis, hvor alle læger individuelt skal informeres. I nogle kommuner er der erfaringer med brug af en praksiskonsulent, som kan sikre det almen praktiske perspektiv samt hensigtsmæssig information til sine kolleger. Har kommunen en praksiskonsulent er det derfor en oplagt samarbejdspartner for sundhedscentret. Praksiskonsulenten er dog ikke en officiel repræsentant for hele gruppen af praktiserende læger, og konsulentens opgave i forhold til sit bagland skal være tydelig formuleret. I samarbejdet med almen praksis er det vigtigt at være opmærksom på, at der ofte i starten er udfordringer i samarbejdet eksempelvis i form af manglende henvisninger eller mangler i henvisningernes indhold, men samtidig at samarbejdet oftest forbedres løbende, når kendskabet til centret øges.

Samarbejdet med et sygehus kan være med både sengeafdelinger, ambulatorier og rehabiliteringsenheder. Samarbejdet med sygehusvæsenet bør dels omhandle at patienter henvises til sundhedscentret efter kontakt til sygehuset, dels arbejdsdeling mellem parterne og dels at parterne udveksler faglig viden, for at øge kvaliteten af deres respektive tilbud. Samarbejdet kan med fordel også omfatte at sygehuspersonale underviser sundhedscentrets medarbejdere og at sundhedscentret ved tvivsspørgsmål kan kontakte relevante sygehusafdelinger. Videndelingsmøder mellem sundhedscentret og dets samarbejdspartner er desuden en måde at sikre gode samarbejdsrelationer, idet parterne lærer hinanden at kende (mødernes indhold beskrives i afsnittet om sammenhæng). Det er vigtigt at være opmærksom på, at det ikke kun er sygehuspersonalet, der er eksperter, som kan formidle deres viden til sundhedscentret. Personalet i sundhedscentret bliver også eksperter på deres område og opnår en viden om borgere med kronisk sygdom og deres hverdagsproblematikker samt effekterne af rehabilitering, som er relevant for sygehuspersonalet. For at sikre et velfungerende samarbejde mellem sygehus og sundhedscenter er det vigtigt, at der er ledelsesmæssig opbakning i sygehusregi, således at det prioriteres at bruge ressourcer på at etablere et velfungerende samarbejde med sundhedscentret.

Andre relevante samarbejdspartner er kommunens hjemmepleje og sygedagpengeafdeling og eventuelt andre kommunale enheder, som kan være opsøgende i forhold til målgruppen. Der skal dog sikres en kompetenceudvikling i de relevante enheder, således at medarbejderne er i stand til at identificere borgere med behov for et forløb i sundhedscentret.

Det er desuden relevant at samarbejde med patientforeninger inden for de sygdomsgrupper, der indgår i centrets målgruppe. Samarbejdet kan med fordel omhandle netværksgrupper i foreningsregi, hvor borgerne, efter at de har været igennem et forløb i sundhedscentret, kan mødes og støtte hinanden til at fastholde opnåede livsstilsændringer. Der er flere steder erfaringer med, at patientforeningerne på opfordring af sundhedscentret opretter disse netværk, og at møderne afholdes i sundhedscentrets lokaler. Da patientforeningerne besidder en viden om hverdagsproblematikker for borgere med de respektive sygdomme, kan det desuden være fordelagtigt at inddrage denne viden i udviklingen af centrets tilbud.

Sundhedscentret kan desuden samarbejde med lokale idrætstilbud, for at holde sig informeret om lokale tilbud, hvor borgerne kan fortsætte efter forløbet i sundhedscentret samt eventuelt samarbejde om introduktionsbesøg. Da kommunen som beskrevet skal sikre, at der er egnede tilbud i kommunen til borgere med særlige behov, hvor de kan fortsætte efter at have været i sundhedscentret, kan samarbejdsrelationer med eksempelvis idrætsforeninger om tilpassede idrætshold eller AOF om eksempelvis madlavningskurser være gavnlige. I samarbejdet med frivillige foreninger, herunder patientforeninger og idrætsforeninger er det vigtigt at være opmærksom på, at foreningerne

beror på frivillig arbejdskraft, og dermed kan have andre arbejdsgange og til tider mindre overskud, samt at foreningerne ikke har samme forpligtelser som kommunen for at sikre tilbud til alle borgere.

Kommunens træningscentre, som varetager træning efter sundheds- og serviceloven, er ligeledes en potentiel samarbejdspartner. Det kan overvejes om genoptræningen skal placeres i sundhedscentret eller om der blot skal være et tæt samarbejde mellem sundhedscentret og træningscentrene, i form af videndeling mellem medarbejderne om den fysiske træning. Der kan ligeledes være nogle borgere henvist til det ene center, som har mere gavn af tilbuddet i det andet center, hvorfor der skal være en mulighed for overgange mellem centrene.

### **Sikring af sammenhæng mellem sundhedscentret og eksisterende aktører**

Det er vigtigt, at der ved udvikling af et sundhedscenter arbejdes for, at det ikke bliver en isoleret enhed, men at det etableres sammenhæng med både det øvrige sundhedsvæsen og andre kommunale enheder. For at sikre en sammenhæng i forhold til almen praksis og sygehus er det hensigtsmæssigt, at der er et krav om henvisning fra disse parter, så det som tidligere omtalt sikres, at borgeren er udredt, og at lægerne er orienteret om at deres patienter modtager et tilbud i sundhedscentret. Det er i den forbindelse også vigtigt, at der er klare retningslinjer for, hvad henvisningen skal indeholde, og hvilke undersøgelser lægen skal have foretaget inden henvisningen. Det er hensigtsmæssigt, hvis dette besluttet i fællesskab mellem almen praksis, sygehus og sundhedscentret. Det er ligeledes vigtigt, at sundhedscentret informerer almen praksis og eventuelt sygehus, når en af deres patienter afslutter et forløb i sundhedscentret. Informationen skal omhandle, hvilke tilbud borgeren har modtaget i centret, borgerens helbredsstatus ved afslutning i centret og livsstils- og helbredsændringer sammenlignet med ved forløbets start.

For at sikre sammenhæng mellem parterne, er det desuden vigtigt med velfungerende kommunikationssystemer både i forhold til information om centrets tilbud og information om fælles patienter (henvisning og afslutningsbreve). Elektronisk kommunikation vil være hensigtsmæssigt frem for breve og fax, idet det tyder på at kunne lette samarbejdet. Elektronisk journalisering i sundhedscentret frem for papirjournaler vil ligeledes lette overblikket og anvendeligheden af oplysningerne både i forhold til kommunikation til almen praksis og dokumentation af centrets indsats.

For at sikre at der skabes sammenhæng mellem sundhedscentret og det øvrige sundhedsvæsen samt øvrige kommunale enheder er det centralt, at der er en klar opgave- og ansvarsfordeling. Det skal sikres, at der ikke sker dobbeltarbejde, således at borgeren eksempelvis modtager samme undersøgelser flere steder, eller at eksempelvis både sygehus og sundhedscenter tilbyder rehabilitering for de samme patientgrupper. Det skal være tydeligt, hvilke borgere, der skal modtage tilbud hvor, og derfor skal der i den udstrækning det er muligt være en klar stratificering af patienterne til de forskellige tilbud samt klare visitationskriterier. Der skal udarbejdes forløbsbeskrivelser, som dels kan understøtte, at der ikke sker dobbeltarbejde, og dels at det undgås at tilbud ikke gives, fordi det formodes, at de tilbydes andre steder. Arbejdsdelingen skal udarbejdes i fællesskab mellem relevante parter for at sikre enighed og viden herom. Det kan desuden være en mulighed at afholde videndelmøder mellem sundhedscentret og dets samarbejdspartner, som kan understøtte en sammenhæng. Ved møderne kan parterne diskutere fælles problemstillinger, cases med fælles patienter, overgange mellem enhederne og erfaringer med rehabilitering og de enkelte patientgrupper. Det kan ved disse møder også være relevant at inddrage hjemmeplejen, som skal være opsøgende i forhold til målgruppen.

Den nuværende struktur i sundhedsvæsenet betyder, at sundhedscentret ikke kan sikre, at det er et krav, at praktiserende læger skal henvise til sundhedscentret. Hvorvidt det er nødvendigt med formelle aftaler er vanskeligt at vurdere, da erfaringerne viser, at samarbejdsrelationerne forbedres løbende og kun få centre har erfaringer med formelle aftaler. Det kan dog overvejes, om der skal etableres formelle aftaler med lægeforeningerne om henvisning eller om mere klare retningslinjer for opgavefordelingen skulle fastlægges i sundhedsaftalerne.

### **Implementering af sundhedscentret**

Det kan være hensigtsmæssigt at tænke på sundhedscentret som et udviklingsprojekt, således at centrets indsats løbende kan udvikles og justeres. Ved implementeringen af sundhedscentret er det dog vigtigt fra start at have nogle klare målsætninger samt at afklare fokus og afgrænsning af indsats og målgruppe. Det er desuden vigtigt, at der tidligt

arbejdes med at sikre klarhed i opgavefordelingen mellem sundhedscentret, almen praksis og sygehus, samt at der udarbejdes stratificeringsregler, visitationskrav og henvisningsprocedurer.

I udviklingen af sundhedscentret skal der tages hensyn til lokale forhold som kommunens geografiske størrelse og patientgrundlaget, men det er vigtigt at kommunen benytter erfaringer fra eksisterende sundhedscentre. Kun få centre har på nuværende tidspunkt evalueret deres indsats, men der er mange erfaringer, som det er relevant af trække på.

Der kan med fordel nedsættes en styregruppe og arbejdsgrupper, hvor kommunen, sundhedscentret og dets samarbejdsparter deltager, idet der generelt er positive erfaringer hermed i de eksisterende sundhedscentre. Styregruppen kan varetage den overordnede styring i udviklingen af sundhedscentret, mens arbejdsgrupperne kan udarbejde forløbene i centret og sikre arbejdsdelingen mellem parterne. Det er vigtigt at deltagerne i arbejdsgrupper, i den udstrækning det er muligt, har ansvar for at afstemme deres udtalelser med deres respektive bagland.

Der skal allerede i udviklingen af sundhedscentret arbejdes med at sikre velfungerende samarbejdsrelationer. Det er derfor vigtigt tidligt at inddrage relevante samarbejdsparter, for at sikre at alle relevante perspektiver medtages, og at fremtidige samarbejdsparter føler sig hørt. Det er desuden vigtigt løbende at sikre information til samarbejdspartnerne, så de holdes orienteret om centrets udvikling og tilbud.

### **Andre typer af sundhedscentre**

Da andre typer af sundhedscentre har fokus på borgerrettet forebyggelse eller både borger- og patientrettet forebyggelse, beskrives afslutningsvis kort mine overvejelser i forbindelse med disse to typer af sundhedscentre. Angående den borgerrettede forebyggelse anser jeg det generelt ikke som hensigtsmæssigt, at det etableres i én fysisk bygning. En murstensløs model fremstår mere fordelagtigt, idet kommunen hermed kan etablere tilbud forskellige steder i kommunen i nærheden af borgerne samt have rammeskabende aktiviteter såsom kostpolitikker i institutionerne og kompetenceudvikling i blandt andet institutioner, jobcentre og andre kommunale enheder, således at sundhed tænkes ind i alt kommunens arbejde. Sundhedscentre kan desuden være opsøgende og sætte fokus på sundhed via sundhedstjek og enkeltstående aktiviteter som temadage og cykelløb. Det er dog også vigtigt, at der arbejdes med at sikre tilbud og redskaber, som borgerne kan benytte, hvis de skal have støtte til en livsstilsændring. Sundhedscentret kan således låne lokaler rundt omkring i kommunen til rygestopkurser, fysisk træning og forskellige former for undervisning eksempelvis kost- og motionsvejledning. Sundhedscentret kan samarbejde med frivillige foreninger for at sikre, at der er lokale idrætstilbud også til ikke motionsvante. Ved et murstensløst sundhedscenter er det imidlertid en udfordring at skabe synlighed om tilbuddet til borgere og samarbejdsparter, samt at være afhængig af at skulle låne lokaler. Det er derfor centralt, at der arbejdes med kommunikationen, samt at der sikres formelle aftaler om lån af lokaler.

Mange eksisterende sundhedscentre har valgt en model, hvor de har borgerrettet og patientrettet forebyggelse samlet i samme center. En fordel ved at samle de to typer af forebyggelse er, at skelnet imellem dem ikke altid er lige tydeligt, og at medarbejderne inden for områderne kan have gavn af hinandens erfaringer. Ligeledes kan de borgerrettede tilbud være en naturlig forlængelse af de patientrettede forløb og dermed gøre overgangen efter et patientrettet forløb lettere for borgerne. Der er imidlertid risiko for, at det bliver for uoverskueligt ledelsesmæssigt at have de to områder samlet, samt at den potentielle synergi ikke forekommer, så det derimod bliver to opgavetyper, der eksisterer sideløbende. Det er vanskeligt, at vurdere om de potentielle fordele ved de blandede centre fremkommer i praksis og en anden løsning er derfor at adskille enheder, men med et tæt samarbejde for at sikre en hensigtsmæssig overgang for borgerne og erfaringsudveksling mellem medarbejderne.