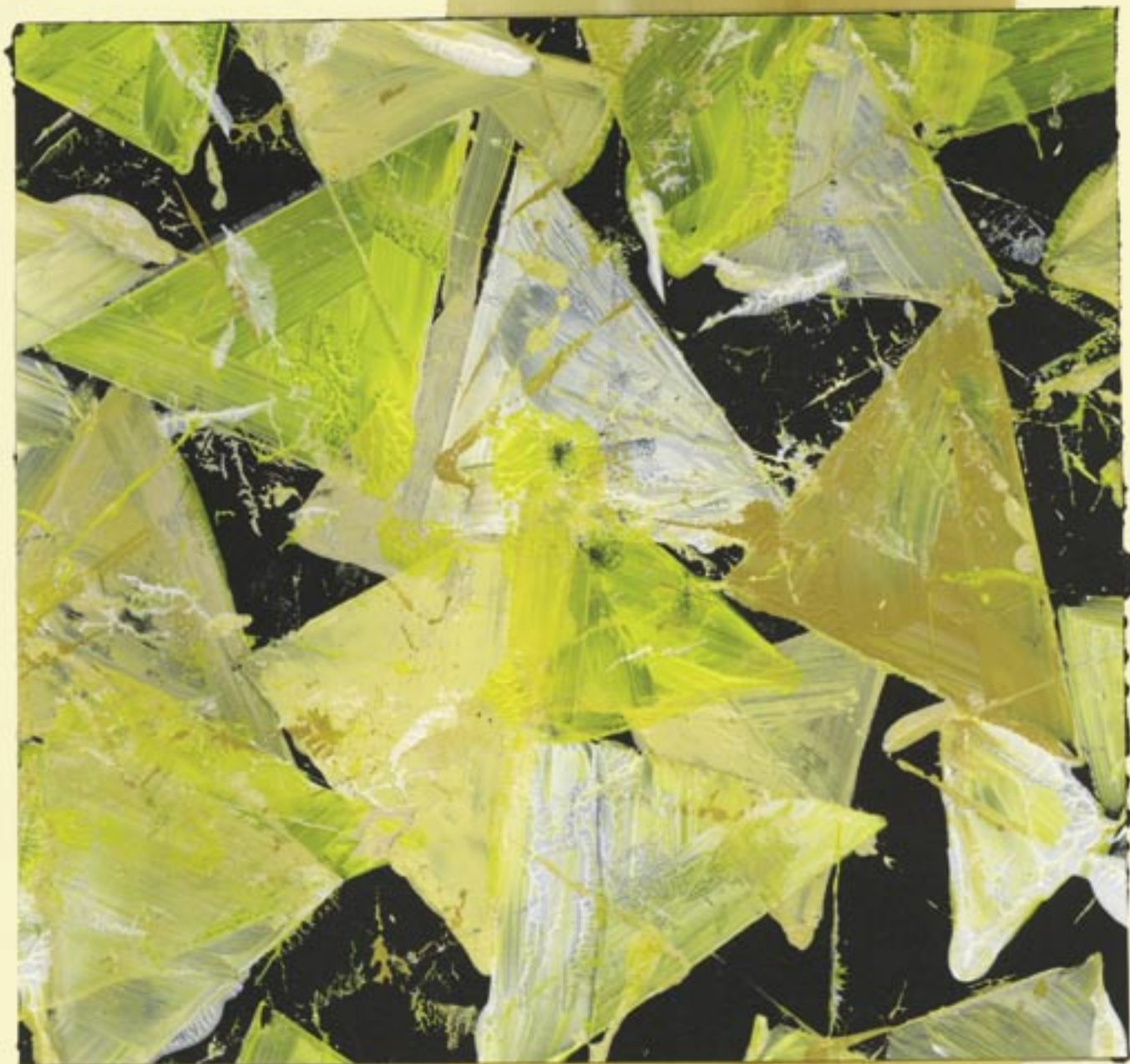


Liv

3
2006

Århus Amt

Sundhedsfremme og forebyggelse



**Sundhedsaftaler i
Region Midtjylland**



Kommuner, **REGIONER** og sundhedsaftaler

Dette er det sidste nummer af LIV i Århus Amts regi. Bladet er udsendt til beslutningstagere og sundhedspersonale i amtet/i det nye Region Midtjylland og til regionens nye kommuner samt til samarbejdspartnere i hele landet.

Redaktionsgruppe:
Ledende sundhedskonsulent
Kirsten Vinther-Jensen (ansv.)
Århus Amt, tlf. 8728 4707
Projektkoordinator Lucette Meillier
Århus Amt, tlf. 8728 4713
Redaktionssekretær Gerd Nielsen
Århus Amt, tlf. 8728 4711

– i samarbejde med:
Afdelingschef Eva Sejersdal Knudsen
Afd. for Regionalt Sundhedssamarbejde
Region Midtjylland under dannelse
og
Udviklingskonsulent Doris Nørgård
Ringkjøbing Amt

Redaktionen kan kontaktes
pr. mail: gerd.nielsen@stab.rm.dk

LIV online:
www.sundhed.dk/info/folkesundhed

Oplag: 3.000 stk.

Forside, idé og tegninger:
Hanne Ravn Hermansen

Layout og grafisk bearbejdning:
Rikke Edberg

Tryk:
Grafisk Service, Århus Amt

Det er så banalt at konstatere, men så alligevel: Den ædle målsætning i sundhedsloven om at afskaffe gråzoner ved at ændre lidt på opgaverne – skaber selvfølgelig blot nye gråzoner!

Så i virkeligheden er opgaven den samme som hidtil: Sikre at patienterne ikke 'falder mellem to stole', og at forebyggelsesindsatsen er stærk og baseret på viden om, hvad der virker. Det er der ikke meget nyt i – ej heller sundhedsaftaler mellem kommuner og amter/region, det findes jo de fleste steder allerede nu.

Det nye er, at der nu kommer meget fokus på forebyggelse, rehabilitering og genoptræning. Det kan der komme meget godt ud af for patienterne/befolkningen, måske specielt for folk med en kronisk lidelse. Det afhænger helt af, hvordan vi griber det an. Men intentionen om at kommuner, regioner og praktiserende læger skal samarbejde og ovenikøbet skrive ned, hvad de vil samarbejde om, kan komme til at flytte hegnspele.

Det afhænger af, om man vil!

Rigtigt grebet an bliver sundhedsaftalerne et virkelig godt redskab til at samordne indsatsen, til at lære af hinanden og til at dokumentere og prioritere indsatsen. Det ser jeg meget frem til bliver resultatet.

Region Midtjyllands 'indflyttergave' til kommunerne i sundhedsområdet er *Sundhedsprofilen*, som kan være et af udgangspunkterne for dialogen. Et andet udgangspunkt er selvfølgelig sundhedsaftalerne selv, der jo dybest set blot indeholder det enkle budskab: Sku' vi ikke slå kludene og vores viden sammen og gøre det endnu bedre for befolkningen?

Svaret kan kun være et rungende: **JO!**

Johannes Flensted-Jensen
Amtsborgmester

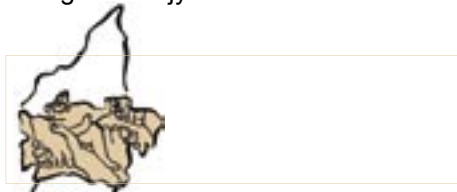
Indhold

Ny struktur, 19 nye kommuner, ny region og nye snitflader på sundhedsområdet mellem hospital, praktiserende læger, kommuner og region. Det er spændende at afsøge disse nye samarbejdsmuligheder og snitflader i den nye struktur. Derfor har vi i redaktionen valgt, at dedikere det sidste nummer af LIV under Århus Amt til at kaste lys på processen med udformning af sundhedsaftaler på det sundhedsfremmende og forebyggende område i den kommende Region Midtjylland.

Der er ved udgangen af 2006 udformet en ramme for generel sundhedsaftale. Vi synes det er spændende, at både kommuner, hospitaler og praktiserende læger i dette nummer byder ind med deres syn på sundhedsaftaler og fremtidens forebyggelse og sundhedsfremme ud fra hvert deres perspektiv.

Første runde er færdig, og allerede i starten af det nye år går processen videre med indgåelse af konkrete aftaler mellem regionen og de nye kommuner.

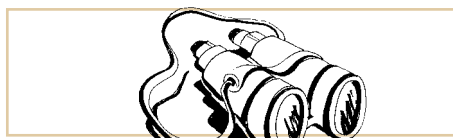
Sundhedsaftaler
i Region Midtjylland 4



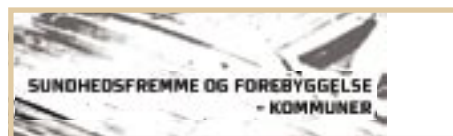
Et frugtbart samarbejde
– og et godt resultat..... 8



Temagruppe
som antropologisk projekt 12



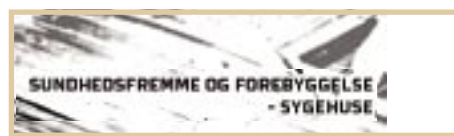
Arbejdet med sundhedsfremme og
forebyggelse 15



Ikast-Brande Kommune 16

Holstebro Kommune..... 19

22 Randers Kommune



25 Sygehusene i Ringkjøbing Amt



28 Randers Centralsygehus/
Grenaa



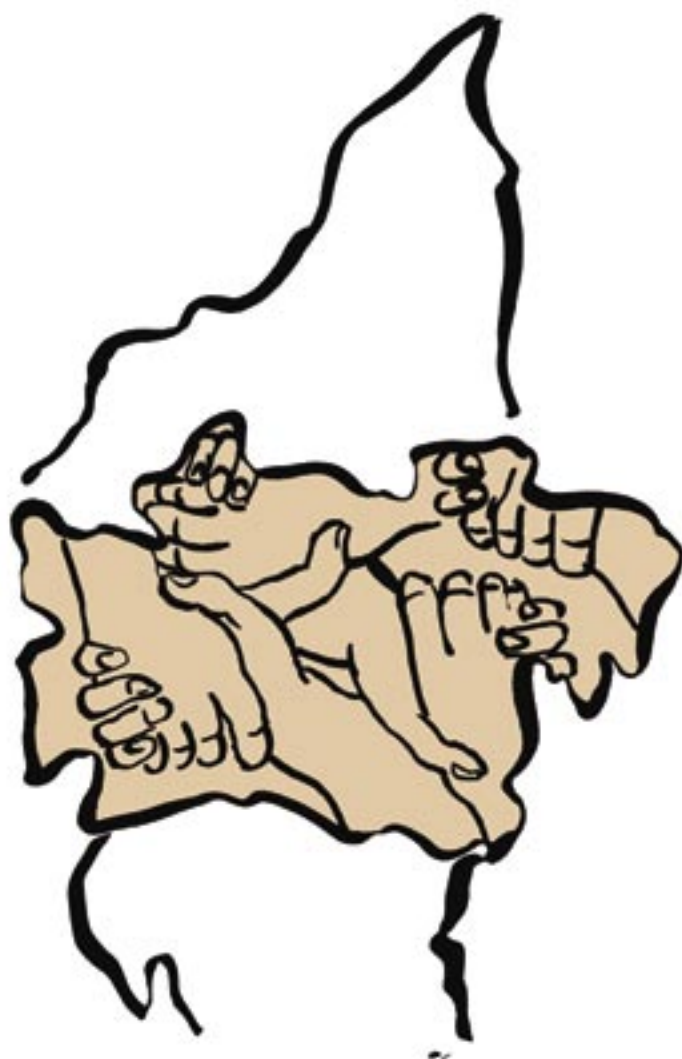
30 Den 3. samarbejdspartner



SUNDHEDSAFTALER

■ Afdelingschef Eva Sejersdal Knudsen, Afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland under dannelse

Mange af os der beskæftiger os med sundhedsområdet kender til episoder, hvor samarbejdet mellem sygehus og kommuner ikke har fungeret godt nok, og hvor en ældre borger er kommet i 'klemme' i den grå zone, som let opstår mellem de to sektorer. De pårørende klager – og man sidder med fornemmelsen af, at det må kunne gøres bedre



Den nye sundhedslov sætter fokus på sammenhæng i sundhedstilbuddene. Såvel kommuner som region(er), sygehuse og praktiserende læger har væsentlige opgaver på sundhedsområdet. Det er i den forbindelse vigtigt, at de ansvarlige koordinerer indsatsen, så den enkelte borger og dennes pårørende oplever et forløb, hvor der er sammenhæng i indsatsen uanset at den leveres af to forskellige sektorer.

Og det er netop det, der er kernen i de nye sundhedsaftaler. Det overordnede mål med sundhedsaftalerne er, at den enkelte borger og patient modtager en indsats, som er sammenhængende og af høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen inden for sundhedsområdet.

Udfordringer som følge af strukturreformen

Kommunalreformen indebærer, at kommunerne får nye opgaver på sundhedsområdet. Kommunerne overtager således bl.a. den ambulante genoptræning fra amterne. Genoptræning under indlæggelse overgår til regionerne og sygehusene. Endvidere skal kommunerne fremover varetage den borgerrettede fore-

byggelse, mens både kommuner og region fremover skal varetage den patientrettede forebyggelse.

Med den ændrede opgavefordeling opstår der nye gråzoner, dels på genoptræningsområdet og dels i forhold til den patientrettede forebyggelse. Det bliver således en væsentlig udfordring at sikre, at der etableres tættere relationer mellem kommuner og region med det formål at undgå, at borgerne 'falder imellem to stole'.

Med henblik på at sikre sammenhæng fremgår det af *Sundhedsloven*:

- At regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.
- At regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.
- At regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår aftaler om

I REGION MIDTJYLLAND

varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet (sundhedsaftaler) – Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal omfatte – aftalerne indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

Indenrigs- og sundhedsministeren har i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fastsat, at det er følgende, der skal indgå i sundhedsaftalerne – det bliver også kaldt 'de obligatoriske områder':

- udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- aftaler omkring indlæggelsesforløb
- aftaler om træningsområdet
- aftaler om hjælpemiddelområdet
- forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Organisering af arbejdet med sundhedsaftaler

Med henblik på at skabe grundlag for at indgå sundhedsaftaler har vi i foråret 2006 udarbejdet en plan for organisering af arbejdet omkring sundhedsaftalerne – planen er behandlet i underudvalget vedr. primær sundhed, som er det politiske udvalg i regionen, der har til opgave at følge dette område. Herefter er planen godkendt i Det ge-

nerelle Udvalg og i Forberedelsesudvalget, ligesom det er godkendt i Det Midlertidige Sundhedskoordinationsudvalg og Kontaktudvalget med kommunerne.

Besøgsrunde i kommunerne

Det indgik i planen, at vi fra regionen skulle tage på rundtur til de 19 nye kommuner for at høre om den enkelte kommunes forventninger til sundhedsaftalerne. Tilsvarende har vi besøgt hvert af regionens syv sygehuse. Besøgsrunden til kommunerne gav det indtryk, at kommunerne er godt i gang med at tilrettelægge indsatsen på sundhedsområdet.

Kommunerne har organiseret arbejdet forskelligt – organiseringen kan dog som udgangspunkt grupperes i tre modeller:

- sundhedsopgaverne placeres i forbindelse med ældreområdet
- sundhedsopgaverne placeres som stabsfunktion
- sundhedsopgaverne placeres i selvstændig afdeling.

(Se eksempler herpå i artiklerne på side 15-24.)

Det bliver ganske spændende at følge arbejdet, og se om og hvordan selve organiseringen får betydning for, hvordan kommunerne løfter opgaven.

Kommunerunden viste ligeledes, at der var tilfredshed med de eksisterende ældre- eller sundhedsaftaler. Samtidig udkrystalliserede der sig to dilemmaer i forhold til indgåelse af sundhedsaftalerne:

1. Dilemma: Ensartethed versus Fleksibilitet

- forståelse for nødvendigheden og fordelene ved ensartede aftaler
- behov for fleksibilitet i de enkelte aftaler, så lokale forhold kan tilgodeses.

2. Dilemma: Detailstyring versus Værdistyring

- udgangspunkt i klart definerede frister og satser
- udgangspunkt i løsere definerede værdier og hensigts-erklæringer.

Disse dilemmaer har indgået i arbejdet med udformningen af den generelle sundhedsaftale, jf. nedenfor.

Den generelle sundhedsaftale

Næste trin i planen er at udarbejde generelle sundhedsaftaler – som gælder for hele Region Midtjylland, og som danner rammen for de konkrete forhandlinger, der skal være mellem hver enkelt kommune og Region Midtjylland med henblik på at indgå en aftale mellem region og kommune.

Kommunerne og Region Midtjylland prioriterer hele



Figur 1: Overblik over den politiske, den faglige/administrative og den lokale organisering

denne opgave højt. Der er derfor nedsat en temagruppe for hvert af de seks tidligere nævnte obligatoriske områder, som skal indgå i sundhedsaftalen. I hver af temagrupperne lægges der op til, at der udpeges en repræsentant fra hver af de 19 kommuner og fra hver af de syv hospitalsenheder, hertil kommer repræsentanter fra Center for Folkesundhed og administrationen i Region Midtjylland. De praktiserende læger har også været opfordret til at deltage i temagruppernes arbejde, men det er ikke lykkedes af få udpeget repræsentanter til arbejdet.

Udover de obligatoriske områder er der nedsat yderligere tre temagrupper vedrørende:

- sundhedscentre
- økonomi
- udvikling og forskning.

Jeg synes, at det er vigtigt at understrege, at det er kommunerne i regionen, der har peget på at der bør nedsættes en temagruppe om udvikling og forskning og en om økonomi. Den nye sundhedslov pålægger kommunerne at medvirke til forskning og udvikling. Og her var kommunernes budskab, at hvis den indsats skal 'batte' noget, så skal den planlægges i et samarbejde mellem kommunerne og regionen. Jeg synes, at det er rigtig set – og det bliver meget interessant at følge gruppernes arbejde.

For at illustrere, at det er en proces med mange involverede, har jeg medtaget figur 1, der viser, hvordan vi har organiseret arbejdet med sundhedsaftalerne med henblik på at få første generation heraf klar til 1. april, som

bekendtgørelsen foreskriver. Status er p.t., at temagrupperne afsluttede deres opgave primo oktober. Den Administrative Styregruppe nedsatte på mødet den 1. november en redaktionsgruppe som gennemskrev aftalerne. Den 15. november godkendte Sundhedskoordinationsudvalget de tilrettede aftaler. Dermed er den generelle sundhedsaftale på de obligatoriske områder ved at være i hus sammen med den generelle aftale for spillereglerne på økonomiområdet. Aftalerne opridser udover spilleregler for samarbejdet forskellige udviklingsområder og problemfelter, der skal arbejdes videre med.

I forbindelse med udarbejdelsen af den generelle sundhedsaftale peges der fra stort set alle temagrupper på, at der skal udarbejdes en model for, hvordan den fremtidige samarbejdsstruktur skal være. Der skal ligeledes igangsættes et arbejde med at udvikle et værktøj til at følge op på sundhedsaftalerne inden for de obligatoriske områder. Ud-kast til generelle sundhedsaftaler inden for hvert af de obligatoriske områder, samt økonomiområdet, kan findes på www.regionmidtjylland.dk/sundhedsaftaler.

Det videre arbejde

Når den samlede generelle sundhedsaftale er godkendt, kan hver enkelt kommune forhandle om konkrete individuelle sundhedsaftaler. Forhandlinger herom løber i slutningen af 2006 og i begyndelsen af 2007, og disse sundhedsaftaler behandles herefter politisk i regionsrådet og i kommunalbestyrelserne i første kvartal af 2007.

I den model vi har valgt indgår to forhandlingsrunder,

hvor den *første runde* omfatter grupper af kommuner, og den anden runde omfatter forhandlingerne mellem den enkelte kommune og regionen. Hensigten med første runde er at optimere/accelerere forhandlingsprocessen og at skabe synergi og åbenhed i forhandlingerne. I forhold til nogle kommuner og hospitaler er processen dog allerede startet, og her kan processen derfor blive lidt anderledes.

Dernæst indledes *anden runde* med forhandlinger mellem den enkelte kommune, kontakthospitalet, almen praksis samt Region Midtjylland. Her aftales de kommunespecifikke forhold.

Når aftalerne er indgået af regionsrådet og hver enkelt kommunalbestyrelse, indsendes de til godkendelse i *Sundhedsstyrelsen* senest 1. april 2007. Herefter går vi i gang med de udviklingsområder og problemfelter der er peget på, herunder udvikling af redskaber til opfølgning på sundhedsaftalerne.

Afslutningsvis vil jeg kvittere for den store arbejdsindsats, som alle implicerede har lagt i temagrupperne. Arbejdet i temagrupperne har været præget af stort engagement på trods af, at der har været tale om en ret komprimeret proces. Vi har fået udarbejdet et 'første generationsværktøj' for samarbejdet, ligesom vi har fået skabt et grundlag for det videre samarbejde – og det synes jeg er godt gået.

LINK

WWW.REGIONMIDTJYLLAND.DK/SUNDHEDSAFTALER



Et frugtbart samarbejde

Sundhedsaftaler vedr. forebyggelse, og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

■ Udviklingskonsulent Doris Nørgård, Sundhedsfremmeafdelingen, Ringkjøbing Amt & ledende sundhedskonsulent Kirsten Vinther-Jensen, Sundhedsfremmeenheten i Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt

Sundhedsaftaler – formål

Formålet med sundhedsaftalerne er at bidrage til en sammenhængende og koordineret indsats mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne i en region. Som anført i forrige artikel indgås der aftaler på seks obligatoriske områder, hvor forebyggelse og sundhedsfremme er ét af områderne. Her lægges der i *Vejledningen om koordinationsudvalg og sundhedsaftaler* vægt på at se på sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdomme, livsstil og sundhedsadfærd og de strukturelle rammer om menneskers liv. Vi vil tilføje, at også trivsel og at kunne leve med en kronisk sygdom er vigtige områder at beskæftige sig med på tværs af sektorer, ligesom også social ulighed i sundhed bør være et fælles prioriteret indsatsområde.

Kommunerne har ifølge sundhedslovens § 119 ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og skal tillige varetage den patientrettede forebyggelse, som finder sted uden for sygehuse og almen praksis. Regionerne skal varetage den patientrettede forebyggelse i relation til almen praksis og sygehuse og har tillige tværgående opgaver inden for kvalitetssikring, forskning og udvikling. I Region Midtjylland er det besluttet også at tilbyde en sundhedsprofil,

specialiseret rådgivning og undervisning i forebyggelse og sundhedsfremme samt at etablere samarbejde til og mellem kommunerne i regionen.

Engagement og fælles vilje

Med udgangspunkt i de lovgivningsmæssige krav og faglige rammer har temagruppen om *Forebyggelse, sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse* fra midten af august til begyndelsen af oktober 2006 udarbejdet et udkast til indhold til den generelle sundhedsaftale. Langt størstedelen af de nye kommuner og mange sygehuse i Region Midtjylland var repræsenteret i arbejdsgruppen, hvor Afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed havde formandskabet og sekretariatsfunktionen. Det blev fra alle sider beklaget, at repræsentanter fra almen praksis ikke deltog.

Der er afholdt tre møder, som vekslede mellem korte mundtlige oplæg, gruppearbejde og opsamling. Mellem møderne er der udarbejdet notater med aktiv deltagelse af sekretariatet, kommunale og sygehusrepræsentanter, ligesom forarbejdet til gruppens færdige udkast er sket i fællesskab. Det har været et bærende princip, at alle idéer, forslag og synspunkter skulle

indgå i debatten og beslutningen om, hvilke områder der kunne gøres til genstand for den generelle sundhedsaftale, og også at foreløbige og endelige udkast blev diskuteret og produceret i fællesskab.

Der har været god opbakning til møderne på trods af den hektiske møde- og anden aktivitet, som næsten alle deltagerne har været/er midt i, og stemningen har været præget af et engagement og fælles vilje til at etablere et solidt og bæredygtigt samarbejde om både nye og tidligere opgaver. Man kan sige, at det er en fortsættelse af den store interesse og imødekommenhed, vi også mærkede og registrerede på vores besøgsrunde til de 19 nye kommuner i maj og juni måned.

Sundhedsaftalens fire temaer

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning skal der i den generelle sundhedsaftale indgå seks obligatoriske områder, men der er ikke fastsat specifikke krav til indholdsdelen. I arbejdsgruppen har der været stor enighed om at pege på fire hovedemner, som senere har været forelagt den administrative styregruppe og det Sundhedspolitiske koordinationsudvalg. Det følgende er en kort præsentation af de fire hovedemner med udgangs-

– og et godt resultat

punkt i gruppens arbejde og i *Udkast til generel sundhedsaftale for Region Midtjylland*.

De fire emner er:

1. Sundhedsprofil for Region Midtjylland og de 19 kommuner
2. Risikofaktorer og folkesundhed
3. Uddannelse af borgere med kroniske lidelser
4. Social ulighed i sundhed
 - A. Differentierede tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse
 - B. Sygefravær og arbejdsfastholdelse.

1. Sundhedsprofil i Region Midtjylland

Region Midtjylland under forberedelse har på initiativ af de fire tidligere amter, som helt eller delvist indgår i regionen, besluttet at gennemføre en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Midtjylland. Undersøgelsen *Hvordan har du det?* omfatter borgere fra 25-79 år, og er tilrettelagt på en sådan måde, at alle de 19 kommuner i regionen får oplysninger om deres egne borgere.

De første analyser er offentliggjort i rapporten *Hvordan*

har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner, der blev præsenteret på en konference i Herning den 21. november 2006. Sundhedsprofilarbejdet gennemføres i Center for Folkesundhed, og som en del af regionens rådgivningsforpligtelse tilbydes alle 19 kommuner et opfølgende møde om sundhedsprofilen med hovedvægt på den enkelte kommunes data.

Foruden den allerede publicerede profil rummer det store datamateriale muligheder for analyser af udvalgte emner og områder på tværs af region og kommuner.

Borgerrettet og patientrettet forebyggelse

I forbindelse med sundhedsloven er der introduceret to nye begreber inden for det sundhedsfremmende og forebyggende område, nemlig borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Begreberne er pragmatiske og udsprunget af en politisk/administrativ proces i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsloven. De er ikke entydigt defineret, og det må forventes, at der skal tages stilling til indholdet og den gensidige afgrænsning i de sammenhænge, hvor der indgås aftaler. Det må også forventes, at begreberne er dynamiske og fortsat udvikles.

Folkesundhed

Formålet med sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering er at fastholde og øge befolkningens sundhed og skabe trivsel og velvære hos den enkelte og i samfundet. Begrebet folkesundhed bruges ofte i denne sammenhæng, og skal her forstås dels som 'tilstanden folkesundhed' og dels som 'arbejdet for at fremme folkesundheden', herunder organisering, forskning og praktisk indsats. Folkesundhedsarbejdet skal ske i tæt samspil med behandlingssystemet, og der skal sikres sammenhængskraft i overgangene mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne. Det er især en stor udfordring at arbejde for udvikling og sammenhængskraft mellem sektorerne med særlig fokus på udsatte og sårbare gruppers sundhedstilstand.

Arbejdet med folkesundhed er et kompliceret samspil mellem forskellige professioners viden og erfaring, befolkningens op-

fattelser, erfaringer, valg og livsomstændigheder. I dette samspil er der behov for både at arbejde med sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, hvilket blandt andet vil sige at styrke folks egne ressourcer, så de bedre bliver i stand til at klare hverdagens belastninger og udfordringer eller at guide folk uden om de risikofaktorer, der forårsager sygdom og ulykke.

Arbejdet med folkesundhed sker primært på sundhedsområdet, men med betydeligt overlap til andre områder. Særligt omfattende er arbejdet med folkesundheden i relation til det sociale område, hvilket er en forudsætning for *dels* at forholde sig til social ulighed i sundhed, og *dels* for at kunne skabe et sammenhængende sundhedsvæsen.

Risikofaktorer og folkesundhed

Der er netop udgivet en publikation, som for første gang i Danmark forsøger at give en samlet fremstilling af forskellige risikofaktors betydning for folkesundheden, og der er beregnet en lang række mål for dødelighed, sygelighed og økonomiske konsekvenser. Analyserne kan bidrage til planlægningsgrundlaget for den sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats og til prioritering af de områder, hvor der indgås aftaler om patienter mellem region og kommuner. Risikofaktorerne er valgt ud fra tilgængelighed af data, vigtighed og offentlig interesse.

Emnerne kan udspringe af et regionalt behov eller en fælles regional og kommunal interesse. Også de tværgående analyser og afrapportering af resultater sker i Center for Folkesundhed. Økonomien aftales i de enkelte tilfælde. Der er nedsat en kommunal følgegruppe udpeget af kommunekontakttrådet.

2. Risikofaktorer og folkesundhed

Med henblik på at kunne tilbyde en sammenhængende indsats og lave aftaler om konkrete arbejdsdelinger i relation til risikofaktors betydning for folkesundheden er også dette et tema i de

kommende sundhedsaftaler. De vigtigste risikofaktorer er i denne sammenhæng de adfærdsmæssige risikofaktorer: rygning, fysisk inaktivitet, usund kost og alkoholforbrug samt den biologiske risikofaktor overvægt. Desuden skal betydningen af deltagernes uddannelsesniveau inddrages i tilrettelæggelsen af indsatserne. I udkast til denne første generelle aftale har en sammenhængende rygeindsats første prioritet.

Center for Folkesundhed kan efter aftale monitorere udvalgte tilbud fx rygestoptilbud i kommunerne og regionen. Økonomien skal aftales.

3. Uddannelse af borgere med kroniske lidelser

Uddannelserne skal for at give den bedste læringssituation planlægges ud fra aktuelle behov, der afspejler hvor i sygdomsforløbet et menneske med en kronisk sygdom befinder sig. Man bliver syg, får en diagnose, behandles, deltager i et rehabiliteringsforløb og vender tilbage til et hverdagsliv med en kronisk sygdom. Det er ikke en lineær proces, men følgende trin kan indgå i uddannelsen: klinisk undervisning, patientskoler, lærings- og mestringscentre, "Lær at leve med kronisk sygdom", selvhjælpsgrupper. (Se boksen nedenfor.)

Klinisk undervisning er den undervisning en patient modtager af fagpersoner om sin sygdom, undersøgelser og behandling. Undervisningen sker under indlæggelsen eller i forbindelse med efterbehandling på sygehus, hos praktiserende læge eller i kommunen.

Lærings- og mestringscentre tilbyder kronisk syge patienter og deres pårørende større indsigt i sygdomme og deres konsekvenser, og har tillige fokus på en styrkelse af mestringsevnen mhp. at kunne leve et godt liv med en kronisk sygdom. Undervisningen varetages i fællesskab af fagpersoner og erfarne patienter og vil typisk finde sted i en kommune på tværs af diagnoser.

Selvhjælpsgrupper etableres af patientforeninger og andre frivillige organisationer for kronisk syge mennesker, som har behov for støtte. Deltagerne mødes for at udveksle erfaringer om hverdagslivet med en kronisk sygdom.

Patientskoler eller sundhedsskoler – som de bliver kaldt på nogle sygehuse – er uddannelses-tilbud hvor kronisk syge patienter bliver undervist i grupper af forskellige fagpersoner. I sygehusregi findes der patientskoler/sundhedsskoler inden for de store kroniske sygdomsgrupper, fx diabetesskoler, rygskoler, KOL-skoler og hjerterehabilitering.

Lær at leve med kronisk sygdom er et uddannelseskoncept udviklet i USA (Stanford), hvor der er dokumentation for effekt af uddannelsen. Det er kronisk syge patienter som underviser andre patienter på tværs af diagnoser ud fra en detaljeret manual. Uddannelsen gennemføres typisk i kommunalt regi.

Regionen har igangsat en kortlægning af patientuddannelser i regionalt regi for at vurdere omfanget og indholdet. Der arbejdes desuden med at udvikle et evalueringsværktøj, som dels kan benyttes til monitorering og kvalitetsudvikling af de konkrete uddannelses-tilbud rettet mod borgere med kroniske lidelser, men som også på længere sigt kan benyttes til at vurdere de

forskellige indsatser på tværs af tilbuddene og på tværs af region og kommuner.

4. Social ulighed i sundhed

Sundhed er skævt fordelt i den danske befolkning og det uanset, at der er lige adgang til sundhedsydelse. En af de mest markante forskelle ses mellem mennesker og befolkningsgrupper med forskelligt

uddannelsesniveau, idet højtuddannede har en højere grad af sundhed end mennesker med lav eller ingen uddannelse.

Sundhedsaftalen indeholder to elementer vedrørende social ulighed i sundhed. Det ene er et socialt differentieret tilbud rettet mod gravide kvinder og deres familier, og det andet er rettet mod at begrænse sygefravær.

A. Differentierede tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse

Sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter til fremme af netværk, forberedelse til fødsel og til livet som forældre, er en vigtig del af sundhedsvæsenets indsats. Sundhedsstyrelsen anbefaler et mere behovsbestemt tilbud til gravide og opfordrer til at differentiere tilbuddene langt mere end tidligere.

Regionen fortsætter tilbudene for gravide kvinder med misbrug og for psykisk syge gravide. En tidlig opsporing og intervention kan ligeledes ske for andre gravide med en positiv risikoprofil: kvinder der ryger, overvægtige, unge uden netværk, kvinder med fødselsangst eller tidligere traumatiske fødsler, kvinder der er uønsket gravide, etniske minoritetskvinde, deprimerede gravide, gravide med ringe forældredidentitetsdannelse og relationsforstyrrelser i familiedannelsen.

Indsatsen før fødslen er regionens ansvar gennem jordemoder, alment praktiserende læge og hospital, hvor jordemoderen er den naturlige tovholder. Efter fødslen er det kommunens ansvar at følge op på indsatsen. Det er af stor betydning at udvikle en samarbejdsmodel for at sikre *dels* en fælles faglig udvikling og uddannelse og *dels* en organisatorisk og strukturel sammenhæng. Området følges i det regionale fødeplanudvalg og i samarbejdsfora ved de lokale fødesteder

B. Sygefravær og arbejdsfastholdelse

Målsætningen er en hurtig, fælles og koordineret indsats

med henblik på afkortning af sygefravær og arbejdsfastholdelse hos erhvervsaktive borgere gennem bedre samarbejde mellem de involverede instanser: almen praksis, regionens hospitaler, kommuner og virksomheder.

Almen praksis udreder og behandler som vanligt personer, der henvender sig i praksis. Der sikres herfra hurtig henvisning til hospitalet af personer der kræver videreudredning. Regionens hospitaler sikrer et sammenhængende patientudredningsforløb, der ikke indebærer unødige flaskehalse eller ventetider. Dette skal sikre en hurtig udredning, der indebærer at folk er så kort tid sygemeldte som muligt (ambulant udredning, korte ventetider og ingen/korte ventetider ved henvisning mellem flere afdelinger). Kommunerne varetager sygedagpengeopfølgningen ved indhentning af relevant information fra de behandlende instanser.

De specifikke sygdomsgrupper, der skal omfattes af en særlig hurtig og koordineret udrednings-, behandlings- og sagsbehandlingsindsats aftales nærmere i de konkrete forhandlinger.

Krav om opfølgning

Der er i *Udkast til generel sundhedsaftale* udarbejdet forslag til en konkret opfølgning inden for hvert af de fire valgte hovedemner, som er beskrevet i denne artikel. Det er desuden besluttet at nedsætte et forum for hver af de tre søjler:

- Regionalt forum for Sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering på hospitalerne

- Regionalt forum for Sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering i almen praksis

- Regionalt/kommunalt kontaktforum.

Formålet er at sikre forankring af indsatsen, erfarings- og informationsudveksling samt vidensdeling.

Som fælles opfølgning på hele sundhedsaftalekomplekset kan man efter et år overveje at afholde en temadag, hvor der både er fælles input og målrettede workshop for hvert af de temaer, hvor Region Midtjylland og de 19 kommuner i regionen indgår aftaler.

REFERENCER

Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Udarbejdet af Center for Folkesundhed, Region Midtjylland under danselse (november) 2006.

Juel K, Sørensen J & Brønnum-Hansen H, *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark.* Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed 2006.

Svangreomsorg. Retningslinier og redagørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode. Sundhedsstyrelsen 1998.

LINK

WWW.REGIONMIDTJYLLAND.DK (VÆLG: SUNDHED/REGIONALT SUNDHEDSSAMARBEJDE/SUNDHEDSAFTALER OG KOMMUNALT SAMARBEJDE)
WWW.FOLKESUNDHED-MIDT.DK

Temagruppe som antropologisk objekt

Deltagerobservation på møderne i temagruppen: *Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse*

■ Antropolog Stina Lou, Sundhedsfremmeenheten, Afdelingen for Folkesundhed i Århus Amt

Jeg blev som antropolog inviteret til at deltage i temagruppens møder for at observere processen – eksempelvis ved at se på mødernes tilrettelæggelse og på deltagernes respons. Doris Nørgård og Kirsten Vinther-Jensen var, i deres funktion af tovholdere for temagruppen, interesseret i at sætte fokus på en proces, som de selv er ansvarlige for. Det er således ikke kun den færdige sundhedsaftale, som kan få stor betydning for det fremtidige samarbejde mellem region og kommuner, men også processen frem mod målet. Temagruppens arbejde og resultat er beskrevet i den foregående artikel.

Antropologisk metode

En vigtig del af den antropologiske metode er *deltagerobservation*. Det centrale er her, at antropologen aktivt deltager i det samfund eller den sociale sammenhæng, hun studerer. I deltagerobservationen øver antropologen sig systematisk i, hvad det kræver at være et accepteret medlem af en bestemt gruppe. Herved undersøger hun de rutiner og normer (spilleregler), man skal kende og kunne mestre for at deltage i en bestemt social sammenhæng. Det kan eksempelvis være til en rituel indvielse hos en stamme på Papua Ny Guinea, eller det kan være til onsdagsbingo i stadionhal-

len i Holstebro. Metoden er stort set den samme. Ved deltagerobservation sker der en vekselvirkning mellem teori og erfaring, således at antropologen gør sig konkrete erfaringer og samtidigt udforsker og udfordrer disse erfaringer med bestemte metodeteknikker og teoretiske vinkler.

Man kan ikke foretage decideret deltagerobservation på tre fællesmøder i en temagruppe, men man kan anvende nogle af disse antropologiske teknikker og teoretiske vinkler til at få øje på, hvad der sker.

De fysiske rammer

De fysiske omgivelser er det første man hæfter sig ved, når man som antropolog ankommer til et nyt 'felt'. Hvordan ser der ud, og hvordan indtager deltagerne lokaliteten?

Det første møde i temagruppen blev afholdt i Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt og de to sidste i Viborg Lounge. Der er en formel norm for, hvilke procedurer der skal følges, når der afholdes 'møde'. At holde møde er nemlig ikke det samme som 'at mødes' – der udsendes eksempelvis først invitation og dagsorden. Når deltagerne ankommer, står der står kaffe og te på bordene, måske lidt frugt, måske er der rettet an til

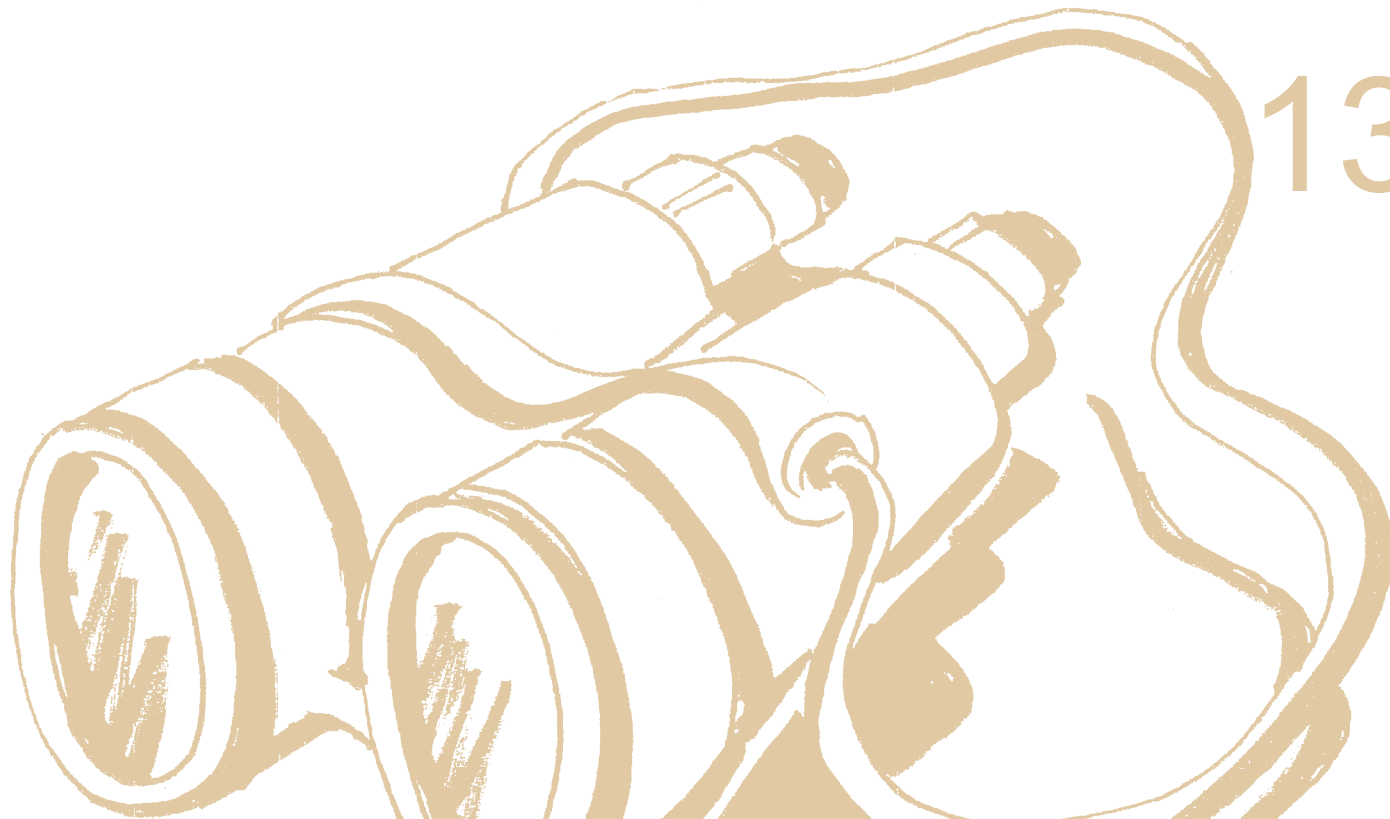
noget at spise. Overhead- eller PowerPoint-projektoren er klar. Møderne i temagruppen lever op til disse normer.

Deltagernes første møde

Kirsten og Doris er 'værterne' – de smiler og hilser og fortæller de ankomne deltagere, hvor de kan sidde. Ved første møde er der nemlig forberedt en 'bordplan', men ved de efterfølgende møder bestemmer deltagerne selv, hvor de vil sidde. Der er småsummen i lokalet. Nogle deltagere kender hinanden i forvejen, men for mange er det lutter nye ansigter. Jeg noterer en påfaldende variation i, hvordan deltagerne hilser på, når de ankommer til dette og de senere møder. Nogle giver hånd til alle, andre kun til dem de kender, og nogle sætter sig bare. Jeg hører flere gange mødedeltagere spørge hinanden: "Går vi rundt og hilser eller hvad?" og det undrer mig lidt, at der ikke er mere faste normer for, hvordan man går ind i et møde. En forklaring kan eventuelt være, at mødedeltagerne er usikre på, hvilken status temagruppen har, og hvad deres rolle er i den. Hvor formel er den? Kirsten og Doris søger for at hilse på alle.

Gruppen konstituerer sig – et fælles grundlag

Der er lagt en ramme for mødet, som har at gøre med



mødernes indhold og målsætning. Der er også lagt en anden ramme, nemlig en organisatorisk eller en mødekulturel ramme, som på forhånd er defineret af Kirsten og Doris. De har nogle idéer om, hvordan processen bliver mest frugtbar. Ved første møde skal deltagerne fortælle om behovene i deres organisationer og give deres input til sundhedsaftalerne. Ved de efterfølgende møder tager Kirsten og Doris gruppen input op og supplerer selv med forslag til relevante emner, fx sundhedsprofilen og social ulighed i sundhed. Efter et fælles oplæg arbejdes der i grupper sammensat efter deltagernes interesser, indtil der afsluttes med fælles opsamling. Ved alle møder præsenterer Doris en arbejdsgang, og spørger om gruppen er enige. Den organisatoriske ramme er altså ikke statisk, og deltagerne inviteres til at være medbestemmende. Der er enighed om, at den måde Kirsten og Doris planlægger og gennemfører møderne er hensigtsmæssig. Deres lederskab accepteres og udfordres ikke.

Møderne er som nævnt tilrettelagt på forhånd, men

deres indhold er dynamisk, og det væsentlige er her: Gruppens fortolkning af den politisk definerede ramme – et udkast til sundhedsaftaler inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Kan der overhovedet skabes et fælles grundlag, en enighed om temagruppens udgangspunkt og endemål blandt deltagerne? Mødedeltagerne udgør en tilsyneladende meget heterogen gruppe med forskellige fagligheder og forskellige placeringer i organisationer. De er endvidere også forskellige steder i processen frem mod 2007 samt griber den forskelligt an.

Allerede fra første møde viser der sig dog en stor samarbejdsvillighed og motivation for at finde fælles interesseområder og udveksle erfaringer. En optælling af hvem der tager ordet viser, at samtlige deltagere kommer på banen og får formuleret, hvad de finder relevant at inkludere i sundhedsaftalerne. Patientuddannelser og risikofaktorer nævnes gentagne gange som centrale områder. Her er et stærkt, fælles udgangspunkt.

En anden fælles forståelse tager også form i løbet af møderne, nemlig uvisheden: Hvad kommer til at ske? Man kunne ellers forestille sig, at uvished og usikkerhed ville være tabu. Noget man ikke ville afsløre for de andre kommuner. Men det er efter min opfattelse ikke tilfældet. Den fælles accept af de mange ubekendte faktorer i denne periode betyder også en åbenhed overfor, at det der besluttet nu *ikke* er endeligt, men starten på en samarbejdsproces mellem kommuner, sygehuse og almen praksis om fordeling af opgaver og de nye roller.

'Os/dem' distinktioner

Antropologer vil ofte være opmærksomme på 'os/dem' distinktioner i de sociale grupper eller sammenhænge, som undersøges. Hvordan skelner gruppen imellem, hvem der hører til fællesskabet og hvem, der er udenfor? Det er interessant, fordi gruppeidentitet ikke kun handler om at definere *hvem man er*, men i lige så høj grad handler om *hvem man ikke er*. Stammen på Ny Guinea definerer sig som mere krigeriske end nabostammen, og bingospil-

leren i Holstebro definerer sig som mere aktiv og udadvendt end dem, der bare sidder derhjemme foran fjernsynet.

Jeg oplever ikke nogen stærk 'os/dem' distinktion i temagruppen. Der tales om 'de praktiserende læger' som et 'dem', men det er ikke en gruppe der defineres som værende i decideret modsætning til kommunerne. Der er snarere tale om det omvendte, nemlig et ønske om at inkludere denne gruppe i fællesskabet.

I løbet af de tre temagrupper møder kommer nye deltagere til – nye repræsentanter fra kommunerne eller deltagere, som har været forhindret i at komme til tidligere møder. På den måde afspejler gruppen en proces, som allerede er i gang i kommunerne og i Afdelingen for Folkesundhed (pr. 1/1 2007 Center for Folkesundhed): Nogle tager afsked og nye kommer til, opgaver skal afgives og andre skal overtages. Måske er det derfor at der er så stor accept af, at det er de præmisser denne temagruppe arbejder under. Men det kan også være, fordi gruppen ikke har udviklet en stærk identitet. Grundlaget, der holder gruppen sammen, er så fleksibelt og inkluderende, at det er uproblematisk at optage nye medlemmer. Doris og Kirsten hilser og byder velkommen, og de(n) nye deltager(e) er med i fællesskabet.

Brudflader

Når en antropolog starter sit feltarbejde vil det ofte være outsidersne, man først kommer i kontakt med – de marginaliserede, de excentriske, dem på kanten af fællesskabet. Det sker, fordi outsidersne ofte søger en allieret, og ser antropologen som en mulig ressource. Omvendt er outsidersne interessante for antropologen, fordi deres marginale placering kan fortælle os noget om, hvad de er modpoler til, nemlig normer og normalitet. Der er ingen deciderede outsiders i den observerede temagruppe, men der er personer, som forfølger specifikke mål eller potentielle temaer for sundhedsaftalerne, som ikke nødvendigvis er af fællesskabets interesse. Disse mål eller temaer ligger på grænsen af, hvad fællesskabet har defineret som relevant for sundhedsaftalerne, og deres udsagn repræsenterer nogle små brud i kommunikationen, hvor konsensus udfordres.

Et andet lille brud opstår, når talen falder på økonomi. Når økonomien nævnes følges den ofte af en kort utilpas tavshed. Det er ikke et emne gruppen skal forholde sig til, men den ligger som en x-faktor under alle diskussioner: Hvad koster det? Bliver der penge til det? Hvad skal vi prioritere? Endnu engang må gruppens medlemmer acceptere, at de er i gang med en proces med mange ubekendte.

Fokus på det fælles

Som allerede nævnt udgør tre fællesmøder et meget lille grundlag for et antropologisk studie. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at antropologen primært får fat i det sociologen Erving Goffman kalder 'frontstage' – altså det ansigt, som deltagerne ønsker at vise i en sammenhæng som denne. Men på dette niveau må temagruppen siges at have potentiale – også som fremtidigt netværk. En eventuel intern konkurrence mellem de forskellige kommuner er pakket væk, og i stedet er fokus på fællesskabet og det fælles.

REFERENCER

Barth F, "Ethnic Groups and Boundaries", i: Hutchinson & Smith, *Ethnicity*. Oxford: Oxford University Press 1969.

Goffmann E, *The Presentation of Self in Everyday Life*. Harmondsworth: Penguin 1990 (1959).

Thagaard K, *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget 2003.

ARBEJDET med sundhedsfremme og forebyggelse

Det er forskelligt hvor og hvordan man i Region Midtjyllands kommuner har organiseret arbejdet på sundhedsområdet. Organiseringen kan dog *som udgangspunkt* grupperes i følgende tre modeller:

- Sundhedsopgaverne placeres som stabsfunktion
- Sundhedsopgaverne placeres i forbindelse med ældreområdet
- Sundhedsopgaverne placeres i selvstændig afdeling

De næste tre artikler viser, hvordan man tænkt og tilrettelagt indsatserne på sundhedsområdet i de tre (nye) kommuner: Ikast-Brande kommune, Holstebro kommune og Randers kommune.

Sundhedsloven, § 119

Stk. 1. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

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

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunens indsats efter stk. 1 og 2.

Dernæst følger to artikler, der beskriver, hvordan man har tænkt og tilrettelagt indsatserne med sundhedsfremme og forebyggelse i sygehusvæsenet i Ringkjøbing Amt og på Randers Central-sygehus, herunder Grenaa Sygehus.

Endelig beskrives, hvordan man ser på arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i regi af almen praksis.

SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE - KOMMUNER

Ikast-Brande

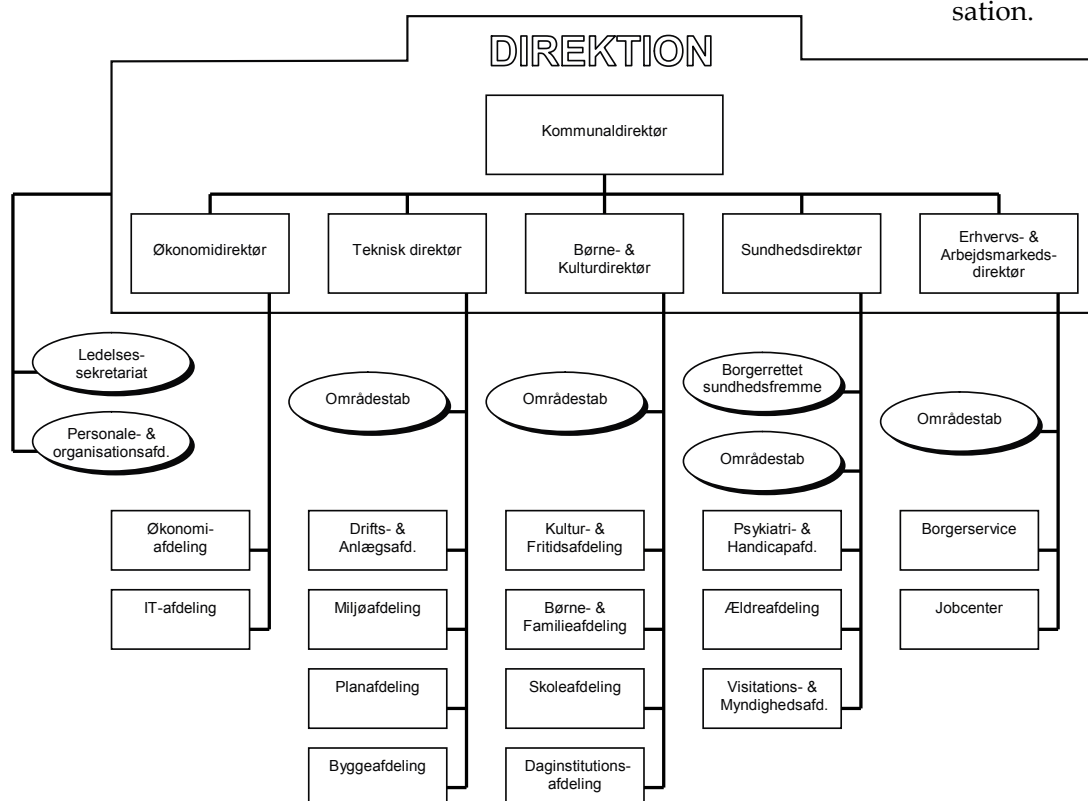
■ Sundhedsinnovator Peter Thybo, Ikast-Brande kommune

I brydningstiden med en kommunalreform er de sikre orienteringspunkter højt i kurs, og det er vigtigt at få en effektiv organisation på plads. På sundhedsområdet i ny Ikast-Brande Kommune (et sammenlæg af Ikast, Brande og Nørre Snede kommuner) er der tæt sammenhæng mellem den politiske og administrative organisering, da Sundheds- og Omsorgsudvalgets område svarer til de opgaver der ligger hos og under sundhedsdirektøren.

Sundhedsfremme i en stabsfunktion

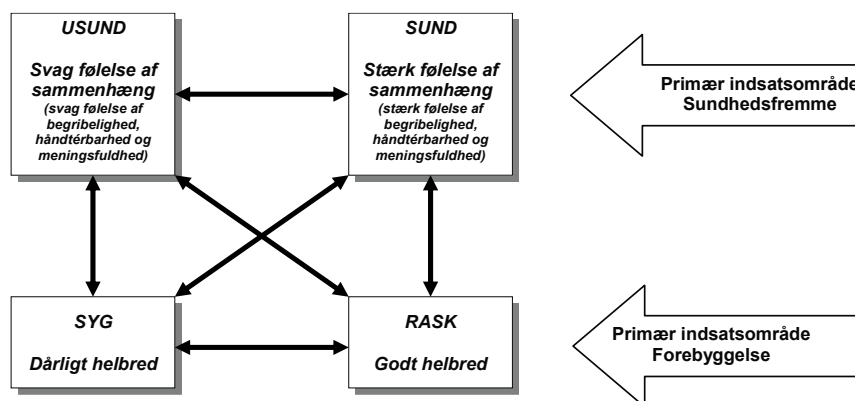
En af de større udfordringer for kommunerne er områderne sundhedsfremme og forebyggelse. Der er forskellige måder at organisere sig på, og hver måde har sikkert sine fordele og ulemper. I Ikast-Brande kommune har man valgt at oprette en ny *stabsfunktion* til sundhedsdirektøren med borgerrettet sundhedsfremme (Figur 1). Staben har foreløbig én medarbejder med titel af *sundhedsinnovator*.

Idéen bag denne organisation er, at man i kommunen ønsker at arbejde bredt med sundhedsfremme på mange forskellige 'borger-arenaer' og med forskellige aldersgrupper. Derfor skal stabsmedarbejderen have en stor rækkevidde i den kommunale organisation. Her tænkes ikke blot internt i sundhedsområdet, for der er på sigt ambitioner om et udviklende samarbejde med de øvrige afdelinger i kommunen, da sundhed gør sig gældende på den ene eller anden måde i hele den kommunale organisation.



Figur 1: Organisationsoversigt for Ikast-Brande kommune

Figur 2: Antonovsky har inspireret Jensen & Johnsen til ovenstående model, som sundhedsområdet har arbejdet videre med: Om man er syg eller rask knytter sig til krop og helbred; det drejer sig om, hvordan man har det. Sundhed knytter sig til livet og drejer sig om, hvordan man ta'r det. En stærk følelse af sammenhæng i tilværelsen giver psykisk robusthed der gør, at man bedre kan klare de svære situationer og kriser livet kan byde. Forebyggelsesindsatsen ligger primært på 'helbreds-niveauet' og sundhedsfremmeindsatsen på 'sundheds-niveauet' (Jensen & Johnsen 2002; Thybo 2004).



Med placeringen af sundhedsfremme som stabsfunktion til sundhedsdirektøren sendes der således signaler om ikke blot vægtning af, men også helheds-tænkning omkring sundhed, hvor diverse afdelinger, fx kultur og fritid, daginstitutioner, skoler, arbejdsmarkedsområdet og miljø, ses som vigtige fremtidige samarbejdspartnere. Dette pointeres også i Ikast-Brande kommunes politiske visioner, hvor der bl.a. står, at "*sundhedsfremme indgår i mål/pædagogik etc. på alle kommunale institutioner og arbejdspladser. [...] Sundhedsfokus er i Ikast-Brande kommune en tværgående tænkning, der omhandler alle forhold i og omkring borgernes rammebetingelser og livskvalitet – fra idrætsanlæg over foreningsliv og miljø til kostvaner*" (Sundhedspolitisk Vision 2012).

Sundhedsfremme og forebyggelse adskilt

Sundhedsfremmestaben er organisatorisk adskilt fra forebyggelsesområdet, hvis kendte problemstillinger tænkes baseret på de medarbejdere og ressourcer der i forvejen findes i den kommunale organisation. Dog

har en medarbejder i *områdestaben* til opgave at være en form for koordinator på forebyggelsesområdet. Der skal være et tæt og koordineret samarbejde mellem de to områder, for de supplerer på mange måder hinanden i det kommunale sundhedsarbejde og er ofte slået sammen i organisationen.

Årsagen til den organisatoriske adskillelse i Ikast-Brande kommune er imidlertid et forsøg på at sikre de afsatte ressourcer til henholdsvis sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende initiativer. Kommunen har fundet inspiration i bl.a. Aaron Antonovskys forskning og teori, hvor sundhed defineres som værende følelsen af sammenhæng i tilværelsen (*sense of coherence*), og det er netop forskelligt, hvad der giver det enkelte menneske sammenhængskraft i livet (se figur 2). Det gør begrebet sundhedsfremme mere 'svævende' og problematisk at videnskabeliggøre, for dét der er sundhed for den ene, er ikke nødvendigvis sundhed for den anden. Initiativer inden for forebyggelse er

derimod mere konkrete, bygger på evidensbaseret viden (det er godt at dyrke motion, spise varieret, ikke at ryge mv.), og desuden er der en længere tradition for det forebyggende arbejde i sundhedssystemet. Derfor retter opmærksomheden sig oftere mod forebyggelse end sundhedsfremme, og hvis de to områder ligger i den samme stab eller afdeling er der risiko for, at den tænkte balance lettere skrider.

To grundmodeller

Med udgangspunkt i de politiske visioner på sundhedsområdet (se evt. www.ikast-brande.dk) er man nu i gang med at udarbejde et oplæg til den videre sundhedsstrategi samt målsætninger på området. I den forbindelse tages der på sundhedsområdet ofte udgangspunkt i et par figurer, som på hver deres måde bidrager til en forståelse af, hvad sundhed er, hvordan sundhed og helbred for den enkelte spiller sammen med den øvrige del af omgivelserne samt det overordnede indsatsområde for henholdsvis sundhedsfremme og forebyggelse (se figur 3).



Figur 3: Dahlgren & Whitehead præsenterede denne illustration (som vi har ændret en smule på) i 1991. Den viser risikofaktorer, der på den ene eller anden måde – direkte eller indirekte – har indflydelse på sygdom, funktionsnedsættelse eller død og gør på den måde opmærksom på, at sundhedsfremme og forebyggelse bør tænkes ud i vide rammer. Illustrationen findes også i Sundhedsstyrelsens publikation *Folkesundhed og risikofaktorer*, 2006.

Sundhedscenter?

I Ikast-Brande kommunes politiske visioner tales der også om *sundhedscentre*. Diskussionen om hvad et sundhedscenter kan indeholde, og om det er murstensløst eller ej, har vide grænser i disse år og er interessant. Der er imidlertid ingen centre på tegnebrættet i kommunen lige nu, derimod har man med det Social-Medicinsk-Pædagogiske Center oprettet i Brande tilbage i 1970'erne mange års kendskab til 'centertanken', og det vil være naturligt at se nærmere på erfaringerne herfra i det videre forløb.

I det hele taget er vi opmærksomme på i sundhedspolitikken at tage afsæt i vores egen og de tre kommuners lokalhistorie, bl.a. med en kommende formulering af de tre kommuners sundhedsfortælling (som vi til lejligheden også kan kalde 'et case-studie'). Dette sker i erkendelsen af, at det ikke er nok at skue fremad, for et fremskridt med succes beror på, at man kender det fundament man sætter af fra.

REFERENCER

- Antonovsky A, *Helbredets Mysterium*. Hans Reitzels Forlag 2000.
- Dahlgren G & Whitehead M, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for the future studies 1991.
- Jensen TK & Johnsen TJ, *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Sundhedsfremmeafdelingen, Ringkjøbing Amt 2002.
- Thybo P, "Helbred er, hvordan man har det – Sundhed er, hvordan man ta'r det", i: *Klinisk Sygepleje* nr. 3, 2004.
- Vision 2012. *Politikområder*. Ikast-Brande kommunes hjemmeside: www.ikast-brande.dk
- Folkesundhed og risikofaktorer – tal på sundhed til kommunen*. Sundhedsstyrelsen 2006.



Brande, Ikast og Nørre-Snede kommuner er nu sammenlagt til Ikast-Brande Kommune. Dette er kommunens nye logo og navnetræk.

Se mere på: www.ikast-brande.dk



Holstebro

Sundhedscenter skal danne ramme om arbejdet med brede sundhedsfremmende og forebyggende funktioner, der retter sig imod at øge den enkelte borgers evne til 'at have fat i livets lange ende'

■ Sundhedschef Ellen Greve, Holstebro kommune

Baggrund – sundhed

Der ses et ændret sygdomsmønster i disse år – ikke bare i Danmark, men i hele Europa. Ændringen indebærer, at fokus i langt højere grad må rettes mod indsatsen for fremme af sundhed og forebyggelse frem for isoleret at se på behandling af sygdom. Livsstilssygdomme indgår som en væsentlig faktor i det ændrede sygdomsmønster. Disse er affødt af den måde, mennesker i alle aldre lever på, og af de kår, der leves under. Mange akutte sygdomme er afløst af kroniske sygdomme, det vil sige lidelser som ikke umiddelbart kan helbredes. De kroniske lidelser i form af gigt, sukkersyge, lungelidelser mv. rejser et behov for hjælp til at leve med de skavanker, der knytter sig til livet med kroniske lidelser. Samtidig stiger den procentvise andel af ældre i befolkningen – et forhold, der skal ses i sammenhæng med store årgange og en stigende levealder.

Det ændrede sygdomsmønster understøtter behovet for nytænkning i forhold til den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunen, idet sygdommene ikke bare forsvinder, men bringes ind i dagliglivets rammer og bliver en del af hverdagslivet.

Organisation

I Holstebro Kommune er det besluttet at den sundhedsfremmende og forebyggende indsats skal udgå fra sundhedscentret, som er organisatorisk placeret i social- og sundhedsforvaltningen (se figur 1 side 20).

Placeringen i social- og sundhedsforvaltningen sikrer nærhed til en organisation, som har lange traditioner for at arbejde med sundhed og trivsel i borgernes nærmiljø, og som samtidig har tradition for nære samarbejdsrelationer med sundhedssystemet set i en bred sammenhæng. Det er imidlertid en vigtig opgave at sikre et formaliseret samarbejde til de øvrige forvaltninger, da det anses som en forudsætning for at sikre implementeringen af de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, der rækker ind i borgernes arbejds-, fritids- og hverdagsliv.

Den centrale base for sundhedscentret udgøres af et hus i Holstebros bymidte. Sundhedscentrets ydelser skal række ud i hele kommunen og hermed tilgodese let tilgængelighed for alle befolkningsgrupper.

Det følger heraf, at nogle tilbud med fordel kan placeres

uden for den centrale ramme i de forskellige arenaer, hvor borgerne færdes. Herunder i sundhedscentrets øvrige lokaltiteter, som er placeret forskellige steder i Holstebro by, og i kommunens yderområder i landdistrikterne; endvidere på skoler, uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser, daginstitutioner, dagcentre, apoteker, biblioteksafdelinger, haller og andre sportsfaciliteter, medborger-, beboer- og sognehuse, butikcentre mv.

Sammenhæng

Sammenhæng på tværs af forvaltninger og sektorer forventes sikret igennem:

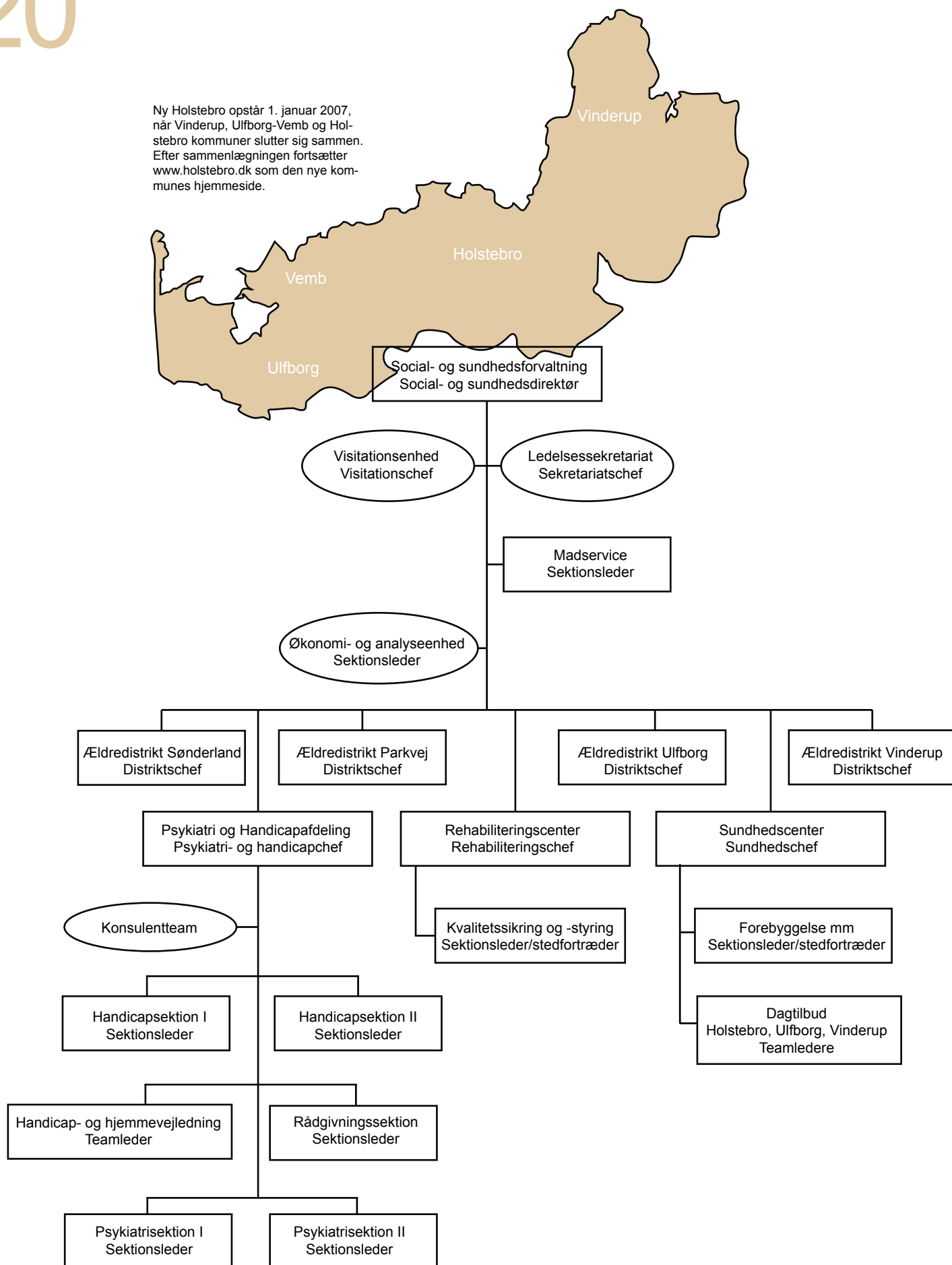
• Sundhedspolitik

Sundhedspolitikken skal forankre den kommunale sundhedsindsats på tværs af fagudvalg og forvaltningsområder og fastlægge kommunalbestyrelsens målsætninger og prioriteringer for sundhedsindsatser. Udarbejdelse af en sundhedspolitik påbegyndes i efteråret 2006 og forventes klar til politisk behandling og vedtagelse i foråret 2007.

• Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne skal medvirke til at sikre en sammenhængende indsats for borgerne, og medvirke til at synliggøre gråzonerne

Ny Holstebro opstår 1. januar 2007, når Vinderup, Ulfborg-Vemb og Holstebro kommuner slutter sig sammen. Efter sammenlægningen fortsætter www.holstebro.dk som den nye kommunes hjemmeside.



Figur 1: Organisationsdiagram for Social og Sundhedsforvaltningen i Holstebro kommune

imellem den borger- og den patientrettede indsats. Herunder hvordan de regionale og kommunale lærings- og mestringstilbud bedst kan komplementere hinanden, når målet er, at de kronisk syge skal have de bedste forudsætninger for at mestre deres liv. Der er behov for, at der skabes klarhed i kompetencefordelingen imellem kommunen og de regionale livsstilscentre og i anvendelsen af regionens kompetencecentre på folkesundhedsområdet.

• **Internt koordinerende organ**

Der skal nedsættes et tværgående koordinerende nøglepersons-organ for at sikre sammenhæng i den kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats på tværs af forvaltningerne. Sundhedscentret tildeles tovholderfunktionen. Eksterne lokale aktører kan være repræsenteret og have observatørstatus i forhold til organet.

• **Almen praksis**

Almen praksis anses for en central aktør i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse – og hermed som vigtige i forhold til at skabe sammenhæng. Sundhedscentrets ydelser og indsatser skal derfor udvikles i samspil med de lokale lægepraksis. Der arbejdes målrettet på at etablere en praksiskon-sulentordning for at sikre en

enstrengt tilgang til almen praksis.

Vision og målsætning

- Al indsats tager udgangspunkt i borgernes livsopfattelse med det formål at fremme borgernes evne til at mestre egen tilværelse.

Med udgangspunkt i denne vision er det målsætningen at øge sundheden og livskvaliteten for borgerne i kommunen ved en række sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, herunder:

- **At** skabe sammenhæng og helhed i kontakten med sundhedssystemet, herunder medvirke til en let og synlig adgang til kommunens tilbud
- **At** implementere tiltag, der kvalificerer samarbejdet på tværs af faggrupper, forvaltninger, tværkommunalt og regionalt, herunder almen praksis
- **At** implementere tiltag, der kvalificerer samarbejdet med frivillige organisationer foreninger mv.
- **At** være vidensbank for vidensdannelse og vidensopsamling
- **At** medvirke ved forskning i samarbejde med lokale og regionale uddannelsesinstitutioner samt kommunale og regionale institutioner/centre vedrørende sundhed og forebyggende og sundhedsfremmende tiltag.
- **At** medvirke til at højne sundhed og velvære for borgerne/målgruppen og skabe vilkår for størst mulig uafhængighed af offentlige ydelser
- **At** medvirke til at sundhed og velvære tænkes ind i hverdagslivet af alle interessenter – borgere, virksomheder, foreninger, kommune mfl.
- **At** borgerne/målgruppen opnår øget indsigt i egen situation (sygdom, livsstil, samarbejde med offentlige og frivillige instanser mv.)
- **At** anvende, udvikle, afprøve og evaluere effektive metoder, der støtter borgernes/målgruppens evne til mestring, og understøtter ønsket om at fastholde ansvar for eget liv

At gøre vision til virkelighed kræver en målrettet indsats på mange niveauer i de kommende år.

LINK:
www.holstebro.dk



■ Sundhedschef Bo Skovgaard, Randers Kommune

Organisering

Ny Randers Kommune har organiseret sig med en særlig afdeling for sundhed. Denne afdeling er placeret i Sundheds- og Ældreforvaltningen, der også har eget politisk udvalg.

Politikerne har ønsket at sundhedsfremme og forebyggelse skal være et særligt opmærksomhedsområde og har derfor prioriteret at oprette en særskilt sundhedsafdeling.

Sundhedsafdelingen indeholder nedenstående opgaver:

- sundhedsplejen
- den kommunale tandpleje
- sundhedshus
- rehabilitering.

Selv om ansvaret for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse er placeret i sundhedsafdelingen betyder det dog ikke, at der ikke skal arbejdes med sundhed andre steder i den kommunale forvaltning.

Kommunens vision "Sundhed og trivsel for alle" betyder, at alle 9.000 ansatte i princippet skal arbejde sundhedsfremmende og forebyggende der, hvor den enkelte medarbejder møder borgeren. Visionen er med andre ord, at der er 9.000 'sundhedsam-

bassadører' i den nye kommune.

Sikring af sammenhæng

For at sikre sammenhæng mellem de forskellige forvaltninger er det planen at nedsætte en gruppe med repræsentanter fra alle forvaltninger, som skal inspirere hinanden og udvikle konkrete projekter i det sundhedsfremmende arbejde.

Medlemmerne i denne gruppe vælges blandt ildsjælene i de forskellige forvaltninger og afdelinger. Disse personer holder fokus på at inddrage sundhedsfremmende og forebyggende overvejelser i alle arbejdsopgaver, og bliver således en form for tovholdere for kompetenceudvikling i forhold til at tænke sundhed.

Endvidere er det planen, at alle oplæg til politiske beslutninger skal indeholde en vurdering af den sundhedsmæssige/forebyggende effekt af beslutningen.

Målsætning

Sundhedspolitikken er under udarbejdelse, og både borgere og lokale offentlige og private aktører inden for sundhedsområdet er inviteret til at deltage i processen.

En sundhedspolitisk konference blev således afviklet

den 28. november 2006, hvor alle borgere og professionelle interessenter, både offentlige og private, var inviteret til at deltage. Konferencen tog udgangspunkt i sundhedsprofilen for Randers Kommune, hvor Finn Breinholt Larsen fra Center for Folkesundhed fortalte om resultaterne for Randers Kommune.

Herudover var der et indlæg af mere bred karakter omkring sundhedsfremme og forebyggelse samt indlæg fra to arbejdspladser, henholdsvis en offentlig og privat, der fortalte, hvordan de har sat sundhedsfremme og forebyggelse på dagsordenen på deres arbejdsplads.

Ved afslutningen af konferencen fik deltagerne mulighed for at tilmelde sig fire arbejdsgrupper, der efterfølgende skal udarbejde en 'hvidbog' med holdninger og forslag til den fremtidige sundhedspolitik i Randers Kommune inden for hver deres område.

De fire arbejdsgrupper er opdelt i følgende emner:

- *Børn og unge*
- *Voksne*
- *Ældre*
- *Udsatte grupper.*

De fire 'hvidbøger' vil herefter indgå i det videre arbejde

med formulering af en sundhedspolitik for Randers Kommune, der forventes færdig primo april 2007.

Sammenlægningsudvalget for Ny Randers Kommune behandlede og godkendte allerede på deres første møde efter sommerferien en skitse til proces og indsatsområder i den kommende sundhedspolitik.

I skitsen til indsatsområder var der bl.a. peget på:

Børn:

Udarbejdelse af forslag til tilbud om et sundt og nærende frokosttilbud til alle børn i daginstitution og skole.

I Randers Kommune er der i dag fuldkost til alle børn i vuggestue og dagpleje. Dette vil vi gerne have udvidet til ligeledes at omfatte børn i børnehaver og folkeskoler.

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal udarbejde et forslag til, hvordan et sådant tilbud kan etableres (produktion, distribution mv.) samt økonomi i forslaget (helt eller delvis forældrebetaling).

Voksne:

I tilknytning til lederen af det kommende Sundhedshus er der ansat tre sundhedskonsulenter.

Der vil her blive etableret tilbud om besøg af en sundhedskonsulent på alle offentlige og private arbejdspladser i Randers Kommune.

Sundhedskonsulenterne skal give inspiration til, hvorledes arbejdspladsen kan arbejde med at forbedre sundhedsprofilen blandt medarbejderne, fx ved at udarbejde politikker og konkrete tilbud/tiltag inden for KRAM-området. [KRAM er forkortelsen for danskernes sundhed vedrørende Kost, Rygning, Alkohol og Motion, red.]

Ældre:

Det undersøges, om der skal etableres et tilbud om gratis hoftebeskytter til alle ældre, der ønsker det, med henblik på at nedsætte risikoen for brud på hoften.

Idéen bag disse tre indsatsområder er at prioritere nogle synlige og markante indsatser i forhold til alle befolkningsgrupper i Randers Kommune.

Udover arbejdet med sundhedspolitikken har sundhedsafdelingen sat en række andre projekter i gang. Således har vi i samarbejde med et privat konsulentfirma igangsat en analyse af kommunens nuværende indskrivningsmønster på

sygehusene med henblik på fx etablering af tilbud i kommunalt regi som alternativ til en sygehusindlæggelse.

Endelig har vi indsendt ansøgninger til to statslige puljer, henholdsvis et projekt i samarbejde med tre andre kommuner omkring kræftrehabilitering, mens den anden ansøgning vedrører en øget indsats i forhold til KOL-patienter.

Sundhedshus, sundhedsaftale(r)

Sammenlægningsudvalget i Randers Kommune har netop vedtaget budgettet for 2007. Et af 'fyrtårnene' i budgettet er etableringen af *et sundhedshus*. Her er der netop indgået en aftale om samarbejde mellem Randers Kommune, Randers Centralsygehus og Region Midtjylland.

Aftalen betyder bl.a., at Randers Kommune flytter sundhedsplejerskerne og den centrale tandklinik til det kommende sundhedshus, mens Randers Centralsygehus flytter jordemodercentret og den nuværende ammeklinik samt placerer et kommende mammograficenter i Sundhedshuset.

Udover sundhedsplejerskerne og tandklinik vil Randers

Kommune endvidere placere kommunens sundhedsfremmekonsulenter samt en central rehabiliteringsenhed i Sundhedshuset, ligesom huset vil komme til at indeholde faciliteter til afholdelse af kurser og møder, som fx patientskoler.

Udover de nævnte offentlige tilbud i Sundhedshuset vil også private aktører inden for sundhedsområdet blive tilbudt at være en del af sundhedshuset.

Det er målsætningen, at Sundhedshuset kan være med til at skabe mere sammenhæn-

gende forløb for både borgere og patienter i Randers Kommune.

Randers Kommune har igennem mange år haft et meget tæt og godt samarbejde med Randers Centralsygehus.

Den kommende sundhedsaftale vil være et godt udgangspunkt for yderligere at styrke dette samarbejde ved at indeholde konkrete aftaler om fx 'fælles skolebænk' for personalet inden for genoptræningsområdet, et øget samarbejde på børneområdet og en eventuel fælles depotfunktion for hjælpemidler.

Den ny Randers Kommune bliver dannet af Purhus, Nørhald og Randers, den vestlige del af Sønderhald, størsteparten af Langå samt Havndal, i dag den østlige del af Mariager. Borgerne i den nye kommune vil med god ret kunne hævde, at de bor i en *storkommune*. Med et indbyggertal i dag på 91.953 borgere og et areal på 800 km² bliver kommunen blandt landets seks største.

KILDE: WWW.NYRANDERSKOMMUNE.DK





Ringkøbing Amt

■ Centerchef Anna Birthe Bach, Kirurgisk Centerledelse, Herning Sygehus

Sundhedsaftalerne giver en enestående mulighed for at få præciseret opgavefordelingen i samarbejdet på tværs af sektorerne

Forebyggelse og sundhedsfremme har fået særlig bevågenhed i forbindelse med struktur-reformen. Der er god grund til, at den nye sundhedslov så konkret præciserer, at man ønsker fokus på dette område. Sygdomme, der kan forebygges, udgør en stigende belastning i sundhedsvæsenet. Livsstilssygdomme baseret på rygning, alkohol, forkert kost og manglende fysisk aktivitet giver anledning til 335.000 hospitalsindlæggelser årligt (*Folkesundhed og risikofaktorer*, Sundhedsstyrelsen 2006).

For sygehusene har fokus traditionelt ligget på sygdom og helbredelse og mindre på sundhed. Men efterhånden er der massiv evidens for, at god forberedelse og et veltilrettelagt efterforløb har stor betydning for, hvor meget patienten får ud af sit ophold på sygehuset.

Sundhedslovens paragraf 119 udgør arbejdsgrundlaget vedr. forebyggelse. Regionsrådet pålægges ansvaret for

den patientrettede forebyggelse i sygehus- og praksissektoren, og det forventes, at man rådgiver kommunerne vedr. den borgerrettede forebyggelse.

Den borgerrettede forebyggelse bliver kommunernes opgave, ligesom de forventes at deltage i den patientrettede forebyggelse.

Sundhed på tværs

Med sundhedsaftalerne har vi en enestående mulighed for at få præciseret opgavefordelingen i samarbejdet på tværs af sektorerne. For at sikre erfaringsopsamling og tilvejebringelse af evidens bør der være klare effektmål i aftalerne, og netop forskning og kvalitetsudvikling bør være en opgave, sygehusene påtager sig.

Sygehusene modtager patienterne, når de er allermest motiveret for ændring af livsstil. Vi har således 335.000 anledninger årligt til at informere patienterne om, hvor store muligheder, de selv har for at påvirke deres fremtidige helbredssituation.

Kan forebyggelse meningsfuldt integreres i sygehusets paradigme? Kan det overhovedet praktisk indgå i en

verden, der måles på produktivitet og DRG-point?¹

Det er netop vigtigt, at man benytter en indlæggelse eller et ambulant besøg til at fortsætte linjen i den patientuddannelse eller den motive-rende samtale, der er en del af sygehusets ydelse eller som er sat i gang i kommunen eller i praksis. Sune Rubak påviser i sin ph.d.-afhandling (*Motivational interviewing in intensive treatment of Type 2 diabetes detected by screening in general practice*, Århus 2005), at samtale á 15 minutter er tilstrækkeligt til at påvirke til livsstilsændring, men at effekten er bedre, jo flere kontakter der opnås. Sygehusene skal derfor påtage sig opgaven som en del af det samlede forløb.

Men man må erkende, at den nuværende incitamentstruktur ikke belønner forebyggelsestiltag. Der er udviklet SKS-koder² for forebyggelse, men de afregnes ikke, og der er fortsat ingen særlig afregning i 2007 – et uheldigt signal på et tidspunkt, hvor der i øvrigt er opmærksomhed omkring forebyggelse.

Netværkssamarbejde

Alle centre har som medlem af Netværk af forebyggende



Projekt Livsstilscafeer i Ringkjøbing Amt

Ringkjøbing Amt har for at styrke integration af sundhedsfremme og forebyggelse i sundhedsvæsenets ydelser – og som led i kræfthandleplanen – gennem et 2-årigt projekt etableret "Livsstilscafeer" på sygehusene i Ringkjøbing Amt. Her bliver patienter, pårørende og personale tilbudt mulighed for at tage stilling til og arbejde med deres egen sundhed og livsstil, bl.a. kost- og motionsvaner. Projektet gennemføres i samarbejde med ledere og fagpersoner i de kliniske centre, sygehusledere og de praktiserende læger og fortsættes under Region Midtjylland.

KILDE: www.sundhed.dk

sygehuse forpligtet sig på Wien-rekommandationerne om forebyggende og sundhedsfremmende sygehuse (maj 2000). Konkret har dette udmøntet sig i, at medarbejderne løbende har engageret sig i netværkets indsatsområder og udarbejdelsen af netværkets publikationer, og efterfølgende har arbejdet på at virkeliggøre anbefalingerne. Der er således opnået resultater vedr. *Røgfrit sygehus, KOL-rehabilitering, hjerterehabilitering og fysisk aktivt sygehus.*

Det sidste er et igangværende projekt, og som et kuriosum kan nævnes, at vi efter idéoplæg fra en tidligere patient er i færd med at lave en kunst- og arkitekturrute på sygehuset og et 'trappegangs-jeopardy' med nye spørgsmål på hver etage – og løsninger på opgaverne på den næste.

Samarbejde – sundhedsaftaler

I Ringkjøbing Amt har man en lang tradition for et godt samarbejde med kommunerne. Dette er fx konkretiseret i *Ind- og udskrivningshåndbogen.*

Her foreligger aftaler vedr. informationsudveksling ved indlæggelse og udskrivning, medicin og medicinhåndtering, genoptræning og hjælpemidler og særlige forhold vedr. patienter i palliativ behandling. Disse aftaler fungerer i vid udstrækning efter hensigten, og de vil i sundhedsaftalernes første prøvende leveår blive tilpasset de nye krav og søgt fortsat som hidtil.

Samarbejdet på diabetesområdet har i særlig grad været systematiseret og er under stadig overvågning og udvikling. Aftalerne på dette område vil det også være naturligt at lade indgå i sundhedsaftalerne.

Som nyskabelse ser vi en mulighed i forløbsbaserede aftaler med udgangspunkt i risikofaktorerne fra KRAM: kost, rygning, alkohol og motion. Dette kunne dreje sig om at omdanne ventetid til forberedelsestid og at fordele opgaverne meget tydeligt vedr. fx KOL- og hjerterehabilitering.

Hvis den praktiserende læge allerede i forbindelse med henvisning screener patienten for risikofaktorer, kommunen har en buket af interventions-tilbud (rygestopkurser, modifikation af alkoholforbrug, kostvejledning og trænings-tilbud, evt. i samarbejde med idrætsorganisationerne), og sygehuset følger op ved det ambulante besøg og senere under indlæggelse, kunne meget vindes. 6-8 ugers rygestop inden knæalloplastik-operation reducerer komplikationsfrekvensen fra 52% til 18% med størst effekt på sårkomplikationer ("Effect of preoperative smoking on postoperative complications: A randomised clinical trial", i: *Lancet* 2002;359:114-17).

På *Sundhedscentret i Tarm* har man søgt midler til at starte livsstilsintervention koordineret med sygehusene, og samarbejdet søges systematiseret så vi yderligere kan underbygge den eksisterende evidens.

Vedrørende hjerterehabilitering vil indsatsen ultimo 2006 blive intensiveret, og det er

oplagt at konkretisere opgavefordelingen som en del af en sundhedsaftale.

Visioner

De første sundhedsaftaler vil helt sikkert bygge på det eksisterende samarbejde. Men det er mit håb, at vi i Region Midtjylland – med dialog, dygtighed og ikke mindst dristighed – i samarbejdet mellem praksis, sygehus og kommune vil give hinanden rum til at prøve nye veje og vil have overbærenhed, hvis et dristigt tænkt projekt viser sig at mangle bæredygtighed. Så bliver næste generation af sundhedsaftaler modige og visionære.

Vores væsentligste opgave på sygehusene bliver at fastholde den velfungerende patientrettede forebyggelse, der er i drift, indtil tiden er moden til at overdrage stafetten til kommunalt regi. Vi skal desuden påtage os forskningen og kvalitetsudviklingen med inddragelse af praksis og kommunale samarbejdspartnere. Det er vigtigt, at vi bruger ressourcerne på det, der virker,

men samtidig er åbne for at se nye perspektiver. Forebyggelse virker – og det betaler sig.

NOTER

(1) DRG: Dansk Casemix-system. Sundhedsstyrelsen varetager udviklingen af Dansk Casemix-system. Systemet anvendes i den danske sygehussektor til afregning af mellemregionale patienter på basisniveau, opgørelse af den kommunale medfinansiering, udmøntning af den statslige pulje, i forbindelse med takstfinansiering – og som redskab til at analysere omkostninger og aktivitet på landets sygehuse.

KILDE:

Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

(2) SKS: Sundhedsvæsenets Klassifikations-System. Et klassifikationssystem, som er tænkt til anvendelse af alle sundhedsfaglige personalegrupper. SKS bruges i dagens Danmark inden for sygehusvæsenet, men på længere sigt skal SKS udbygges til også at rumme primærsektoren og dermed dække hele sundhedsvæsenet.

KILDE:

Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Fra **SYGEHUS** til **REGIONSHOSPITAL**

Sygehusene i Ringkjøbing Amt er et organisatorisk fællesskab, der består af amtets fem sygehuse: Herning Sygehus, Holstebro Sygehus, Lemvig Sygehus, Ringkøbing Sygehus og Tarm Sygehus. Når amtet nedlægges og overgår til Region Midtjylland med virkning fra 1. januar 2007 skifter sygehusene i Midt- i Vestjylland navn til *regionshospitaler*.



Randers Centralsygehus / Grenaa

Der skal være en rød tråd ...

■ Chefsygeplejerske Karin Valbæk, Sygehusledelsen, Randers Centralsygehus

Vi har både i Randers og Grenå gennem flere år haft et ønske om at være blandt de bedste på landsplan til at samarbejde omkring patientforløb

Ved årsskiftet træder den nye sundhedslov i kraft, og de nye kommuner og nye regioner får et fælles ansvar for patienternes forebyggelse. Det betyder, at sygehuse, kommuner og praktiserende læger får som en af deres vigtigste opgaver, at indgå sundhedsaftaler på tværs af faggrupper og fagområder.

På Randers Centralsygehus og Grenaa Sygehus ser vi os som oplagte koordinators af den øgede indsats her i Region Midtjylland. Vi har både i Randers og Grenå gennem flere år haft et ønske om at være blandt de bedste på landsplan til at samarbejde omkring patientforløbene. Både når det gælder patientrettet forebyggelse og borgerrettet forebyggelse.

I en tid hvor hver tredje voksne dansker lever med en eller flere kroniske sygdomme, der kræver at de har regelmæssig kontakt til sundhedsvæsenet, er det vigtigt at tilbuddene er

gennemskuelige og samarbejdet mellem sundhedsvæsenets faggrupper optimeret, så vore fælles kompetencer udnyttes maksimalt.

I løbet af de seneste to år har godt 1.000 terapeuter og plejepersonale fra vort område deltaget i fælles undervisningsforløb under projekt "Fælles skolebænk", så patienterne sikres den bedst mulige indlæggelse og udskrivelse. Og en netop offentliggjort patienttilfredshedsundersøgelse, udført af Århus Amt i foråret 2006, viser, at de indlagte patienter er mere tilfredse med samspillet mellem sygehuset og de praktiserende læger, end de hidtil har været.

Sundheds- & Patientskolen

Randers Centralsygehus og Grenaa Sygehus er desuden meget aktive omkring rygestoptilbud, med et helt korps af veluddannede rygestopinstruktører. Og vi har etableret Sundheds- og Patientskolen på Grenaa Sygehus, med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse. Skolen tilbyder kost, motions- og rygestopkurser, og kurset "Lær at leve med en kronisk sygdom", hvor patienter med kroniske sygdomme selv underviser kur-

sisterne. Sundheds- og Patientskolen er et forsøgsprojekt, der evalueres i foråret 2007. Er resultaterne gode, er det en model, vi gerne vil bringe videre.

Rigtig og tilstrækkelig ernæring

Sygehusene arbejder også for, at de ældre får den rigtige og tilstrækkelige ernæring. Et område der bør få særlig opmærksomhed, både fra borgernes og det sundhedsfaglige personales side, uanset om personalet er ansat på sygehuset, i kommunerne eller i praksissektoren. Dette kan bl.a. forebygge indlæggelser eller nedsatte funktionsevner, så den ældre får mere livskvalitet i hverdagen. Vores erfaringer viser, at især diætister er vigtige fagpersoner i den sammenhæng.

Sundhedshus i Randers

For at alle sundhedsfaglige personer kan udføre deres arbejde på et højt fagligt niveau, prioriterer vi vidensdeling og kompetenceudvikling i det kommende samarbejde. Først når vi udnytter de eksisterende kompetencer mest hensigtsmæssigt – uanset om de er placeret på sygehuset, i kommunen eller hos den praktiserende læge – vil bor-

gerne opleve, at der er en rød tråd i deres forløb.

Et skridt på vejen er aftalen om et nyt *Sundhedshus* i Randers.

Region Midtjylland og den nye Randers Kommune har netop underskrevet en hensigtserklæring omkring etableringen af et hus, der skal rumme sundhedsfremmende og forebyggende funktioner baseret på ydelser fra både sygehuse, kommuner og private aktører.

For Randers Centralsygehus drejer samarbejdet sig i første ombæring om, at vores jordemodercenter og ammeklinik flytter til Sundhedshuset. På den måde vil det føles mere integreret for gravide og nybakte mødre at blive henvist til rygestopkurser eller andre kurser med livsstilsændringer for øje. På sigt er det planen, at Sundhedshuset også skal stå for forebyggende undersøgelser af brystkræft.

Når både jordemoderkonsultation, ammeklinik og mammografiscreening etableres eksternt i forhold til sygehuset understreges det, at der er tale om undersøgelser og konsultationer, der har en forebyggende og sundhedsfremmende effekt, og det gøres let-

tere for patienter og borgere at udnytte de tilbud der er.

En vigtig opgave bliver at få borgerne til at tænke sundhed som deres mål.

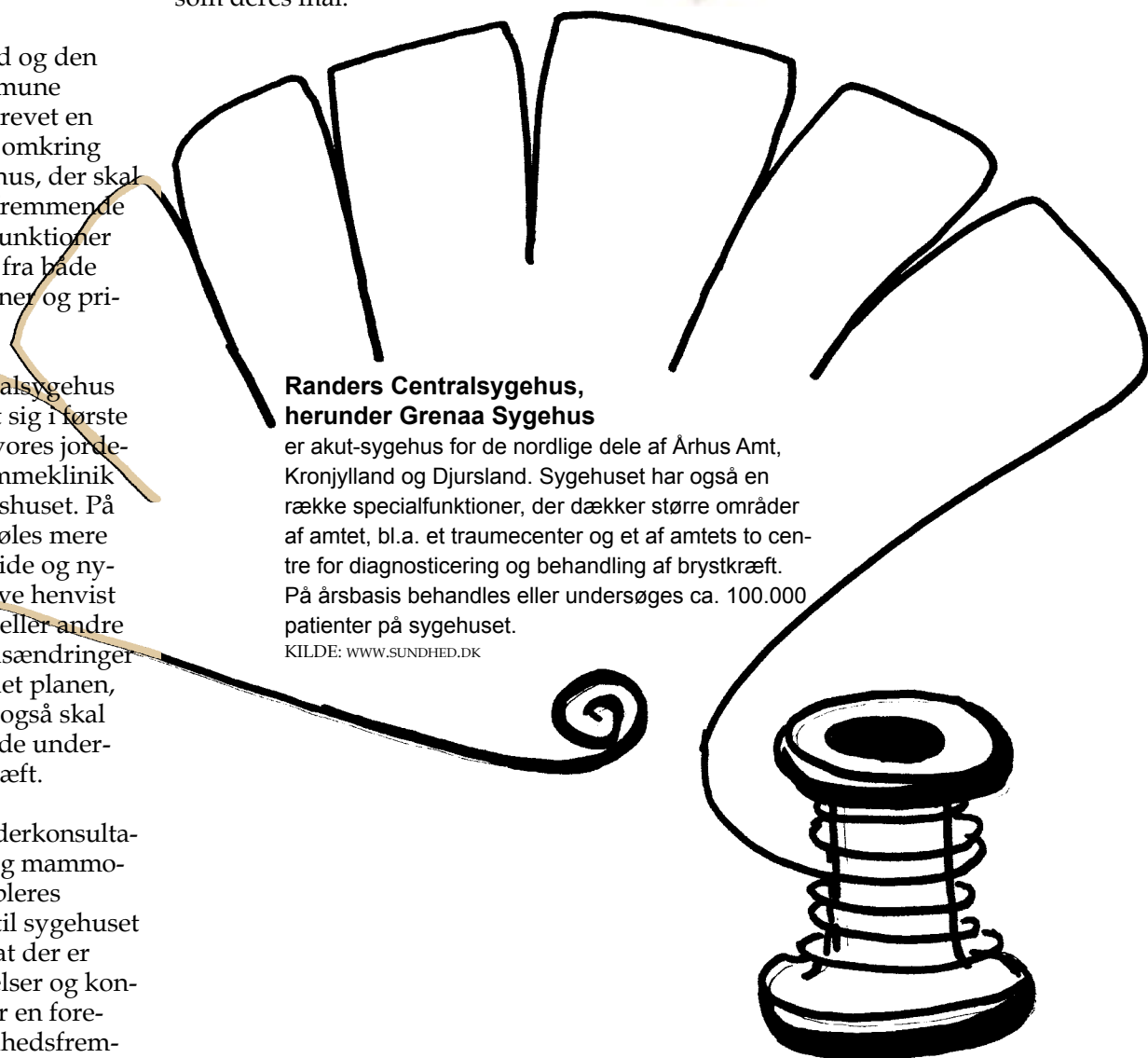
Sundheds- & Patientskolen på Grenaa Sygehus

– er et tilbud til patienter med kronisk sygdom. Målgruppen er voksne borgere bosat på Djursland, som desuden har én eller flere af diagnoserne: diabetes type 2, hjertesygdom, lungesygdom, overvægt med BMI 30-40. Sundhedsskolen tilbydes på tværs af patientgrupper og består af kurser om kost, motion, rygestop og "Lær at leve med kronisk sygdom". De praktiserende læger på Djursland kan henvise til Sundheds- & Patientskolen.

Randers Centralsygehus, herunder Grenaa Sygehus

er akut-sygehus for de nordlige dele af Århus Amt, Kronjylland og Djursland. Sygehuset har også en række specialfunktioner, der dækker større områder af amtet, bl.a. et traumecenter og et af amtets to centre for diagnosticering og behandling af brystkræft. På årsbasis behandles eller undersøges ca. 100.000 patienter på sygehuset.

KILDE: WWW.SUNDHED.DK





Den 3. samarbejdspartner...

■ Praksiskoordinator, praktiserende læge Jens Rubak, Århus Amt

Nu skal der gang i "sundhedsfremme-forebyggelse-rehabilitering", er budskabet i den nye kommunalreform. Jamen, er det nyt for praktiserende læger?

Trøste-lindre-behandle/helbrede er en stor del af den praktiserende læges dagligdag, men i stigende grad er der også fokus på opsporing af risiko for sygdomsudvikling samt tovholderfunktionen i den forebyggende indsats. *Behandling* kræver 'én' i førersædet. Lægen diagnosticerer og igangsætter relevant behandling, patienten tager imod. *Forebyggelse* kræver vel 'tre' i førersædet. Lægen, der via undersøgelse og samtale med patienten kan afdække risikofaktorer for sygdomsudvikling. Patienten, der får denne viden til egen anvendelse. Ofte sker der så ikke noget, her mangler den '3. person'. Er det kommunen? Hvem støtter, hjælper, følger og ansvarliggør patienten i tilrettelæggelsen af den sundhedsfremmende/forebyggende/rehabiliterende indsats?

Hvordan og hvem omsætter den faglige viden om, hvad der forårsager/fremskynder

en kommende sygdomsproces, hvordan undgås de skadelige faktorer?

Samspil og vidensdeling

Vi må forstærke snakken om struktur på, hvem tager sig af hvad. Dels internt i den enkelte praksis mellem læger og personale. Dels i samarbejdet mellem kommunen og praksis. Hertil kræves viden og kompetenceudvikling i disse sektorer. Sygehusene har denne viden, men p.t. er der for lidt gang i processen om samspil og vidensdeling mellem sygehus-praksis-kommune om udnyttelse af denne viden. En viden, der udover at være rettet mod behandling, også kan anvendes til forebyggelse.

Den nye forebyggelseskonsultation

Praktiserende læger skal sikres en viden om, hvad kommunen kan tilbyde i samarbejdet mellem læge-patient-kommune, når det kommer til forebyggelsesarbejdet. Praksissektorens rolle er at finde de patienter, der har en risiko for at udvikle sygdomme, hvor den rette forebyggelse kan medvirke til at undgå denne udvikling. Udviklingen i det daglige arbejde i almen praksis og den nye overens-

komst for praktiserende læger er væsentlige faktorer i sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet.

Den nye forebyggelseskonsultation giver almen praksis mulighed for at afsætte tid til en konsultation med et på forhånd bestemt indhold til forebyggelse af et specifikt sygdomsemne. Men, det er et skift i kulturen i såvel almen praksis, kommuner og på sygehusene at skulle tænke disse processer ind i et hensigtsmæssigt patientforløb. Et forslag til fordeling af roller og ressourcer er vel nok, at sygehusene efter behandling af fx blodprop i hjertet orienterer patienten om vigtigheden af, at rehabilitering og forebyggelse bør aftales med egen læge. Den praktiserende læges rolle er så enten selv at sørge for dette eller, i samarbejde med kommune, at få iværksat et struktureret rehabiliteringsforløb.

Genoptræningsplaner, sundhedsaftaler, forebyggelseskonsultationer, kronikeromsorg mm. Jo, der er mange ord på banen, men hvad er det nu lige den praktiserende læge gør i dagligdagen med den fx diabetespatient, hvor behandlingen væsentligst består i

livsstilsændring (vejledning om kost og motion samt "det at leve med sin sygdom")? Og, hvor der er ønske om en samarbejdspartner uden for praksis. Jo, tilbud er der rent faktisk, men sammenkædning?

Vi har brug for en fælles viden om *sundhedsfremme* (har kommunen system i, hvad man vil gøre for de indtil videre ikke syge borgere), forebyggelse (bl.a. den nye forebyggelseskonsultation i almen praksis, suppleret med tilbud fra kommunen), rehabilitering (aftaler fx i forbindelse med udskrivning).

Praksiskonsulenten – en vigtig figur

Praktiserende læger er centralt placeret i disse processer, men vi har brug for klare henvisningsmuligheder og viden om indhold i tilbud fx i kommunen. I udformningen af disse er *praksiskonsulenten* en vigtig figur. Det er en praktiserende læge ansat i kommunen efter indstilling af såvel kommune som praksisudvalg.

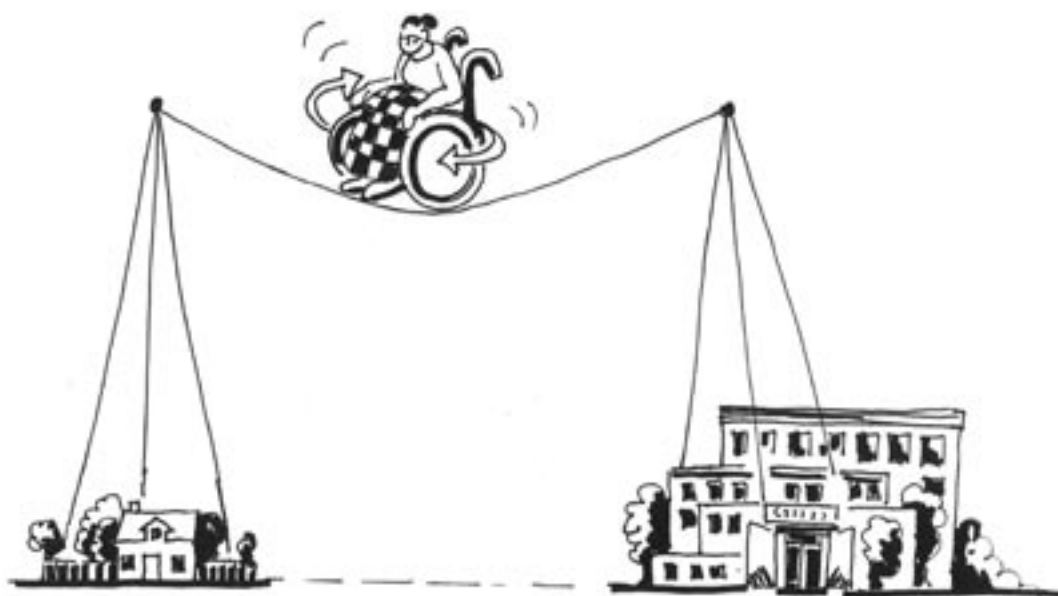
Praksiskonsulenten ved, hvor 'skoen trykker', hvilke ønsker praksis har til indhold i "det vi henviser til i kommunen", og kan formidle viden fra kommunen til praktiserende læger om dette, samt kommunens ønsker og idéer til udbygning af samarbejdet. For eksempel har vi i samar-

bejde med Århus Kommune udformet samarbejdsaftaler om indhold i et henvisningsbaseret sundhedscenter. Det drejer sig om henvisning af patienter med KOL, diabetes type 2 og hjerte-kredsløbslidelser. Henvisningskriterier og indhold i tilbuddet på sundhedscenter er aftalt, så den praktiserende læge kan tilbyde det til rette patienter. Nogle praksis vil tage en del af det forebyggende arbejde selv, andre vil i en vis udstrækning bruge tilbud fra kommunen.

Via bl.a. praksiskonsulentene, der også har netværk på sygehusene, er der grobund for udvikling af processen: fokus på opsporing, risiko-

profiler for, hvilke patienter der kan have glæde af sundhedsfremme og forebyggelse, videre til de rette tilbud (såvel i almen praksis som kommune), understøttet af vidensdeling fra sygehusene, aftaler mellem de forskellige faggrupper om opgavefordelingen. Der er brug for andre faggrupper end læger i arbejdet med sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering.

Herved medvirker praksiskonsulenten til sammenhæng mellem sektorerne og i patientforløbet, med en deraf forhåbentlig god placering af arbejdsopgaver og ressourceudnyttelse.



Pr. 1.1 2007 når amter bliver til region(er) skifter Afdelingen for Folkesundhed navn til:

Center for Folkesundhed
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N



Tlf: 8728 4700
www.folkesundhed-midt.dk

De første resultater fra Region Midtjyllands undersøgelse af befolkningens sundhed er nu offentliggjort i rapporten: *Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for region og kommuner.*

– "Sundhedsprofilen kortlægger den sundhedsmæssige udfordring kommunerne står overfor, når de fra 1. januar overtager flere opgaver på sundhedsområdet. Den vil være et uvurderligt og stærkt redskab, når kommuner praktiserende læger og hospitaler i regionen sammen skal tilrettelægge en systematisk og målrettet sundhedsindsats i de kommende år".

Bent Hansen, regionrådsformand, Region Midtjylland

Ny viden om sygdom og sundhedsvaner

Sundhedsprofilen beskriver helbred, sygdom og sundhedsvaner i den voksne befolkning. Desuden beskrives demografiske og sociale forhold i region og kommuner. Sundhedsprofilen fortæller for eksempel, hvilke kroniske sygdomme, der er særligt udbredte i hver enkelt kommune, ligesom man kan se præcist, hvor mange borgere der fx har diabetis, lider af migræne eller har forhøjet blodtryk.

Sundhedsprofilen sætter også tal på, hvor mange midtjyder der gerne vil have hjælp til at kvitte cigaretterne, hvor mange der er svært overvægtige – og om det er langt- eller kortuddannede mænd eller kvinder, som er mest motiverede for at smide en masse overflødige kilo.

Sundhedsprofilen præsenterer

desuden udbredelsen af de enkelte kroniske sygdomme i regionen som helhed og i de enkelte kommuner. Samt hvor meget brug for hjælp kronisk syge har i deres hverdag, og hvordan deres sundhedsvaner er.

Bestilling:

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til Center for Folkesundhed (tlf. 8728 4703, e-mail: dortesoe@stab.rm.dk), eller downloades fra hjemmesiden: www.folkesundhed-midt.dk

Hvordan har du det?



Sundhedsprofil for region og kommuner

midt
regionmidtjylland
Center for Folkesundhed