



07:17

Henrik Vinther

RUNDT OM FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE

MULIGHEDER OG BARRIERER FOR UDVIKLING AF
FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE I DANMARK



07:17

RUNDT OM FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE

MULIGHEDER OG BARRIERER FOR UDVIKLING AF
FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE I DANMARK

Henrik Vinther

KØBENHAVN 2007

SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

RUNDT OM FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE:
MULIGHEDER OG BARRIERER FOR UDVIKLING AF
FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE I DANMARK

Afdelingsleder: Ole Gregersen
Afdelingen for Socialpolitik og velfærdsydelser

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7487-860-5

Layout: Hedda Bank

© 2007 SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærds publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver Det Nationale Forskningscenter for Velfærds publikationer, bedes sendt til centret

INDHOLD

	FORORD	5
	RESUMÉ	7
	Udenlandske erfaringer	8
	Organisatorisk indretning og tværfaglighed	9
	Involvering af brugerne	9
	Sundhedsøkonomiske overvejelser	10
1	INDLEDNING	13
	Problemstilling	15
	Undersøgelsesmetode	16
2	CENTRENE OG DEBATTEN I DANMARK: ET TILBAGEBLIK	19
3	UDENLANDSKE ERFARINGER MED CENTRE OG MED INTEGRATION AF TILBUD	23
4	TYPER AF FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE I DANMARK	29

5	ORGANISATORISK INDRETNING OG TVÆRFAGLIGHED	35
	Forebyggelses- og sundhedscentrenes organisation og tværfagligt samarbejde	35
	Undersøgelse af besøgte forebyggelses- og sundhedscentre	38
6	CENTRENES INVOLVERING AF BRUGERNE	45
	Behandlingsmetoder og sundhedsfremme	45
	Image	51
7	SUNDHEDSØKONOMISKE OVERVEJELSER OG FINANSIERING	55
	Kommunalreformen og aktivitetsbaseret kommunal medfinansiering	58
8	MULIGHEDERNE OG BEHOVET FOR EFFEKTEVALUERINGER	61
9	KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING	65
	LITTERATUR	69
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2006	73

FORORD

Forebyggelses- og sundhedscentre har været genstand for politisk debat gennem de sidste 4-5 år som et nyt initiativ i den danske sundhedssektor. Især i forbindelse med kommunalreformen er der kommet et øget fokus på kommunernes nye forpligtigelser på sundhedsområdet, hvor forebyggelses- og sundhedscentre eller lignende tilbud er blevet nævnt som en hensigtsmæssig ramme for kommunernes sundhedstiltag. Der har ikke været lavet større udredninger af forebyggelses- og sundhedscenterlignende tiltag i Danmark siden begyndelsen af 1990'erne. Denne rapport, der er udarbejdet for Socialministeriet af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, er en forundersøgelse, der belyser forskellige aspekter af de allerede etablerede forebyggelses- og sundhedscentre i Danmark. Rapporten lægger op til en mere dybtgående analyse af de aspekter, den beskriver. Rapporten er blevet til via interview med ansatte, brugere og administrative beslutningstagere i og omkring forebyggelses- og sundhedscentre.

Rapporten er udarbejdet af forskningsassistent, cand.scient.pol. Henrik Vinther. Afdelingsleder, cand.scient.soc, ph.d. Ole Gregersen og seniorforsker cand.scient.adm, ph.d. Tine Rostgaard har deltaget i en baggrundsgruppe og kommenteret udvalgte dele af rapporten. Professor, ph.d. Thomas Pallesen fra institut for statskundskab, Aarhus Universitet, har fungeret som ekstern referee og takkes for mange nyttige kommenta-

rer. Endvidere har forskningsassistent, cand.scient.soc. Vibeke Tornhøj Christensen medvirket ved udarbejdelsen af rapporten.

Projektet er udført i Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser.

København, august 2007

Jørgen Søndergaard

RESUMÉ

Denne rapport omhandler centre, der udbyder forskellige forebyggelses- og sundhedstiltag til en kommunes eller regions borgere. De forskellige centre har mange navne, men et fællesindhold i de tiltag, centrene udbyder, kan samles under fællesbetegnelsen 'forebyggelse og sundhed'. Centrene vil derfor gå under navnet 'forebyggelses- og sundhedscentre' i denne rapport eller blot under betegnelsen 'centre', selvom deres officielle navn er et andet.

Den stadigt stigende vækst i etableringer af disse centre de senere år har givet anledning til mange diskussioner i offentligheden og blandt forskellige professioner om centrenes eksistensberettigelse og om, hvordan centrene skal drives. Diskussionerne har givet anledning til, at mange forskellige aspekter af centrenes virke er blevet berørt i den offentlige debat.

I denne rapport er følgende aspekter af centrenes virke blevet sat under lup:

1. udenlandske erfaringer med forebyggelses- og sundhedscenterlignende tiltag
2. organisatorisk indretning af og tværfaglighed i centrene
3. involvering af brugerne
4. sundhedsøkonomiske overvejelser.

UDENLANDSKE ERFARINGER

De udenlandske erfaringer med forebyggelses- og sundhedscentre i andre lande kan ikke umiddelbart overføres til danske forhold, da centrenes oprettelse og drift afhænger af den omgivende sundhedssektors opbygning. I de undersøgte lande er den forskellig fra Danmarks. I fx Finland og Sverige er centerlignende tiltag en integreret del af landenes sundhedssystemer, hvilket ikke er tilfældet i Danmark.

I Finland findes der ca. 270 *Hälsö- og vårdcentraler*. Centrene er kommunalt organiserede i lighed med det øvrige sundhedsvæsen. Centrene er mindre specialiserede end de traditionelle hospitaler. Læger er dog en integreret del af centrene, og de fleste centre har sengepladser i modsætning til centre i Danmark. Centrene har kommunalt ansatte læger, praktiserende læger samt private speciallæger tilknyttet. Det er svært at overføre erfaringerne fra Finland til danske forhold. De finske centre er langt mere specialiserede og har flere hospitalslignende funktioner end de nuværende danske. Samtidig er organiseringen af sundhedsvæsenet delt op mellem kommuner som primære ansvarlige for sundhedsvæsenet og som repræsentanter for sygehusdistrikter, der står for den regionale sundhedsplanlægning. Dette giver problemer med at placere ansvaret for fx ventelister og gør det svært for kommunerne at matche sygehusdistrikternes ekspertise.

Som i Finland er den primære sundhedstjeneste i Sverige domineret af *Vårdcentraler*, hvor offentligt ansatte læger også har sæde. I Sverige er der blevet konstateret problemer omkring den geografiske mobilitet af patienter. Et lignende problem er også blevet nævnt i forbindelse med oprettelsen af danske centre i yderområderne.

De angelsaksiske lande har også erfaringer med centerlignende tilbud. Disse tilbud er dog organiseret anderledes end de skandinaviske centre. Der er tale om uvisiterede centre, således at det i fx Storbritannien er muligt at gå direkte fra gaden ind i et 'walk-in center'. Dette har betydning for den sociale profil hos brugerne af centrene. Den bliver skæv, da brugerne oftest er yngre, rigere og mere veluddannede end den øvrige befolkning. 'Walk-in centre' bliver hovedsageligt brugt som et supplement til og ikke som en erstatning for ydelser i det øvrige sundhedsvæsen.

ORGANISATORISK INDRETNING OG TVÆRFAGLIGHED

Tværfaglighed og samarbejde mellem sundhedsprofessioner og mellem sundhedsansatte og ansatte inden for socialsektoren er ofte blevet nævnt som et formål med oprettelsen af centre. Via interview i forbindelse med de centerbesøg, der er blevet foretaget i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten, er der identificeret forhindringer for, at tværfagligt samarbejde kan etableres. Forhindringerne udgøres af sektoropdelinger i centrene mellem kommunale og regionale tilbud og mellem offentligt og privatansatte samt af kontakten til de praktiserende læger. Ifølge de ansatte og personer, der er involveret i beslutningsprocesserne omkring centrene, er det fremmende for samarbejdet, hvis centrene er forholdsvis små, og hvis det udelukkende er kommunen eller regionen, der står for driften af centret.

Årsagen til nogle af samarbejdsproblemerne i de større centre er, at det er forholdsvis tilfældigt, hvilke sundhedsydelser der er etableret i centrene. Mange centre er således etableret, fordi kommunen og/eller regionen havde sundhedsprofessioner til rådighed, fx i forbindelse med sygehuslukninger. Det har foranlediget en manglende organisatorisk ramme for disse sundhedsansatte, som etableringerne af centrene så har udfyldt. Det er derfor sjældent, at der i centrene er en overordnet styring og prioritering af de forskellige sundhedsydelser, som centrene tilbyder.

INVOLVERING AF BRUGERNE

Via interview med brugerne af centrene er forskellige opfattelser af centrenes ydelser blevet klarlagt. Brugernes oplevelser har lighedspunkter med oplevelsen af traditionel somatisk behandling, men samtidig sætter brugerne pris på det øgede fokus på forebyggelse i sundhedscentre. Brugerne føler dog ikke, at centrenes ydelser lægger op til, at brugerne selv skal være med til at bestemme indholdet og udførelsen af det daglige arbejde i centrene. Centrenes ydelser bliver omfattet som et tilbud på samme måde som tilbud i det traditionelle sundhedsvæsen.

Mange centre har tilbud til både yngre og ældre samt til personer, der befinder sig i forskellige sociale situationer. Interviewene har imidlertid klarlagt, at spændvidden i tilbudene til aldersgrupper og folk i

alle sociale lag kan medføre nogle problemer omkring brugernes image. Yngre eller midaldrene kan let komme til at føle sig stigmatiseret, hvis centrene tilbud hovedsageligt tiltrækker personer, der har nået pensionsalderen. Tilsvarende vil mange velfungerende brugere føle sig stigmatiseret, hvis centrene tilbud også udstrækkes til folk med forskellige sociale problemer, som fx alkoholisme. Af den grund kan det anbefales, at centrene tilbud målrettes til en bestemt aldersgruppe eller en bestemt social gruppe.

SUNDHEDSØKONOMISKE OVERVEJELSER

Der kan skelnes mellem tre omkostningsformer i forbindelse med de sundhedsøkonomiske konsekvenser af sundhedscentre: direkte, indirekte og uhåndgribelige omkostninger.

I de besøgte centre er det hovedsageligt de uhåndgribelige omkostninger, der har været i fokus ved beslutningerne om at oprette centrene. Uhåndgribelige omkostninger er fx smerte, angstelse og ubehag ved sygdom.

I kommuner og regioner har man endnu ikke opbygget kapacitet til at beregne de direkte omkostninger ved etableringer af centre. Direkte omkostninger er ressourceforbruget inden for sundhedssektoren eller socialsektoren, der skal bære omkostningerne ved etableringerne eller driften af centre. Dette ressourceforbrug skal så ses i sammenhæng med den effekt på borgernes sundhed, som et center kan have, og de besparelser denne effekt kan føre med sig.

Den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering, der er indført med kommunalreformen, har som forudsætning, at de direkte omkostninger ved kommunernes sundhedsindsats kan dokumenteres, for at kommunerne kan tilrettelægge deres sundhedsindsats bedst muligt. Denne effekt er meget svær eller umulig at beregne med den store variation, der er i opbygningen af de nuværende centre i Danmark. Blandt andet er det et problem at udvælge en indsatsgruppe og en kontrolgruppe af centre til at beregne effekten af centrene tilbud.

Mulighederne for effektmåling af centrene bliver behandlet i det sidste kapitel.

Enkelte kommuner har også haft fokus på de indirekte omkostninger ved etableringen af centrene, som fx besparelser via færre sygeda-

ge for en kommunes eller regions borgere. Men som det er tilfældet ved de direkte omkostninger, er der ikke foretaget beregninger af de indirekte omkostninger over for den effekt, som centrene kan bibringe.

INDLEDNING

Intensiteten i debatten om forebyggelses- og sundhedscentre har været kraftigt stigende de sidste to til tre år. Emnerne i debatten har været mangfoldige, og det har præget diskussionen om indholdet af centrene. Der er således stadigvæk en betydelig usikkerhed omkring, hvad forebyggelses- og sundhedscentre skal indeholde, og hvad deres placering i det danske sundhedssystem skal være. En entydig definition af et forebyggelses- og sundhedscenter har således også været svær at foretage. Der er kommet forskellige bud på definitioner af centrene, som fx: ”Et frem-skudt dige i forhold til sygehusene og primær- og praksissektoren, der er en organisatorisk nyskabelse og som en organisation, der er koordinerende i forhold til den sociale indsats, der direkte understøtter den sundhedsfremmende indsats” (Sundhedskartellet, 2003:11). En anden definition er: ”Organisering af sociale og/eller sundhedsmæssige funktioner og aktiviteter, som er fysisk integrerede, dvs. indgår i et bygningsmæssigt fællesskab” (Thune Jacobsen, 1991c:22). En tredje mulig definition er: ”Et decentralt bygningsmæssigt fællesskab, der skaber rammerne for et relevant samarbejds-mæssigt fællesskab om fælles patienter/klienter” (Møller Pedersen, 2004:299). Definitionerne omhandler således de involverede faggrupper, forebyggelses- og sundhedscentrenes placering i forhold til andre sundheds- og socialtilbud og mulighederne for indbyrdes samarbejde. Fælles for alle disse definitioner er, at de antager, at et forebyggelses- og sundhedscenter som minimum er et bygningsmæssigt fæl-

lesskab. Imidlertid er forebyggelses- og sundhedscentre også blevet nævnt som betegnelse for et *virtuelt* center, der består af en fysisk decentral opbygning, hvor en sundhedskoordinator koordinerer aktiviteter i adskilte lokaliteter. IT-baserede forebyggelsestiltag spiller en central rolle heri (Rødekro Kommune, 2004). Det bliver her uklart, om der i et sådant tilfælde kan tales om et *center*. Nærværende rapport vil udelukkende beskæftige sig med forebyggelses- og sundhedscentre som minimum et bygningsmæssigt fællesskab, da erfaringer med virtuelle forebyggelses- og sundhedscentre endnu er begrænsede.

Nærværende undersøgelse omfatter også centre, der har et andet officielt navn end 'forebyggelses- og sundhedscenter'. Centerkonstruktionernes navngivning afspejler de lokale forhold, der har været afgørende ved beslutningen om at oprette en forebyggelses- og sundhedscenterliggende konstruktion. Som det vil blive beskrevet i næste kapitel, er der en stor variation i indholdet i de centre, der hedder 'forebyggelses- og sundhedscentre'. Andre centre med andre navne har ligeledes indbyrdes en stor variation i indhold. Andre brugte navne er 'ambulantcenter', 'træningscenter' eller 'genoptræningscenter', 'kronikercenter', 'sund by butikker' m.fl. For nemheds skyld bliver alle centrene samlet under fællesbetegnelsen 'forebyggelses- og sundhedscenter' eller blot 'center' i denne undersøgelse.

Den intense debat og de mange emner, der har været bragt i spil om centrene, har medført, at det er svært at afgrænse problemfeltet omkring, hvad centrene skal foretage sig, og hvad centrene skal indeholde. Debatten om centre er således også kommet til at handle om en lang række generelle problematikker inden for det danske sundhedsvæsen, herunder især de forskydninger af ansvar af dele af sundhedsområdet fra amter/regioner til de nye storkommuner, der er blevet en konsekvens af kommunalreformen. Et andet vigtigt aspekt i debatten omkring centrene er, hvilken rolle praktiserende læger skal have i den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, og om praktiserende læger skal have sæde i centrene. Et tredje og vigtigt emne i debatten om centrene er en forskydning af sundhedsindsatsen fra behandling over mod en højere grad af forebyggelse og generel sundhedsfremme. Spørgsmålet her bliver, hvilken effekt centrene kan få i bestræbelserne på at fremme folkesundheden.

De mange emner i debatten bliver afspejlet i de mange målgrupper, som centrene potentielt kan henvende sig til. De målgrupper, der

har været nævnt i debatten, er ældre, især på baggrund af de demografiske ændringer i de kommende år, og kronikere, det vil sige den stadigt voksende gruppe af mennesker, der lever med kroniske sygdomme. Herunder indgår den store gruppe af midaldrende, der nærmer sig pensionsalderen. Også børne- og ungegruppen er blevet nævnt i forbindelse med centrene målgrupper, især i forbindelse med en satsning på langsigtet forebyggelse. Og ud over en øget satsning på forebyggelse er genoptræningsområdet blevet nævnt som en behandlingsindsats, der kan foregå i centre. Genoptræning er en kerneaktivitet i mange af de eksisterende centre. Genoptræningsområdet kan også ses i sammenhæng med kommunalreformen, hvor kommunerne får ansvaret for den genoptræning, der kommer til at foregå efter hospitalsophold. Ud over de forskellige typer af forebyggelse og behandling, der foregår i centre eller er planlagt til at foregå i centre, er centrene blevet nævnt som et samlingssted for en større integration af primærkommunale social- og sundhedsydelser med henblik på at opnå synergieffekter mellem de to områder, der kan ses som overlappende i forsøget på at opnå en højere grad af forebyggelse. En større integration af de to områder forbedrer mulighederne for at sikre en længerevarende funktionsdygtighed for især den voksende ældregruppe.

PROBLEMSTILLING

På baggrund af de mange problemstillinger, der er blevet rejst i forbindelse med oprettelsen af centre, vil denne undersøgelse forsøge at udrede nogle af de centrale afvejninger, der foretages eller kan og bør foretages omkring oprettelsen og driften af centre. Udredning af afvejninger forstås i undersøgelsen som en undersøgelse af, hvilke af de mange formål med centre, der er fremkommet i debatten, der eventuelt kan stride imod hinanden, og som derfor kræver et valg eller en prioritering af ressourcer fra de relevante besluttende myndigheders side. Med andre ord vil undersøgelsen identificere mulige 'trade-offs' mellem forskellige indretninger af centre, hvor nogle indretninger vil umuliggøre eller besværliggøre andre centerindretninger. De overordnede afvejninger, der behandles i denne udredning, er centrene placering i det etablerede sundhedsvæsen. Udenlandske erfaringer vil blive brugt til at belyse de afvejninger, der kan være aktuelle med hensyn til danske centres opbygning og funktion. Det

vil blive udredet, hvilke afvejninger centrenes organisatoriske indretning giver anledning til omkring det interne samarbejde og med hensyn til indvirkningen på brugerne. Hvilke afvejninger af økonomiske ressourcer, og hvilke økonomisk betingede begrundelser, der kan være for at oprette centre, vil også blive udredet. Endelig vil der blive opstillet nogle overvejelser af, hvordan effektevalueringer kan anvendes på centrenes ydelser.

På baggrund af ovenstående bliver kapitelinddelingen følgende: I kapitel 2 vil centrenes historie i Danmark og baggrunden for den nuværende debat om centre kort blive opsummeret. I kapitel 3 præsenteres udenlandske erfaringer med centerlignende tiltag og deres relevans for danske forhold. I kapitel 4 præsenteres en typologi over de nuværende centre i Danmark, og hvilken rolle de spiller i det danske sundhedsvæsen, herunder nærheden til og relationerne med primærkommunale social- og sundhedstilbud, de praktiserende læger og sygehusene. I kapitel 5 udredes problemstillinger omkring den organisatoriske indretning og mulighederne for tværfagligt samarbejde. Kapitel 6 omhandler mulighederne for brugerinddragelse i forbindelse med centrenes aktiviteter. I kapitel 7 præsenteres økonomiske og finansieringsmæssige aspekter omkring centrenes etablering og drift. Kapitel 8 indeholder overvejelser omkring mulighederne for effektevalueringer af centre. Kapitel 9 indeholder en konklusion.

UNDERSØGELSESMETODE

Der er ved udarbejdelsen af rapporten anvendt kvalitativ dataindsamling via interview. Der er blevet foretaget interview med eksperter, beslutningstagere, ansatte og med brugere af centre.

Ekspertene har omfattet læger med viden om centrenes potentiale i forhold til aflastning af det etablerede sundhedsvæsen og personer, der gennem private eller offentlige institutioner eller gennem interesseorganisationer har konsulentroller, der har medført en intensiv viden om de overordnede administrative og politiske forhold omkring centre eller de driftsmæssige udfordringer og problemer, der er forbundet med centre.

Beslutningstagere har omfattet kommunale og amtslige embedsmænd, herunder afdelingschefer, fagcenterchefer, centerledere, vicedirektører, socialchefer, vicekontorchef, sundhedskoordinatorer og

ældrechefer, der alle er involveret i beslutningsprocessen omkring centrene eller fungerer som den daglige leder af det pågældende center.

Ansatte har omfattet sundhedsfaggrupper, der har en direkte kontakt med brugerne af centrene. De har for en stor dels vedkommende været fysio- og ergoterapeuter, men også andre terapeutgrupper samt sundheds- og sygeplejersker.

Brugerne af centrene har omfattet aktuelle brugere af centrenes tilbud. Brugerne har således på interviewtidspunktet haft centrenes tilbud i frisk erindring. Med undtagelse af en enkelt bruger havde alle brugere nået pensionsalderen.

Indledende kontakt

Interviewpersonerne er blevet kontaktet via e-mail eller via brev. Kontakten via brev er sket i forbindelse med en anden undersøgelse af genoptræning i kommunalt regi, der blev foretaget i sommeren og efteråret 2005 (Christensen & Vinther, 2005). Der har således været et overlap mellem de to undersøgelser. Genoptræningsområdet og spørgsmålet om centres placering i Danmark hænger imidlertid tæt sammen, da genoptræning ofte er en central opgave i mange centre. Der er blevet foretaget tre interview med eksperter, tre interview kun med beslutningstagere, tre interview, hvor der deltog både beslutningstagere og ansatte, tre interview kun med ansatte og tre interview med brugere. I alt 15 interview.

Interviewene er blevet foretaget i perioden 20. januar 2005 til 8. november 2005.

Deltagende forebyggelses- og sundhedscentre

Det er blevet tilstræbt at lave interview med repræsentanter for forskellige typer centre opdelt efter, hvilke sundhedsydelser centrene har tilbudt. Den nærmere redegørelse for de forskellige typer af centre er foretaget i kapitel 4. Derudover har de besøgte centre udvist en stor variation i antallet af ansatte og den vifte af sundhedsydelser, der tilbydes. Geografisk har der været tale om tre jyske centre, et fynsk og to i hovedstadsområdet. Tre af centrene er drevet kommunalt, og tre af centrene er drevet i samarbejde mellem kommune og amt/region.

Interview

Interviewene har været 'semi-strukturerede' besøgsinterview samt et enkelt telefoninterview. Interviewene var baseret på en interviewguide,

der er blevet lavet på grundlag af litteraturstudier. På grund af de mange temaer, der har været bragt i spil i forbindelse med centrene, har der været en betydelig variation i indholdet af interviewene med beslutningstagere og med ansatte. Tre af interviewene med beslutningstagere og med ansatte har været fokusgruppeinterview, jf. nedenfor, i sammenhæng med undersøgelsen om genoptræning i kommunalt regi. De interview med beslutningstagere eller ansatte, der ikke har været fokusgruppeinterview, har været interview med en eller to personer. Disse interview varede hver mellem tre kvarter og halvanden time.

Fokusgruppeinterview

Tre af interviewene med beslutningstagere og ansatte og de tre interview med brugere har været i form af fokusgruppeinterview. Fokusgruppeinterview åbner op for flere indbyrdes samtaler om og diskussioner af de berørte emner. Fokusgruppeinterviewene med brugerne havde fem eller seks deltagere. Fokusgruppeinterviewene med brugerne varede mellem tre kvarter og en time.

CENTRENE OG DEBATTEN I DANMARK: ET TILBAGEBLIK

For bedre at kunne forstå baggrunden og motiverne for at oprette centre samt centrenes relationer til det øvrige sundhedsvæsen og primærkommunale social- og sundhedstilbud er det nødvendigt at se på centeridéens udvikling i Danmark gennem de sidste 30 år samt at belyse baggrunden for den nuværende debat om centre. Debatten har haft betydning for indholdet i de centre, der er blevet etableret inden for de sidste par år, og vil formentlig også have en vis betydning for de centre, der etableres de kommende år.

Selvom debatten om centre har taget kraftigt til de sidste 2-3 år, kan centernavnet dateres tilbage til starten af 1970'erne. Her blev center-tankegangen debatteret i forbindelse med sygekassernes overgang til sygesikring (Møller Pedersen, 2004:299). Debatten dukkede op igen i starten af 1980'erne i forbindelse med, at større lægehuse forsøgte sig med bredere opgaver (ibid.). Samtidig med denne debat begyndte etableringen af de første centre i 1980'erne, ofte i forbindelse med lukning af mindre sygehuse eller udvidelse af eksisterende plejecentre. Dansk Sygehus Institut udgav i 1991 en debatbog om de daværende erfaringer med centre op gennem 1980'erne (Thune Jacobsen, 1991a). Bogen anskueliggør de mange variationer, som centrene antager, og diskuterer mulighe-

der og begrænsninger for centre som basis for tværfagligt samarbejde inden for social- og sundhedssektoren.¹

Etableringerne af centre accelererede i løbet af 1990'erne. Kommunernes Landsforening (KL) foretog i oktober 2004 en spørgeskemaundersøgelse i 216 kommuner. Heraf fremgår det, at i alt 37 kommuner havde etableret et center eller forventede at gøre det i 2005 (KL, 2005). Debatten om centre blussede kraftigt op igen i 2003 i forbindelse med en betænkning fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets rådgivende udvalg om sundhedsvæsenets organisering. Heri slog ministeriet til lyd for den finske model, der inkluderer sengepladser (Vinge et al., 2004:12; Strukturkommissionen, 2004). Det blev startskuddet for en til tider op-hedet debat om centrenes indhold og placering i det danske sundhedsvæsen. Debattørerne var KL (Kommunernes Landsforening), Amtsrådsfor-eningen, DADL (Den almindelige danske lægeforening), P.L.O. (Prakti-serende lægers organisation) samt Sundhedskartellet, der organiserer forskellige sundhedsprofessioner eksklusive læger. Skillelinjerne i debat-ten gik på, og går i et vist omfang stadig på, hvorvidt centrene skulle indeholde sengepladser, hvorvidt centre skulle være ledet af sygeplejer-sker og andre professionsbacheloror eller af læger, hvilken rolle læger og især praktiserende læger skulle spille i forhold til centrene og herunder almen praksis' placering i enten amtsligt eller kommunalt regi, samt cent-renes egen placering i kommunalt eller amtsligt regi (Møller Pedersen, 2004; Vinge et al., 2004). De foreløbige resultater af debatten er blevet, at sengepladser ikke indgår som en del af et centers normale funktioner, samt at læger heller ikke bliver en normal del af centre.²

De mange forskellige positioner og aktører har medført, at de-batten om centre er blevet både abstrakt og uhåndterbar. Debatten har under tiden haft karakter af interessevaretagelse, hvilket har medført, at det har været svært rationelt at udrede centrenes potentiale i det etable-rede sundhedsvæsen (jf. Møller Pedersen, 2004:294; Mandag Morgen, 2004). En rationel tilgang til en analyse af centre besværliggøres også af, at mange centre er etableret ud fra forholdsvis snævre lokalpolitiske hen-syn såsom bevarelse af arbejdspladser og bevarelse af sundhedstilbud til

1. Det er slående, hvor mange lighedspunkter der er mellem den nuværende debat om sundheds-centre og den debat, der blev ført i begyndelsen af 1990'erne. Der ser således ikke ud til at være sket en stor videns- og erfaringsopsamling i den mellemliggende periode.

2. Der findes dog nogle få undtagelser hertil.

kommunernes og amternes borgere, ofte i forbindelse med lukninger af mindre sygehuse. De etablerede centres indhold og ydelser udviser således en stor variation alt efter de lokale forhold, hvorunder centret er blevet etableret. En ekspert forventer, at den institutionelle variation af centre også i fremtiden vil forme sig efter de lokale forhold i de forskellige kommuner.³ Man må derfor formode, at den institutionelle variation ikke vil blive mindre i de kommende år, medmindre der sker afgørende politiske ændringer.

3. Interview med ekspert fra interesseorganisation d. 9/5-2005.

UDENLANDSKE ERFARINGER MED CENTRE OG MED INTEGRATION AF TILBUD

Den forholdsvis sparsomme erfaringsopsamling vedrørende centre i Danmark gør det nødvendigt at se på de udenlandske erfaringer. Andre lande har haft erfaringer med centerlignende tiltag i en række år. Overordnet set er der dog den vanskelighed ved sammenligninger af centerlignende konstruktioner mellem lande, at centrene udfører en funktion, der er afhængig af sundhedsvæsenets øvrige opbygning. Hvis der er forskelle mellem sundhedsvæsenet i Danmark og sundhedsvæsenet i andre lande, kan det derfor være vanskeligt at overføre erfaringerne fra disse centre til danske forhold.

I den internationale litteratur er grundige og kvalitetsprægede evalueringer af centerlignende tilbud en mangelvare (Salisbury & Munro, 2002). Centerlignende tilbud har eksisteret i mange år i mange angelsaksiske lande, ofte under betegnelsen 'walk-in center' eller 'walk-in clinic'. Derudover er både Sveriges og Finlands sundhedsvæsen opbygget med en intensiv brug af centerlignende konstruktioner. I det følgende vil de svenske og finske opbygninger af og erfaringer med hhv. finske *Hälsö-vårdcentraler* og svenske *Vårdcentraler* blive beskrevet.

Det finske sundhedsvæsen er kendetegnet ved, at det samlede ressourceforbrug er lille sammenlignet med flere sammenlignelige lande. Sundhedsudgifterne som procent af BNP faldt markant efter den økonomiske krise i begyndelsen af 1990'erne. Finland har lange ventelister,

men alligevel er tilfredsheden med sundhedssystemet relativ høj (Kjellberg & Herbild, 2002a:8). I modsætning til det danske sundhedsvæsen er det finske kommunalt baseret. Kommunerne er medlemmer af 20 sygehusdistrikter, der driver sygehusene. Finansieringen af sygehusvæsenet er delt op mellem kommunerne, staten, offentlig sygeforsikring og en stor andel af brugerbetaling, ca. 20 pct. i 2000 (Engberg et al., 2003:5).

Finland har været fremhævet i den danske debat om centre, da Finland har en sundhedssektor med en udbygget rolle for centre (jf. bl.a. Strukturkommissionen, 2004). Der er ca. 270 kommunalt baserede centre i Finland. Centrene er bemandede med kommunalt ansatte læger, sygeplejersker, tandlæger, socialarbejdere, fysioterapeuter, psykologer m.fl. Centrene ydelser indebærer også et overlap mellem sundheds- og socialsektoren, idet centrene tilbyder hjemmepleje, plejehjemsfunktioner, børnesundhedspleje og ydelser til skolebørn. Derudover råder centrene typisk over 30-60 senge, der ofte er belagt med ældre og kronisk syge mennesker (Engberg et al., 2003:4). Der foretages også mindre kirurgiske indgreb på nogle af centrene. Siden starten af 1990'erne har centrene i mere end halvdelen af kommunerne været tilknyttet et 'familielægesystem', hvor den personlige læge har base i et center (Danneskiold-Samsøe et al., 2003:18ff). Der findes almindelige specialiserede hospitaler i Finland, men i nogle tyndt befolkede områder fungerer centrene som en slags hospitaler (Engberg et al., 2003:7). Centrene er også ramme for den del af sundhedsvæsenet, der er finansieret af arbejdsgivere og den nationale sundhedsforsikring (OECD, 2005:27; Keskimäki, 2006). Også private speciallæger kan have praksis i et center, hvor patienter kan indlægges og behandles (Engberg et al., 2003:5).

Det finske sundhedsvæsen har udvist koordinationsvanskeligheder mellem det kommunale niveau og sygehusdistrikterne. Vanskelighederne består i kommunernes dobbeltrolle som ansvarlige for lokale sundhedsbehov og som repræsentanter i sygehusdistrikter, der står for den regionale sundhedsplanlægning med bl.a. sygehusene. For eksempel har det været svært at placere ansvaret for ventelister mellem kommuner og sygehusdistrikter (Engberg et al., 2003:10). Mindre kommuner har også problemer med at matche sygehusdistrikternes sundhedsfaglige og økonomiske kompetencer i forhandlinger bl.a. problemer omkring prisfastsættelse af sundhedsydelser (ibid.:9). Det kan her nævnes, at tilsvarende problemstillinger er blevet nævnt af danske kommuner i forbindelse med kommunalreformen (Christensen & Vinther, 2005). Med hensyn

til efterbehandling er der i Finland blevet identificeret kommunikationsproblemer mellem centrene og sygehuset (Engberg et al., 2003:9).

Eksistensen af tre delvist overlappende sundhedssystemer, et offentligt, et arbejdsgiver-/forsikringssystem og et rent privat system skaber nogle forskellige profiler med hensyn til ligheden i udnyttelsen af sundhedssystemerne. De kommunale centres tilbud bliver i højere grad benyttet af de dårligst stillede dele af befolkningen. Imidlertid bliver denne profil mere end opvejet af de arbejdsgiverfinansierede og private grene af sundhedsvæsenet, som også for en stor dels vedkommende foregår i centre. Sammenlagt betyder det, at det finske sundhedsvæsen udviser større ulighed i tilgangen til sundhedsydelser end sammenlignelige lande (Häkkinen, 2005:20; Keskimäki, 2006).

Umiddelbart er det svært at vurdere relevansen af det finske system med centre i forhold til danske forhold. Den kommunale placering af det finske sundhedsvæsen og forskelle i finansiering gør direkte sammenligninger vanskelige. Centrene har en langt mere central status i det finske sundhedsvæsen, end de nuværende centre i Danmark har i det danske sundhedsvæsen. Et eksempel på forskellene er, at de største centre i Finland har flere hundrede læger tilknyttet, der tilbyder højt specialiseret behandling. Som nævnt fungerer nogle centre også som sygehuse, især i det nordlige Finland (Danneskiold-Samsøe et al., 2003:19).

I Sverige spiller centerlignende tilbud en central rolle i sundhedsvæsenet i lighed med situationen i Finland. Det svenske sundhedsvæsen minder om det danske i både finansiering og opbygning. I procent af BNP er det omtrent lige så dyrt som det danske, men tilfredsheden med sundhedsvæsenet er lav i Sverige (Kjellberg & Herbild, 2002b:4).

Den primære sundhedstjeneste består af sundhedscentre, *Vårdcentraler*, der er sæde for bl.a. praktiserende læger, tandlæger og undertiden fysioterapeuter, der alle er offentligt ansatte. Privatpraktiserende læger og speciallæger har enten overenskomst eller leverer ydelser mod fuld brugerbetaling eller pr. ydelse (ibid.:6).

Analyser af brugen af praktiserende læger i Sverige viser, at der er en øget hyppighed af besøg hos praktiserende læge for personer, der bor i storbyen i forhold til andre personer. I forlængelse heraf har det vist sig, at det er svært for svenske patienter at modtage behandling uden for lokalområdet (Kjellberg & Herbild, 2002b:6). Selvom geografiske forhold formentlig spiller en større rolle i Sverige, kan geografiske forhold også have betydning for de danske centre, bl.a. i forhold til ældre

immobile borgere og i forhold til lægernes lyst til at få praksis i yderområder, jf. kapitel 5. Desuden viser det sig, at visse etniske grupper ikke har en lige så stor tilbøjelighed til at søge læge, som det er tilfældet for etniske svenskere (Burström et al., 2001:12).

Umiddelbart kan det også være svært at vurdere betydningen af de svenske erfaringer for danske centre. I lighed med Finland har det stor betydning, at praktiserende læger udgør en central del af *Vårdcentrernes* funktion.

Ud over Danmarks nabolande spiller centerlignende tilbud også en rolle i flere angelsaksiske lande. Her er der dog afgørende forskelle i forhold til de nordiske erfaringer. Således er de fleste angelsaksiske centertilbud uvisiterede i 'walk-in centers' eller 'walk-in clinics'. Derudover spiller det også ind, at disse centerkonstruktioner i nogle lande fungerer i samspil med et sundhedsvæsen, hvor privat finansiering spiller en afgørende rolle (Salisbury & Munro, 2002:54). De britiske erfaringer med 'walk-in centers' er blevet grundigt evalueret, mens erfaringsopsamlingen fra de øvrige lande er mere sparsom.

Storbritannien har siden 2001 etableret ca. 40 'walk-in centers'. Sygeplejersker spiller en afgørende rolle i disse centre. Centrene er således overvejende ledet af sygeplejersker med hjælp fra IT-baserede software-programmer. Disse programmer hjælper sygeplejerskerne til at ordinere den rigtige behandling og den rigtige medicin. Derudover har nogle centre også ansat socialarbejdere og dermed forsøgt en integration af social- og sundhedstilbud, som også indgår i overvejelserne med hensyn til de danske centre.

'Walk-in'-centrene har som formål at lette adgangen til information om sundhedsproblemer og behandling af mindre sundhedsproblemer. De 40 centre er blevet etableret i 30 byer, og flere centre er planlagt. Den uvisiterede adgang bliver understøttet af placeringen af centrene, hvor det er tilstræbt at placere centrene med lettilgængelig adgang, fx i forbindelse med indkøbscentre. Ydermere har centrene lange åbningstider, oftest fra 7 morgen til 10 aften.

Der er lavet en større evaluering af 'walk-in'-centre i 2002 med deltagelse af 4.555 brugere af centrene (Salisbury et al., 2002). Evalueringen viser, at brugerne har en anderledes social profil end de øvrige brugere af det etablerede sundhedsvæsen i Storbritannien. Således bliver 'walk-in'-centrene i overvejende grad benyttet af yngre, dog ikke børn eller teenagere, etniske briter, folk med indkomster over gennemsnittet

og folk med uddannelser, der strækker sig ud over det 18. leveår. Man kan således konstatere, at der er en tydelig bias i retning af socialt velstillede i benyttelsen af centrene i forhold til mindre velstillede og grupper, der kan have en overvægt af social- og sundhedsproblemer som fx etniske minoriteter og ældre (ibid.:122ff).

Den britiske evaluering spørger også til brugernes grunde til at benytte centrene. Evalueringen viser, at de hyppigst angivne grunde til at benytte centrene er muligheden for at få hurtigere adgang til behandling end hos den praktiserende læge. Heri spiller bekvemme åbningstider og bekvem placering en vigtig rolle. En anden vigtig grund er kortere ventetid i centrene end ved skadestuen. Endelig kan der peges på, at mange ikke har ønsket at ulejliges deres praktiserende læge. Det kan enten skyldes, at de mener, problemerne er for små til at ulejliges lægen, eller at det drejer sig om penible problemer, fx seksuelle, hvor brugerne ikke ønsker at konsultere deres normale læge (Salisbury et al., 2002:125ff). Disse forhold indikerer, at 'walk-in'-centrene benyttes i stedet for og ikke i samspil med andre primære sundhedsydelser, herunder praktiserende læger. Resultaterne er dog endnu foreløbige og usikre (ibid.; Chalder et al., 2003:4).

Den britiske evaluering indeholder også spørgsmål om, hvor brugerne ville være gået hen, hvis 'walk-in'-centrene ikke havde været der. Hvis 'walk-in' centrene ikke havde været tilgængelige, ville 46 pct. have benyttet den praktiserende læge, 26 pct. et hospital, og 10 pct. ville have klaret problemerne selv (Salisbury et al., 2002:126ff). Brugere af centrene er mere tilbøjelige til at benytte det på første dag af sygdomsperioden end brugere af praktiserende læger. Brugere af centrene er også mindre tilbøjelige til at forvente en recept end brugere af praktiserende læger. Endelig er kontinuerlig behandling mindre vigtig for brugere af centrene end for brugere af praktiserende læger. Brugere af centrene har på emner som ventetider, samarbejde med personale og behandling i højere grad angivet 'meget tilfredse' med centrene end brugere af praktiserende læger har på de samme emner.

Omkostningsmæssigt ligger 'walk-in'-centre på linje med skadestuer. Når der tages højde for, at en del brugere af 'walk-in'-centre alligevel bruger andre sundhedstilbud er 'walk-in'-centre med til at forhøje udgifterne i det samlede sundhedsvæsen. Der er dog visse metodologiske problemer med at beregne den samlede merudgift ved 'walk-in'-centre (Salisbury et al., 2002:128).

De britiske erfaringer med centre bliver genspejlet i undersøgelser, der strækker sig over flere lande. Disse centre er også uvisiterede tilbud. Således bliver centerlignende konstruktioner oftere besøgt af yngre, socialt velstillede og af folk fra 'majoritetsbefolkningen' i de pågældende lande (Salisbury & Munro, 2002:55). Årsagerne til at benytte centrene er bekvemmelighed og hurtig adgang. Ligeledes peger undersøgelserne på, at årsagen til at benytte et center hverken skal findes i utilfredshed med den praktiserende læge eller hospitalsvæsenet (ibid.:55-56).

De udenlandske erfaringer med centre viser, at der er en tydelig forskel på, om centrene er visiterede eller uvisiterede tilbud. Den kommunale del af de finske centre viser således en tendens til i højere grad at henvende sig til socialt mindrebemidlede. De svenske erfaringer er mere blandede. Så længe indretningen af danske centre for langt størstedelens vedkommende ekskluderer læger, kan det være svært at overføre de finske og svenske erfaringer til danske forhold. Problemstillinger omkring brugerprofilen i danske centre vil blive nærmere uddybet i kapitel 6.

Den skæve sociale profil af brugere af 'walk-in'-centre i forhold til praktiserende læger afspejler en generel tendens i en række OECD-lande, hvor folk med lavere indkomst i højere grad benytter sig af ydelserne i almen praksis (Grønnegård Christensen, 2003:137; Wagstaff & van Doorslaer, 2000 og van Doorslaer et al., 2000, 2002). Det viser sig, at udnyttelsesgraden forbedres, jo mere specifikt patientens/borgerens behov defineres og diagnosticeres. Således kan det formodes, at en visitation på basis af helbredstilstand og behandlingsbehov, som det er tilfældet for hovedparten af de danske centre, vil sikre en større grad af lighed i tilgangen til ydelser i centerregi i Danmark.

TYPER AF FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE I DANMARK

Som beskrevet i kapitel 2 er der en meget stor variation i indholdet af og funktionerne i de etablerede centre. Variationen afspejler de lokale, kommunale og amtslige behov, som etableringen har skullet imødegå. Variationen er så stor, at det er svært at lave en kategorisering af center-typer. I det følgende vil der blive beskrevet en firedelt kategorisering baseret på en spørgeskemaundersøgelse foretaget i 2004 af Kommunernes Landsforening. Kategoriseringen indeholder beskrivelser af centre-nes målsætninger, målgrupper og indhold (KL, 2005).

De fire typer af centre kan billedligt siges at være bygget op af grundsten og nogle tilbygninger. Indholdet i grundstenene bliver sjældent blandet i et center, selvom nogle centre har kombineret to grundsten i et center. En af årsagerne til, at indholdet i grundstenene ikke blandes, er, at centrene ofte etableres med udgangspunkt i ældreplejen eller sundhedsplejen. Disse områder har ikke nogen tradition for et videregående samarbejde, hvorfor der i centerregi heller ikke er gjort noget for at integrere disse to sektorer (ibid. 7). Centrene må således ses som en afspejling af de eksisterende sektoropdelinger i kommuner og amter/regioner i Danmark.

De fire grundsten i centrene er:

1. Sundhedsfremme
2. Forebyggelse for børn og unge

3. Træning
4. Patientrettet forebyggelse og rehabilitering.

Grundstenene kan derudover være udbygget med andre kommunale, amtslige/regionale eller private funktioner. Disse ekstra funktioner kan oplistes inden for fire områder (KL, 2005:7-8):

1. øvrige kommunale tilbud/funktioner, herunder fx
 - a. hjælpemidler
 - b. socialpsykiatriske tilbud, fx dagcenter mv.
 - c. alkohol og misbrugskonsulenter
 - d. pædagogisk-psykologisk rådgivning
 - e. familierapi og krisehjælp
 - f. aktiveringsprojekter, fx omkring cafédrift
2. tilbud fra det amtslige/regionale sundhedsvæsen, fx
 - a. jordmoderfunktion
 - b. fødselsforberedelse
 - c. ambulatorium og kontrolfunktion
3. tilbud fra private, fx
 - a. læger i almen praksis og specialpraksis
 - b. fysioterapi og kiropraktik
 - c. diætister
 - d. psykologer
 - e. alternative behandlere
 - f. fitness centre
 - g. tandlægepraksis
4. tilbud fra frivillige organisationer, fx
 - a. patientforeninger, fx Hjerteforeningen
 - b. ældreforeninger og -klubber
 - c. pårørendeforeninger
 - d. øvrige frivillige foreninger og organisationer, fx Røde Kors

Den første type centre med fokus på sundhedsfremme er dem, der har den bredeste målgruppe. Centrene appellerer til alle aldersgrupper og forsøger at appellere til alle samfundslag. Dog kan denne type af centre have svært ved at tiltrække borgere fra det mest marginaliserede sam-

fundslag.⁴ Målsætningen for disse centre er at undgå sygdomme og skader i at opstå og i mindre grad at bekæmpe følgevirkningerne af allerede opståede sygdomme og skader. Midlerne er sundhedsfremme i bred forstand, fx træning, motion på recept, rygestop, andre undervisningstilbud o.l., kontrolmålinger mv. (Sundhedskartellet, 2003:19; KL, 2005:10-11). Det er vurderet, at denne type centre udgør den største gruppe af centre (ibid.).

Den anden kategori af centre er centre med fokus på forebyggelse for børn og unge. Målgruppen er truede børn og unge. Der vil ofte være et udbygget samarbejde med lovbundne kommunale aktiviteter såsom sundhedsplejen og sundhedstjenesten. Fokus vil ofte være på patientrettet forebyggelse mere end på sundhedsfremme (KL, 2005:12).

Den tredje kategori er centre med fokus på træning. Målgruppen for denne type centre er ældre og/eller borgere med kroniske lidelser. Der er ofte etableret samarbejdsrelationer med private aktører, fx ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter. I forbindelse med kommunalreformen, hvor kommunerne bl.a. har fået ansvaret for genoptræning efter sygehusindlæggelse, kan sådanne centre få en nøglerolle for kommunernes forøgede sundhedsindsats. Også i forbindelse med andre af kommunernes forpligtelser, bl.a. vedligeholdelsestræning, rehabilitering, hjælpemiddelfunktioner etc., er denne type centre en hensigtsmæssig ramme, der formentlig vil blive yderligere udbygget i fremtiden.

Den fjerde og sidste kategori af centre har fokus på patientrettet forebyggelse og rehabilitering (KL, 2005:17-19). Sådanne centre har tilbud med et højt indhold af pleje og behandling, fx akut- og rehabiliteringssengepladser, pleje og lettere behandling, træning, rådgivning og støtte samt patientskoler og undervisning. De involverede faggrupper er fra terapeuter, diætister, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og psykologer m.fl. (ibid.). I lighed med den forrige type centre, må det forventes, at de i fremtiden vil kunne fungere som en hensigtsmæssig ramme for kommunernes forøgede sundhedsforpligtelser.

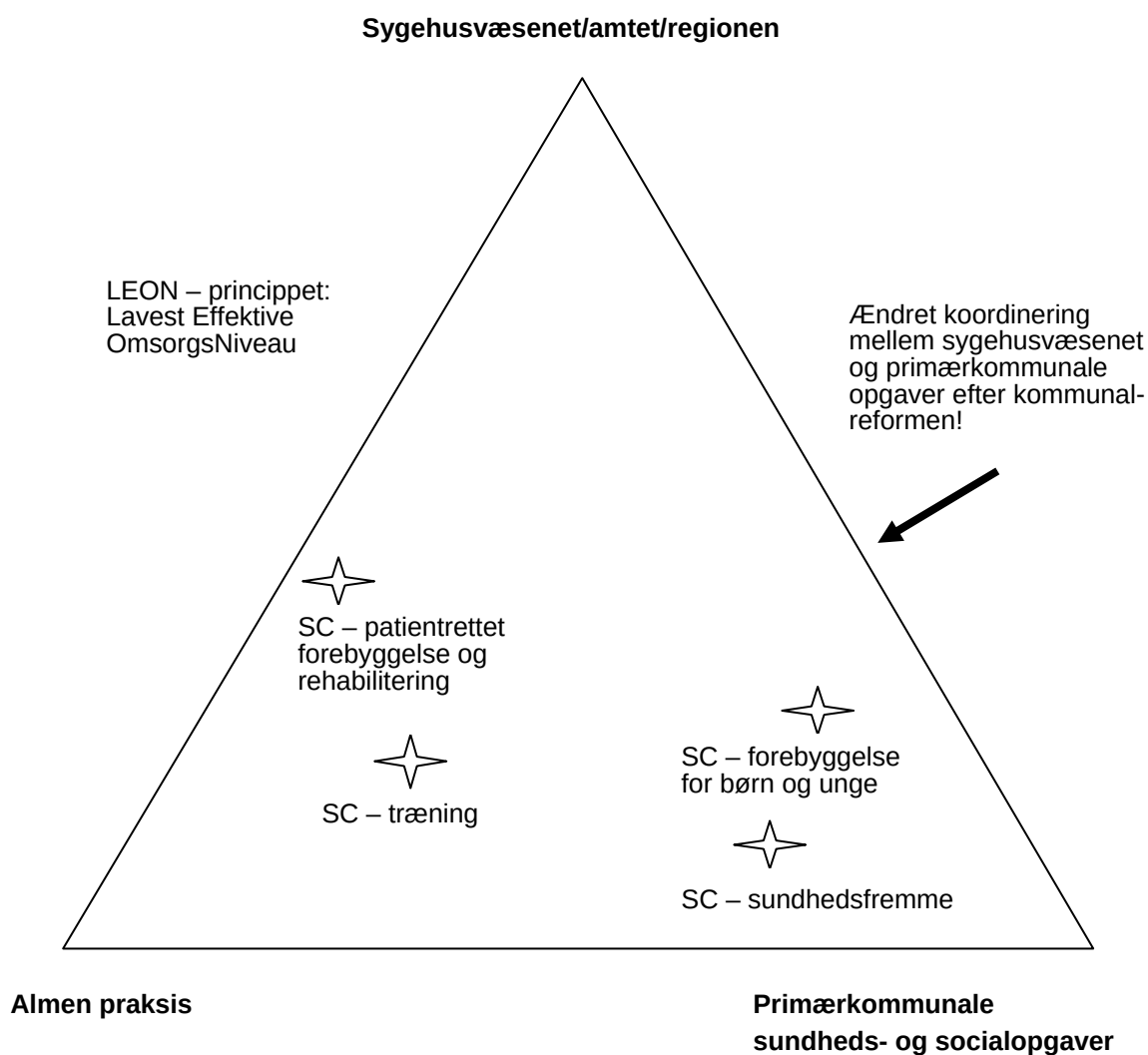
I figur 4.1 er de fire typer centre blevet indplaceret i en 'sundheds- og socialtrekant'. Trekanten har en horisontal og vertikal dimension. Den horisontale dimension afspejler koordineringen mellem almen praksis og kommunernes opgaver inden for social- og sundhedsområdet.

4. Jf. interview med repræsentanter fra kommuner med denne type sundhedscentre d. 9/8-05 og 6/10-05.

Den horisontale koordination har været forsømt hidtil, men i de senere år har der været ansatser til at forbedre koordinationen, bl.a. i form af kommunale lægekonsulenter, ordninger om demensudredninger og opbyggelsen af kommunale kontaktudvalg med repræsentanter fra de praktiserende læger (Møller Pedersen, 2004:302; Amtsrådsforeningen, 2003:8). Den vertikale dimension afspejler arbejdsdelingen mellem sygehusvæsenet på amtsligt og regionalt niveau og enten praktiserende læger eller primærkommunale sundheds- og socialopgaver. Dimensionen afspejler således også graden af specialisering inden for sundhedsvæsenet. Et bærende princip i det danske sundhedsvæsen er LEON-princippet (Lavest Effektive OmsorgsNiveau). Eller med andre ord: Sundhedsydelser skal udføres på det mindst specialiserede niveau, der er fagligt forsvarligt. Sundhedsydelser skal udføres det sted, hvor det både er fagligt forsvarligt og mest omkostningseffektivt (Sundhedskartellet, 2004:8). I det andet ben i trekanten, mellem sygehusvæsenet og primærkommunerne, er der sket forholdsvis store forandringer med kommunalreformen. Blandt de vigtigste er, at store dele af ansvaret for genoptræning er flyttet fra sygehusene/amtet over til de nye primærkommuner (jf. bl.a. Christensen & Vinther, 2005). Det er blevet fremført, at centrenes ydelser kan være med til at forbedre den horisontale koordination i trekanten (Møller Pedersen, 2004:303; Strukturkommissionen, 2004: kap. 31). Men som nærværende undersøgelse viser, er begrundelsen for etableringerne af de eksisterende centre ofte noget mere nuancerede og frem for alt praktisk funderet.

Figur 4.1

Indplacering af sundhedscentre i social- og sundhedsvæsenet.



Kilde: Inspireret af figur 21.8 i Møller Pedersen, 2004, p. 302.

Placeringen af centrene i trekanten afspejler centrenes specialiseringsniveau og nærheden af enten sygehusvæsenet og almen praksis eller kommunernes sundheds- og socialopgaver. Alle centre er placeret lavt i tre-

kanten, hvilket afspejler, at centre er placeret lavt i specialiseringshierarkiet. For eksempel er det kun ganske få centre, der har ansat læger.

Centre med fokus på sundhedsfremme er placeret tæt på kommunernes traditionelle sundheds- og socialopgaver og lavest i specialiseringshierarkiet. Sådanne centre varetager ofte andre kommunale aktiviteter, samtidig med at der oftest ikke er opbygget et tættere samarbejde med praktiserende læger, og de patientrettede opgaver ikke fylder meget (KL, 2005:9f).

Centre med fokus på forebyggelse for børn og unge er placeret tættere på kommunale sundheds- og socialopgaver, da opgaverne i disse centre er forbundet med lovbundne kommunale opgaver i sundhedstjenesten. I forhold til den foregående type er den noget højere oppe i specialiseringshierarkiet, da der ofte er tale om en højere grad af patientrettet forebyggelse.

Centre med fokus på træning er placeret tættere på almen praksis og sygehusvæsenet. Aktiviteterne på sådanne centre er ofte beregnet på at aflaste eller substituere aktiviteter i det traditionelle sundhedsvæsen. Begrundelsen for at oprette disse centre er bl.a. tidligere udskrivning fra sygehuse, der lægger et pres på kommunernes rehabiliterings- og genoptræningsindsats (KL, 2005:15).

Centre med fokus på patientrettet forebyggelse og rehabilitering er placeret tættest på det etablerede sundhedsvæsen. Baggrunden for denne type centre har mange steder været, at det lokale sygehus er blevet nedlagt, og der dermed er opstået et behov for at etablere sygehuslignende tilbud. Målgruppen har endvidere ofte brug for en langvarig eller en permanent sundhedsindsats. Denne indsats vil ofte være efter, at der er sket en ulykke, fx faldulykke, eller der er indtrådt en kronisk sygdom, som personen må leve med. De første af denne slags centre blev etableret med sengepladser, men fokus er efterhånden blev rettet imod ambulante behandlingsmetoder. I et nyetableret center af denne type i København er der på forhånd sikret et tæt samarbejde med de praktiserende læger i området og med det lokale hospital (KL, 2005:20).

ORGANISATORISK INDRETNING OG TVÆRFAGLIGHED

I forlængelse af de ovenstående betragtninger omkring centre og deres placering i det danske social- og sundhedsvæsen vil forhold omkring organisatorisk indretning og udviklingen af tværfagligt samarbejde internt i centrene blive nærmere undersøgt. Først vil der blive præsenteret nogle teoretiske betragtninger om, hvad der henholdsvis fremmer og hæmmer udviklingen af centrenes organisation, herunder udviklingen af tværfagligt samarbejde internt i centrene. Derefter følger en beskrivelse af seks besøgte centre. Det er centre, hvor der er foretaget interview med beslutningstagere, ansatte og for tre af centrenes vedkommende også med brugere. Interviewene med brugerne vil blive behandlet i kapitel 6.

FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRENE'S ORGANISATION OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

I den senere tids debat om forebyggelses- og sundhedscentre har der været tendenser til at betragte centrene som selvstændige organisatoriske enheder, der fungerer uafhængigt af tilstødende offentlige myndigheder. Men centre fungerer som oftest nederst i et kommunalt eller amtsligt/regionalt myndighedshierarki. Centrenes placering medfører, at deres organisatoriske indretning og interne samarbejdsforhold i høj grad er bestemt af beslutninger og ændringer, der foregår længere oppe i det

kommunale eller regionale myndighedshierarki. Det er nødvendigt at udrede, hvad centrenes placering i det offentlige beslutningshierarki betyder for mulighederne for og begrænsningerne i, at centrene kan udvikles til at fremme de sundhedspolitiske målsætninger, der er blevet fremlagt for centrene.

Centrenes placering i myndighedshierarkiet har blandt andet haft som konsekvens, at de eksisterende centre i Danmark er blevet etableret med basis i enten ældreplejen eller sundhedsplejen. Disse to plejeafdelinger har ikke haft tradition for samarbejde, hvorfor centrene heller ikke har blandet opgaver fra de to afdelinger (KL, 2005:7).

Tilsvarende har centrenes placering i myndighedshierarkiet betydning for mulighederne for at udvikle det tværfaglige samarbejde internt. Tværfagligt samarbejde har været et af de hyppigst annoncerede formål med at etablere centre. Hvad der menes med tværfagligt samarbejde er et heftigt debatteret emne, hvor forskellige sundhedsaktører har forskellige definitioner. En rimelig klar og vidtfavnende definition er som følger: Samarbejde kan tolkes som ”gruppers og enkeltpersoners samlede, bevidste bestræbelser på at kommunikere og styre deres arbejde mod fælles mål”. Tværfagligt samarbejde tolkes dernæst som ”samarbejde mellem forskellige fagdiscipliner, fx sygeplejersker og læger” (Thune Jacobsen, 1991b:107). Det understreges, at tværfaglighed må ses i modsætning til ’fællesfaglighed’. Ved fællesfaglighed forstås, at alle fagdiscipliner forsøger at kunne alting, og at alle vil hævde at kunne mere, end de rent faktisk kan. Faren for fagchauvinisme er i så fald overhængende, idet nogle definerer de andres faglighed ud fra egen faglighed (ibid.).

Spørgsmålet er, hvordan centrenes organisatoriske indretning fremmer eller hæmmer mulighederne for tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper. Der kan umiddelbart fremhæves nogle organisatoriske forhindringer for tværfagligt samarbejde i de nuværende centre. For det første er mange centre oprettet i et samarbejde mellem kommune og amt (nu region), der deler et myndighedsansvar. Kommunalt og regionalt ansatte vil således have forskellige myndigheder, de skal referere til. Dette medfører, at et sådant center ofte vil have dobbelte ledelsesfunktioner, flere overenskomster og andre forhold, der vanskeliggør samarbejdsrelationer mellem forskellige sundhedsfaggrupper. For det andet er nogle centres aktiviteter delt op mellem forskellige kommunale sektorforvaltninger. De tilsvarende sektorudvalg i kommunen kan udvise

koordinationsproblemer eller koordinationsbesvær, idet sektorudvalgenes medlemmer har en tendens til at identificere sig med egne sektorudvalg (Grønnegård & Ibsen, 1994:75). I de tilfælde kan sådanne koordinationsproblemer også komme til at gælde centrenes aktiviteter. For det tredje er der inkluderet private sundhedsaktiviteter i nogle centre, der udviser nogle specielle koordinationsproblemer, som vil blive beskrevet nedenfor.

Ovenstående organisatoriske forhold medfører, at selvom ansatte i centre som udgangspunkt er villige til at arbejde tværfagligt, kan der være institutionelle forhindringer. I organisationsteorien er det blevet fastslået, at der ikke er nogen stærk sammenhæng mellem holdninger og adfærd (Wilson, 1989:51). Adfærd vil i stedet ofte være påvirket af udtrykte eller uformelle forventninger fra kollegaer eller fra ledelsen. Muligheden for tværfagligt samarbejde forudsætter derfor, at der er et sammenfald mellem personlige holdninger hos de ansatte og de forventninger, der møder de ansatte fra omgivelsernes side. I de tilfælde, hvor der ikke er etableret en organisationskultur, der fremmer en speciel arbejdsform, fx tværfagligt samarbejde, vil ansattes adfærd ofte være bestemt af tidligere erfaringer eller af professionelle normer. Påvirkningen fra tidligere erfaringer eller ansættelser er især stor, når arbejdsopgaver er nye eller vagt formulerede (ibid.:55). Et sådant forhold kan gælde for centre. For eksempel kan det være svært præcist at definere 'sundhedsfremme' eller 'forebyggelse', der bliver beskrevet som en central opgave i mange centre, jf. forrige kapitel. Erfaringerne med centrene fra slutningen af 1980'erne viser, at ansatte har en tendens til at falde tilbage til den behandlerrolle, som deres tidligere arbejds erfaringer og uddannelse har vænnet dem til at arbejde ud fra, og negligere det opsøgende, forebyggende arbejde (Vinge, 1991:48; Thune Jacobsen, 1991b:51f).

Privatansattes og selvstændige sundhedsprofessioners indtægtsforhold giver dem nogle incitamenter, der kan være svære at forene med tværfagligt samarbejde med offentligt ansatte i centre. Overordnet set mangler privatansatte og selvstændige økonomisk kompensation for aktiviteter, der ikke direkte er indtægtsgivende, fx planlægning af forebyggelsestiltag, sundhedspædagogiske tiltag, koordinationsmøder, styregruppemøder, der er centrale elementer i at opbygge et tværfagligt samarbejde og satse målrettet på forebyggelse eller sundhedsfremme. I de tilfælde, sådanne møder foregår i dagtimerne, vil det give et indtægtstab for private sundhedsfaggrupper. Hvis sådanne møder i stedet afholdes

efter normal arbejdstid medfører det et tab af fritid for private sundhedsfaggrupper, mens offentligt ansatte vil have mulighed for at afspadsere (Bylund, 1991:61).

Opsummerende på disse overordnede betragtninger om centre-nes organisatoriske indretning og mulighederne for tværfagligt samarbejde kan det siges, at en effektiv organisation i centrene, der fremmer målene om sundhedsfremme og tværfagligt samarbejde, skal undgå adskilt myndighedsansvar og så vidt muligt også undgå sektoropdelinger mellem forskellige myndighedsopgaver, som fx kommunale og regionale sundhedstilbud. Samtidig kan der også argumenteres for, at en blanding af privat og offentligt ansatte vil være en hæmsko for udviklingen af tværfagligt samarbejde. Samtidig vil det være en fordel, hvis centre-nes formål og visioner formuleres klart, så alle faggrupper har mulighed for at orientere sig efter dem. En måde at gøre dette på er at ansætte en leder, der har de nødvendige beføjelser til at fremme disse målsætninger på en klar og konsistent måde.

UNDERSØGELSE AF BESØGTE FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE

På grundlag af de ovenstående betragtninger vil der i det følgende være en beskrivelse af de besøgte centre og en beskrivelse af de erfaringer, centrene har haft med tværfagligt samarbejde og med den organisatoriske indretning af centrene i det hele taget. Ud fra inddelingen af centre i kapitel 4 fordeler de besøgte centre sig på to med fokus på træning, to med fokus på patientrettet forebyggelse og rehabilitering og to med fokus på sundhedsfremme. Det følgende vil kort beskrive den grundlæggende organisatoriske opbygning i centrene og de ansattes og ledernes vurdering af det indbyrdes samarbejde.

Det første center med fokus på træning er et større center. Centret er opbygget i et samarbejde mellem amt og kommune i forbindelse med en sygehuslukning. Ud over træningsfunktioner er der en række andre kommunale og amtslige social- og sundhedsfunktioner placeret i centret. Endvidere er der udlejet lokaler til en række private udbydere af sundhedsydelse i centret. Træningsdelen er således en forholdsvis stor del af et center, der ellers har mange andre tilbud og funktioner. Den fysiske placering af de forskellige tilbud i et bygningsfællesskab bliver

beskrevet som hensigtsmæssig for brugerne og for de sundhedsfaggrupper, der har behov for at udveksle oplysninger inden for det offentlige. Men ud over det hensigtsmæssige ved en tæt fysisk placering er der ingen principiel forskel på, om disse sundhedsfunktioner ligger fysisk samlet eller adskilt. Samarbejdet mellem aktiviteter, der foregår i kommunalt regi, bliver beskrevet som intensivt.⁵

Det andet besøgte center har også fokus på træning og genoptræning. Centret er langt mindre og er rent kommunalt. Personalet består af trænende terapeuter og sagsbehandlende terapeuter på hjælpemiddelområdet. Derudover bliver der trukket på sundhedsfaggrupper i et 'sund by'-center, der er placeret i nærheden, fx kostvejledere. Det indbyrdes samarbejde bliver beskrevet som tæt og som en naturlig følge af, at centret er fysisk samlet. Der er således megen erfaringsudveksling, når man mødes i det daglige. Det er ligeledes let at sende brugere videre til andre sundhedsfaggrupper. Det, der ses som forhindringer for samarbejde, bliver beskrevet som uvidenhed om andres arbejdsopgaver og myter, der fremkommer.⁶

Det tredje center hører nærmest til inden for typen af patientrettet forebyggelse og rehabilitering. Selve centret er dog ældre end center-tankegangen i Danmark. Stedet kan bedst beskrives som et kommunalt hospital og vil derfor ikke blive beskrevet mere indgående her.

Det fjerde center hører til inden for gruppen med fokus på patientrettet forebyggelse og rehabilitering. Centret er forholdsvis nyetableret og rent kommunalt. Personalet består af sygeplejersker, fysioterapeuter og diætister. Gennem tæt samarbejde med et hospital og de praktiserende læger i området satses der på forebyggelse i forhold til det etablerede sundhedsvæsen. Det er således meningen, at centrets ydelser skal kunne medføre et fald i brugen af det etablerede sundhedsvæsens ydelser. Det bliver fra lederens side understreget, at et tæt samarbejde indbyrdes mellem de ansatte er en nødvendighed for at realisere centrets bærende idé.⁷ Det er meningen, at centret skal tage sig af de let til moderat syge, mens den svageste gruppe henvises til hospitalsbehandling.

Det femte center hører til blandt gruppen med fokus på sundhedsfremme. Centret er indrettet i et samarbejde mellem kommune og

5. Interview med afdelingschef og fagcenterchef 29/6-05 og med ansatte 10/8-05.

6. Interview med ansatte 9/8-05.

7. Interview med centerleder 8/9-05.

amt (nu region) i forbindelse med en sygehuslukning. Gruppen af ansatte består af en sundhedskoordinator, ergoterapeut, fysioterapeut, kost- og ernæringsvejleder samt en række frivillige. I forhold til de andre beskrevne centre er der tale om et center i mellemstørrelse. Tværfagligt samarbejde bliver i dette center set som værende en udfordring og ikke som noget, der opstår af sig selv. Det kræver en stor indsats at organisere tværfagligt samarbejde. Det er stadig i stort omfang enkelte faggrupper, der går ind med hver deres faglighed. Det understreges, at det er måden, det organiseres på, der udgør forskellen.⁸

Det sjette center hører også til i gruppen med fokus på sundhedsfremme, eksplicit med fokus på forebyggelse. Centret er et samarbejde mellem amt/region og kommune. Centret er opstået efter en sygehuslukning og har levet en omskiftelig tilværelse, hvor det er blevet nedlagt og derefter oprettet igen under et nyt navn. Da centret blev genoprettet, var det med en meget lille fast stab, bl.a. en forebyggelseskonsulent, suppleret med udefrakommende sundhedsfaggrupper. Det indbyrdes samarbejde bliver beskrevet som intenst.⁹

De ovenstående beskrivelser peger på, at omfanget og intensiteten af indbyrdes samarbejde i centrene er en funktion af størrelsen. Jo færre ansatte, jo mere indbyrdes tværfagligt samarbejde og omvendt. Den fysiske nærhed kan altså ikke kompensere for, at det kan være svært at overskue og koordinere arbejdet internt, hvis centrene når over en vis størrelse. En anden generel observation er, at centre, der er delt op i en regional og kommunal del, har sværere ved et vidtgående samarbejde internt. Dette gælder især på tværs af de kommunale og regionale funktioner. Det kan her indvendes, at denne observation hviler på et meget lille udvalg af centre, og at der er et sammenfald mellem størrelsen af centrene og opdeling på en kommunal og regional del. Det kan således være svært at adskille effekten af størrelse og effekten af opdeling af myndighedsansvar. I centrene med under 5-10 ansatte vil der altid opstå et kraftigt indbyrdes samarbejde, da det vil være svært at organisere arbejdet på andre måder. Det skal dog understreges, at den umiddelbare fysiske nærhed af forskellige professioner i sig selv medfører et øget internt og tværfagligt samarbejde i alle de besøgte centre. Et bygningsmæssigt fællesskab kan således siges at have en selvstændig effekt med hensyn til at forøge

8. Interview med afdelingschef og fagcenterchef 29/6-05 og med ansatte 10/8-05

9. Interview med forebyggelseskonsulent 6/10-05.

det indbyrdes samarbejde. Samarbejdet med private aktører udviser nogle særlige problemer og vil blive beskrevet nedenfor.

Samarbejde med private aktører

Nogle centre har etableret eller forsøgt at etablere samarbejdsrelationer med private sundhedsfaggrupper, som fx praktiserende læger, fysioterapeuter, zoneterapeuter, psykologer og andre. Samarbejdet kan enten bestå i fysisk tilstedeværelse eller i et samarbejde med disse grupper andre steder i den by, hvori centret ligger. Via interviewene med beslutningstagere og de offentlige dele af centrene er der blevet identificeret nogle samarbejdsproblemer med private sundhedsudbydere. Da der ikke har været interview med de private sundhedsudbydere, vil disse problemer blive beskrevet kort for at undgå ensidighed. De nærmere årsager til samarbejdsproblemer skal formentlig findes blandt de generelle problemstillinger omkring samarbejde mellem offentligt og privat ansatte, beskrevet tidligere i dette kapitel.

I det første center, hvor der er samlet mange forskellige kommunale, regionale og private tilbud, har den fysiske nærhed mellem offentlige og private tilbud ikke medført en intensiveret kontakt mellem de ansatte. Der forekommer således ikke henvisninger, der ellers ikke ville have fundet sted, hvis tilbuddene befandt sig på hver deres lokalitet.¹⁰ Endvidere kan der peges på, at et forsøg fra en privat sundhedsudbyder på at overtage driften af en af myndighedsopgaverne blev mødt med modstand fra de offentligt ansattes side.¹¹

I andre centre eksisterer der også forhindringer for samarbejde mellem private udbydere og offentlige centre. I et center har de ansatte mødt kritik af deres tilbud fra private udbydere, der mener, at centrets drift inden for specifikke områder har karakter af konkurrenceforvridning. I det andet center er der blevet sat en politisk bremse for nogle træningsområder på grund af faren for konkurrenceforvridning.¹²

Med hensyn til samarbejdet med praktiserende læger er der hos de besøgte centre forskellige opfattelser af, hvor velfungerende samarbejdet er. Fra forskelligt hold er der blevet rejst tvivl om praktiserende lægers interesse i centre. Blandt andet er det blevet påpeget, at med hen-

10. Interview med afdelingschef og fagcenterchef 29/6-05.

11. Interview med afdelingschef og fagcenterchef 29/6-05 og med ansatte 10/8-05.

12. Interview med forebyggelseskonsulent 6/10-05.

syn til centre rettet mod ældre kan der opstå koordinationsproblemer, bl.a. fordi ældregruppen ofte er meget plejekrævende. Korrekte økonomiske incitamenter er derfor i den henseende meget vigtige. Endvidere kan det være svært at få læger til at bosætte sig i tyndt befolkede områder, hvor der ofte vil være behov for centre, fx i forbindelse med nedlæggelse af sygehuse.¹³

I interviewene med de ansatte på centrene viser det sig, at de ansattes erfaringer med praktiserende læger er forskellige. Geografisk afstand bliver fremhævet som en kilde til, hvor meget kontakt der er til praktiserende læger uden for centret. Derudover afhænger det af lægernes personlige interesse for det pågældende center og dermed også lægens viden om, hvad centret kan tilbyde.

Problemerne omkring inddragelse af og samarbejde med private aktører kan afspejles i mere generelle teoretiske forklaringer på offentligt ansattes adfærd. Erfaringerne inden for *New Public Management*-reformer i sundhedssektoren i Danmark og England, som bestræbelserne på at integrere offentlige og private aktører må henstilles under, tilsiger, at det er svært at få gennemført effektive incitamentsreformer, der kan ændre adfærden hos personalet, mens det er lettere at ændre strukturer (Pallensen, 1997:289). I lighed med disse erfaringer ser centerkonstruktioner ikke ud til at ændre grundlæggende adfærdsmekanismer hos de ansatte, hvad angår en skillelinje mellem offentlig og privat drift.

Digital kommunikation og formidling

I de forskellige centre foregår der en del digital registrering af borgerdata og af dokumentationen af tilbud. Der anvendes forskellige IT-systemer i de forskellige centre, bl.a. gennem MedCom-systemet. MedComs formål er at sikre en smidig kommunikation inden for sundhedsvæsenet. Andre systemer, der bliver nævnt, er Edifax og Mobil Care.

Det lyder samstemmigt, at en væsentlig forhindring for at udvikle den digitale formidling er bestemmelsen om, at persondata kun kan videreformidles med borgerens samtykke. Hvis det ikke var nødvendigt med samtykke, ville det smidiggøre kommunikationen, da det bliver nødvendigt at kommunikere mere og mere.¹⁴ Endvidere kan det være et

13. Interview med overlæge og private konsulenter 20/1-05 og 15/4-05.

14. Interview med ansatte fysioterapeuter 8/8-05.

problem, hvis privatpraktiserende læger og hospitaler ikke er med i systemet.¹⁵

På et center er det lykkedes at digitalisere alle dokumentationsredskaber. Hver gang, der har været en træningsseance, bliver det registreret elektronisk.¹⁶

Nogle af de besøgte centre har oprettet en hjemmeside på internettet, hvor centrenes tilbud og praktiske oplysninger er præsenteret. De fleste af de besøgte centre har planer om at oprette en hjemmeside, hvis de ikke har en, eller forbedre den eksisterende hjemmeside.

15. Interview med vicedirektør, læge, sundheds- og driftschefer 6/9-05.

16. Interview med centerleder 8/9-05.

CENTRENES INVOLVERING AF BRUGERNE

Det forrige kapitel om organisatorisk indretning og tværfaglighed har fokuseret på samarbejdsforhold mellem ledelse og ansatte samt ansatte imellem. I dette kapitel fokuseres der i stedet på relationen mellem brugerne af centrene og de ansatte. Ud over tværfagligt samarbejde har involvering af brugerne været annonceret som et hovedmål med oprettelsen af centre. En aktiv involvering af borgerne i nærmiljøet har været nævnt som en måde, hvorpå borgerne kan lære at tage ansvar for eget helbred. I tilknytning til denne problemstilling er det nødvendigt at se på forskellige former for sundhedstækning, og hvilke aktiviteter i centre der kan tiltrække eller frastøde borgerne. Et vigtigt aspekt heri er spørgsmålet om centrenes image.

BEHANDLINGSMETODER OG SUNDHEDSFREMME

Hvad aktiv inddragelse af brugerne involverer, og hvordan det kan afgrænses, kan være svært at udrede. Følgende tabel kan fungere som et hjælpemiddel i den henseende:

Tabel 6.1

Behandling, forebyggelse og sundhedsfremme.

Intervention	Mål	Aktørrelation	Følelse	Tankegang
Behandling	Fjerne sygdom, blive rask	Ekspert/top-down	Frygt	Risikotænkning
Forebyggelse	Undgå sygdom, forblive rask	Ekspert/top-down	Frygt	Risikotænkning
Sundhedsfremme	Være sund, opnå vitalitet og handlekompetence	Borger/bottom-up	Håb	Mulighedstænkning

Kilde: Figur 3.7 i Jensen & Johnsen, 2000.

Det første niveau omhandler behandling, som den udføres i det traditionelle sundhedsvæsen. Fokus eller mål er her at behandle sygdom, så patienten går fra at være syg til at blive rask. Patienten er umyndiggjort af lægers og sundhedsprofessionelles ekspertise. Den dominerende følelse er frygt, og tankegangen er præget af at undgå risici, der potentielt kan udskyde eller forværre helbredelsen. Det næste niveau omhandler forebyggelse og udviser mange af de samme kendetegn som behandling. Målet er at undgå sygdom og forblive rask. Det er stadig sundhedsprofessionelle, der anviser vejene til at opnå en god forebyggelseseffekt. I traditionelt forebyggelsesarbejde er der således stadig tale om en top-down relation. Ligeledes er den dominerende følelse frygt for sygdomme og en deraf afledt fokus på at undgå risici. Det tredje niveau, der vedrører sundhedsfremme, adskiller sig væsentligt fra de to foregående niveauer. Det primære formål er at opnå en følelse af vitalitet og handlekompetence i hverdagen – at føle sig sund. Denne følelse har sit primære udspring i borgeren selv, dvs. der er tale om en bottom-up proces i langt højere grad end ved de to foregående niveauer. Den dominerende følelse er håb, og tankegangen er præget af muligheder i stedet for undgåelse af risici.

Spørgsmålet er, hvordan centre forholder sig til de ovenstående niveauer. For eksempel er *forebyggelse* et dominerende tema i mange centre og spiller en stor rolle i andre centre. Det vil sige, at aktørrelationer og tankeange stadig har mange lighedspunkter med traditionel (somatisk) behandling. Men har centrene også været i stand til at aktivere det tredje

niveau omkring sundhedsfremme og derved været med til at aktivere brugerne af centre? For at besvare dette spørgsmål er det nødvendigt at se på, hvordan centre forholder sig til sundhedsfremmebegrebet og forskellige 'læreprocesser'.

Det sundhedsfremmebegreb, der er præsenteret i tabel 6.1 er forbundet med teorier udviklet af professor i medicinsk sociologi Anton Antonovsky. For Antonovsky består sundhed i at 'føle sig sund' (Jensen & Johnsen, 2000:88; jf. Rødekro Kommune, 2004:5). Ifølge ham er der tre komponenter i at føle sig sund: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. *Begribelighed* betyder, at man oplever indre og ydre stimuli som fornuftsmæssigt begribelige. Stimuli skal fremstå som ordnet, sammenhængende og struktureret for at være fornuftsmæssigt begribelige i modsætning til at fremstå som kaotiske, uventede, tilfældige og/eller uforklarlige for individet (Jensen & Johnsen, 2000:88). *Håndterbarhed* betyder, at individet oplever at have ressourcer til rådighed til at møde de krav, som stilles af de forskellige stimuli og stressorer, som individet møder (ibid.). *Meningsfuldhed* handler om, i hvilken udstrækning individet finder, at de problemer og krav, som livet stiller, er værd at investere energi og kræfter i. Meningsfuldhed er med andre ord forbundet til behovet for motivation til at klare livets udfordringer (ibid.).

De ovenstående tre komponenter er ifølge Antonovsky forbundet med forskellige læreprocesser. Nogle af disse læreprocesser bliver grundlagt i spædbørnsalderen, mens andre kan tilegnes senere hen i livet. Begribelighed er forbundet med læreprocessen om *forudsigelighed*. Dette betyder, at verden ikke hele tiden ændrer karakter set fra individets synspunkt, men at der derimod er rutiner, årsager og konsekvenser, som individet kan regne med. Håndterbarhed er forbundet med *belastningsbalancen*. Belastningsbalancen medfører, at individet skal have tilstrækkelige ressourcer til at kunne klare hverdagens problemer og udfordringer og ikke blive overbelastet af krav. Endelig er meningsfuldhed forbundet med *delagtighed/deltagelses*-læreprocessen. Denne læreproces kan deles op i tre: for det første, om individet selv har valgt at gennemgå de erfaringer, individet møder i livet, eller om de er blevet til ud fra faktorer, der har været uden for individets kontrol. For det andet, om individet har haft mulighed for at indrette de 'spilleregler', som er indbefattet i de erfaringer, individet gennemlever. Og for det tredje, om individet har medvirket til løsningen af de problemer, som erfaringerne stiller individet over for (ibid.:89).

Individets håndtering af disse læreprocesser er forbundet med individets muligheder for at bekæmpe sygdomsfremkaldende stressorer og negativt ladede sociale begivenheder. Individer, der mestrer de tre komponenter i at føle sig sund, vil bedre kunne bekæmpe sygdom og sygdomsfremkaldende begivenheder. En mestringsstrategi til at imødegå sådanne faktorer kan deles op i fire dele: For det første er sådanne individer bedre til at registrere potentielle stressorer og bedømme deres eventuelle fare. For det andet er de bedre til at håndtere de følelsesmæssige problemer, som stressorerne giver sig udslag i. For det tredje er sådanne individer bedre til at finde løsninger på de problemer, stressorerne stiller dem over for. Således vil sådanne individer bedre kunne vælge den mest hensigtsmæssige mestringsstrategi, der er tilpasset situationen. De har med andre ord et større repertoire af svarmuligheder end andre. For det fjerde er sådanne individer bedre til at opfange og analysere feedback af konsekvenser af egne reaktioner på sygdomsfremkaldende stressorer (ibid.:91).

For at centre kan medvirke til at bevæge sig fra at fokusere på forebyggelse til også at have fokus på sundhedsfremme, der i langt højere grad inddrager brugeren/borgeren aktivt, skal centrets aktiviteter understøtte de ovenstående læreprocesser.

Hvorvidt centre understøtter relevante læreprocesser vil blive forsøgt besvaret via en tolkning af tre fokusgruppeinterview med brugere af centre. Der er blevet foretaget fokusgruppeinterview i tre centre af forskellig type. Det første er foretaget i et center af typen med fokus på patientrettet forebyggelse og rehabilitering, det andet i et center med fokus på træning og det tredje i et center med fokus på sundhedsfremme. Hvert fokusgruppeinterview havde 5-6 deltagere. Der har fortrinsvis været tale om ældre brugere, der er pensionerede. Fokusgruppeinterview giver mulighed for at afdække et område bredt uden at være styrende for emne- og svarmuligheder. At foretage interviewet i en gruppe giver endvidere mulighed for at inddrage et større antal brugere, mens der i selve interviewet gives mulighed for indbyrdes snakken og diskussioner.

Overordnet må det siges, at brugerne i de tre besøgte centre oplever, at centrenes aktiviteter hjælper med til at styrke læreprocesserne om både forudsigeligheden, belastningsbalancen og delagtighed/deltagelse. Således bliver det oplevet bredt, at *forudsigeligheden* bliver forbedret på centret. Brugerne af alle tre centre oplever, at deltagelsen i aktiviteterne har medvirket til at gøre dem mere opmærksomme på,

hvordan træningsaktiviteter og de øvrige aktiviteter påvirker deres helbred. På den måde kan det siges, at brugerne er blevet bedre i stand til at gennemskue årsager og konsekvenser og at tage vare på eget helbred. For eksempel bliver det fremhævet, at det læres, hvordan kroppen holdes i gang på den rigtige måde.¹⁷ Et andet eksempel er diabetes-undervisning, hvor en bruger og hans hustru er begyndt at få gang i kogeboøgerne igen for at tilberede den rigtige slags kost. Desuden er vedkommendes viden blevet suppleret med teoritimer om diabetes.¹⁸ Her kan det siges, at vedkommende har lært om årsager og konsekvenser mellem kost og sygdom. På den måde er en del af tilværelsen, sammenhængen mellem daglige rutiner som madlavning og helbred, blevet mere forudsigelig for vedkommende. En anden bruger i et andet center understreger, at personalet gør meget ud af at forklare sammenhængen mellem en træningsaktivitet, og hvordan den påvirker brugerens funktionsevne. På den måde er personalet i bogstaveligste forstand med til at forklare sammenhængen mellem årsag og virkning.¹⁹

Mange af brugerne føler også, at *belastningsbalancen* er blevet forbedret eller gjort stærkere. Således bliver det i alle tre centre fremhævet, at en af de væsentligste funktioner i centret er at sætte skub i brugeren selv. Det fremhæves, at især ældre skal have 'et spark bagi' for at komme i gang.²⁰ Her fremhæves det især, at holdaktiviteter og det, at de ansatte holder øje med brugerne, bevirker, at brugerne bliver mere motiverede for at holde sig i gang. Ligeledes bliver det i alle tre centre understreget, at der er store forskelle på et center og et hospital. Blandt andet fremhæves det, at man på et center kommer frivilligt, mens man på et hospital kommer, fordi man er syg, hvilket udgør en kvalitativ oplevelsesforskel. Eller som en bruger udtrykker det: "Det er befriende, at man ikke er et stykke kød, der bliver stukket i." Endvidere bliver det fremhævet, at frivillighedsaspektet og atmosfæren i et center gør, at nogle brugere får modet til at lade sig teste for sundhedsproblemer. Desuden bliver det vurderet, at personalet på centret har en god måde at fortælle brugerne om problemer, der eventuelt skal testes for.²¹ En anden bruger fremhæver, at hun gennem centrets aktiviteter har fået kræfter til at male sit hus.

17. Interview med brugere 8/11-05.

18. Interview med brugere 1/11-05.

19. Interview med brugere og med forebyggelseskonsulent 6/10-05.

20. Interview med brugere 1/11-05.

21. Interview med brugere 6/10-05.

Disse eksempler fremhæver alle, at centrene kan være med til at styrke brugernes belastningsbalance, dvs. deres kræfter og mod, således at de har kunnet klare flere af hverdagens udfordringer.

Eksemplerne ovenfor kan ligeledes fortolkes derhen, at centre-
nes aktiviteter har medvirket til at påvirke læreprocessen om *deltagelse/delagtighed* i det omfang, det medfører, at brugerne føler, at dagligdagens udfordringer er blevet lettere at håndtere. I forhold til spørgsmålet om hvorvidt denne læreproces også er blevet forbedret via en aktiv deltagelse og medbestemmelse i centrene aktiviteter, er der blandede erfaringer. Brugere i alle tre centre mener, at personalet er gode til at lytte og også er lydhøre over for utilfredshed og ønsker om mindre ændringer. Der er dog variationer af denne historie i forskellige centre. I et mindre center bliver det fremhævet, at udgangspunktet for aktiviteterne ofte er: ”Hvad har du lyst til?” I et andet og lidt større center fremhæver brugerne i stedet, at de ikke ser nogen grund til at have medindflydelse. Som det beskrives: ”...hvis alle skulle have en mening, så ville det ikke gå.” Dette center kører med nogle forholdsvis klart afgrænsede forløb, hvilket besværliggør en langtidsinvolvering af brugerne. Eksemplet kan indikere, at centrene funktionsmåde og indretning betyder meget for, hvordan brugerne opfatter deres mulighed og behov for deltagelse i aktiviteterne.

Opsummerende på de tre læreprocesser kan det siges, at centrene er gode til at fremme læreprocesserne om forudsigelighed og belastningsbalance, mens deltagelse/delagtighed ikke bliver fremhævet i betydeligt omfang hos brugerne. Her spiller det ind, at centrene stadig fremstår som et visiteret tilbud på linje med andre tilbud i sundhedsvæsenet. Centrene lægger således ikke op til, at deltagerne selv skal definere indhold og forløb. Ligeledes fremstår mange centre med et fokus eller image som behandlings- eller forebyggelsessteder. Der er ikke tale om, at centrene fokuserer kraftigt på sundhedsfremme som en selvstændig aktivitet, men som beskrevet indgår elementer af sundhedsfremmetankegangen alligevel som en del af centrene aktiviteter.

Overordnet set nævnes det af brugerne i alle tre centre, at kvinder er langt bedre til at benytte sig af tilbuddene end mænd. Dette afspejler formentlig en generel tendens, hvor kvinder er bedre til at aktivere sig selv fysisk og socialt. Relateret til problemstillingen omkring motivation og deltagelse kan det siges, at hold- eller gruppepres internt blandt brugerne ser ud til at spille en forskellig rolle i de tre besøgte centre. I det mindre center ser holdpres ud til at spille en vis rolle i at motivere bru-

gerne til at møde op og deltage.²² Ligeledes bliver det understreget af brugerne, at de er kommet ind på livet af hinanden og har en naturlig nysgerrighed over for hinandens aktiviteter. Det skal her nævnes, at centrrets geografiske lokalitet synes at have betydning for samhørigheden blandt centres brugere. I det større center, der har mange afgrænsede forløb, bliver det fremhævet, at brugerne ikke socialiserer sig med hinanden. Her skal det også siges, at dette center er placeret i en større by. I det tredje center, der har en mellemstørrelse, er der ikke en tendens til, at brugerne socialiserer sig med hinanden. Men der er en vis nysgerrighed over for hinandens aktiviteter. Og brugerne snakker sammen, når de mødes på gaden.²³ Dette center er placeret i en mellemstor by.

I to af de tre centre er det påfaldende, at en stor del af de interviewede brugere, de fleste i det ene center og halvdelen i det andet, var kommet til centret på eget initiativ, også selvom centrene er visiterede tilbud. Mange havde læst om centrene i brochurer, aviser eller havde snakket med venner og bekendte om centrene. Først derefter havde de henvendt sig til relevante myndigheder og fået tilbuddet. En enkelt blev afvist flere gange af en rådgivende visitator, før denne fik tilbuddet. En generel følelse blandt brugerne er, at læger og sygehuse mangler viden om centrene og deres tilbud, der således ikke når ud til alle brugere. Man skal være varsom med at drage håndfaste konklusioner ud fra interview med brugerne, da det ikke kan sikres, at der er tale om et repræsentativt udvalg af alle brugere på centrene. Hvis det ofte er en forudsætning for, at brugeren benytter centret, at borgeren selv tager initiativ, kan det have betydning for centrene mulighed for at sikre en lige adgang til sundhedsydelser. Således må det forventes, at det er de mest ressourcestærke, der bedst er i stand til at skaffe informationer om centrene tilbud, jf. diskussionen i kapitel 3.

IMAGE

Spørgsmålet om, hvilke alders- og socialgrupper centrene tiltrækker eller burde tiltrække, hænger tæt sammen med spørgsmålet om image. Imageaspektet er potentielt meget væsentligt for, om centrene kan nå de mål-

22. Interview med brugere og med forebyggelseskonsulent 6/10-05.

23. Interview med brugere 8/11-05.

grupper, som er hensigten set fra de relevante myndigheders side. Et centers image kan relatere sig til enten de aldersgrupper, centret henvender sig til, eller de sociale klasser eller grupper, centrene er henvendt til.

En stor del af de nuværende centre henvender sig til ældre brugere, dvs. brugere, der er nået over pensionsalderen. I det omfang sådanne centre også forsøger at henvende sig til andre målgrupper, fx unge og midaldrende, skaber det nogle spændinger, især hvis der tale om mindre centre. 68-generationen vil nødig ses som havende de samme problemer som den ældre aldersgruppe. 68-generationen vil ikke opfattes som ældre. For eksempel udtrykker en leder bekymring for, at vedkommendes center er placeret i en bygning, der rummer et ældrecenter. Det frygtes, at denne placering kan medføre, at ikke alle i centrets målgruppe vil henvende sig.²⁴ Dette indtryk bliver afspejlet af centrets brugere. Brugerne giver udtryk for, at yngre brugere kan have svært ved at finde nogle at snakke med, og at de ofte føler sig fremmedgjorte på centret.²⁵ Det er et indtryk, der også kommer frem i andre centre.

For at tiltrække 68-generationen skal centrene have karakter af livsstilscentre ifølge eksperter på brugerområdet.²⁶ Hvis centrene således hovedsageligt indeholder tilbud til ældre – eller blot har det som en væsentlig del – kan centrene få besvær med at tiltrække den store kronikergruppe blandt midaldrende, der kan have gavn af centrene²⁷ (jf. Vinge et al., 2004:43ff). Dog ser det ud til, at større og mindre integrerede centre er i stand til at opretholde forskellige images. Det vil sige, at sådanne centre både kan have tilbud til yngre og ældre, uden at yngregruppen føler sig stigmatiseret.²⁸

En relateret problemstilling er spørgsmålet om, hvilken socialgruppe centrene skal henvende sig til. Problemstillingen relaterer sig til debatten om, hvorvidt centrene kan være en brobygger for en større integration af social- og sundhedsydelser i kommunerne. Blandt andet har det været fremført, at socialrådgiverfunktioner kunne blive en del af centrene. Her fremkommer der imidlertid også en del imageproblemer. Der kan bl.a. peges på, at socialrådgiverfunktioner vil medføre, at der formentlig vil komme en del brugere med betydelige sociale problemer.

24. Interview med centerleder 8/9-05.

25. Interview med brugere 1/11-05.

26. Interview med private konsulenter 15/4-05.

27. Interview med overlæge 20/1-05.

28. Interview med afdelingschef og fagcenterchef 29/6-05 og med ansatte 10/8-05.

Velfungerende og ressourcestærke brugere kan let komme til at føle sig stigmatiseret, hvis et givent center får et image som et 'tabercenter'.²⁹ Desuden kan fx socialrådgiverfunktioner være svære at forene med et image som livsstilscenter, som 68-generationen vil foretrække. Derudover kan det vise sig problematisk at integrere centrene med andre sundhedsfunktioner til marginaliserede brugere som fx alkoholikere på grund af det image, et center i så fald vil fremstå med.³⁰

29. Interview med private konsulenter 15/4-05.

30. Interview med forebyggelseskonsulent 6/10-05.

SUNDHEDSØKONOMISKE OVERVEJELSER OG FINANSIERING

Sundhedsøkonomien i forhold til centre relaterer sig til tre emner: For det første er der forskellige omkostningsopgørelser i forhold til den effekt, som centrene bibringer, for det andet er der problemstillinger i forhold til beregninger af centrenes forebyggelseseffekt, og for det tredje er der overvejelser over, hvilken betydning aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering (AKM) af sundhedsydelser får for centrene efter kommunalreformen

Det første emne om omkostningsopgørelser handler om de forskellige måder, omkostninger kan opgøres på, når en kommune eller et amt beslutter at oprette et center. Omkostninger afvejes mod den effekt, som centrets tilbud kan give. Med andre ord kan det siges, at de marginale omkostninger ved at oprette et center skal udtrykke den nytte, som kunne være opnået ved en alternativ anvendelse af de pågældende ressourcer. I så fald skal der tages stilling til, hvad der udgør en alternativ anvendelse af ressourcerne (Alban et al., 1999:95). Når der tales om centre, kan alternativet enten være ikke at oprette et center eller at anvende ressourcerne på andre primærkommunale eller regionale sundhedstilbud.

Der kan skelnes mellem tre overordnede typer omkostningsovervejelser (jf. Alban et al., 1999, kap. 5). Omkostningstyperne er vist i tabel 7.1.

Tabel 7.1

Omkostningsformer.

	Hvad beregnes/evalueres?	Hvem berøres?
<i>Direkte omkostninger</i>	Ressourceforbrug inden for sundhedssektoren, andre sektorer, som fx socialsektoren, og omkostninger, der bæres af brugeren og dennes pårørende, fx tidsforbrug.	Sundhedssektoren, andre beslægtede sektorer i kommunen/regionen, fx socialsektoren, samt brugeren og pårørende.
<i>Indirekte omkostninger</i>	Produktionstab i forbindelse med sygdom, fx mistede skatteindtægter og indtægtstab for virksomheder.	Samfundet som helhed eller den pågældende kommune/region.
<i>Uhåndgribelige omkostninger</i>	Den ængstelse, ubehag og/eller smerte, der er forbundet med sygdom.	Borgeren og dennes pårørende.

Kilde: Alban et al., 1999, pp. 99-106.

Disse omkostningstyper kan forbindes med to dominerende strategier, som kommuner og regioner benytter sig af, når de beslutter sig for at investere i sundhedssektoren: en servicestrategi og en substitutionsstrategi. Servicestrategien har som formål at udvide udbuddet af servicetilbud eller hæve niveauet for service til gavn for kommunens eller regionernes borgere. Heri indgår det, at det samlede udgiftsniveau stiger, hvilket i sidste ende må hentes ind via højere skatter. Substitutionsstrategien forsøger derimod at substituere sundhedsydelser i andre sektorer eller i andre offentlige servicefunktioner, således at disse sundhedsydelser kan erstattes af de nye sundhedsydelser. Et eksempel herpå kan være, at øget forebyggelse i centre medfører færre hospitalsindlæggelser og mindre behov for hjemmepleje mv. Formålet med substitutionsstrategien er at opnå en udgiftsbesparelse eller holde udgiftsniveauet neutralt (Møller Pedersen, 2005:9).

Hvilken strategi og hvilke omkostningsformer er så forbundet med oprettelsen og driften af centre? Som beskrevet i kapitel 2 er mange centre oprettet ud fra hensyn om at bevare lokale sundhedstilbud til borgerne i forbindelse med en sygehuslukning samt at bevare arbejdspladser i lokalområdet. Sådanne hensyn kan entydigt henregnes under en servicestrategi. For at beslutningen om at oprette og drive centre skal kunne henregnes under en substitutionsstrategi, skal intentionen bag oprettelsen af centrene have været, at centrene ydelser medfører et min-

dre træk på andre af kommunernes eller amternes sundheds- eller socialydelser, fx hjemmehjælp. Et entydigt fokus på en substitutionsstrategi kræver derfor, at der bliver lavet sundhedsøkonomiske beregninger, der dokumenterer den specifikke substitutionseffekt af centrenes ydelser.

Servicestrategiens dominans bliver bekræftet af besøgene hos de seks centre beskrevet i kapitel 5. Ud over at det bliver fremhævet, at akutte lokale behov har betinget oprettelsen af centrene, bliver det ligeledes fremhævet, at det er problematisk at dokumentere forebyggelseseffekten og effekten af centrenes ydelser på det øvrige sundhedsvæsen. Selv i det største af de besøgte centre bliver det fremhævet, at effekterne af centrets ydelser på trækket på sygehusvæsenet er for små til, at de kan måles. Samtidig er usikkerhedsmomenterne også for store. I dette center bliver dets eksistens begrundet med, at hvis det ikke havde været der, ville der have været nogle, der "havde ligget derhjemme og haft det rigtig skidt".³¹ Her er det de uhåndgribelige omkostninger, der er i spil, jf. tabel 7.1. Andre steder bliver det fremhævet, at dokumentation af eventuelle besparelser ikke er påbegyndt endnu eller er svære at gennemføre. På den baggrund fremhæves det et sted, at det er de indirekte omkostninger, der har været i fokus ved beslutningen om at oprette et center. Dette center har fokus rettet mod forebyggelse og reduktion af fx sygefravær. De indirekte omkostninger har været i fokus, da de direkte omkostninger ikke er blevet dokumenteret endnu.³² I andre centre bliver det ydermere fremdraget, at det at indhente dokumentation til brug for beregning af besparelser både er besværligt og meget tidskrævende, bl.a. fordi forebyggelsestiltag har en meget lang tidshorisont. I centrene føler man i forvejen, at der bruges megen tid på at dokumentere. Det fremhæves, at andre eksterne organisationer burde bruge tid på at dokumentere effekten, da disse har uddannelsen og muligheden for at gøre det.³³

Opsummerende på det ovenstående kan det siges, at det er servicestrategien, der har været dominerende i beslutningen om at oprette centre. De omkostningsformer, der har været bragt i spil, er især de 'uhåndgribelige omkostninger' og i mindre grad de indirekte omkostninger. Det skyldes, at centrene mange steder er oprettet på grundlag af, at

31. Interview med afdelingschef og fagcenterchef 29/6-05.

32. Interview med vicekontorchef 15/6-05.

33. Interview med ansatte fysioterapeuter 8/8-05 og ansatte 9/8-05.

der er blevet identificeret et behov for centrenes ydelser – behov, der ikke har været begrundet i et stringent økonomisk rationale.

KOMMUNALREFORMEN OG AKTIVITETSBASERET KOMMUNAL MEDFINANSIERING

Kommunalreformen, der er implementeret fra 2007, vil formentlig få stor betydning for beslutningerne om at oprette centre samt for driften af nye og eksisterende centre. En af de vigtigste ændringer er den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering (AKM) af de sundhedsydelser, som regionen skal udføre for de nye kommuner. Kommunalreformen medfører, at 20 pct. af det samlede offentlige sundhedsbudget skal komme fra kommunerne. AKM hviler på to elementer, for det første et grundbidrag på 1.000-1.500 kr. pr. indbygger i kommunen, der betales til regionen, og for det andet et bidrag på 30 pct. af DRG-taksten³⁴, dog maksimalt 4.000 kr., hver gang en af kommunens borgere indlægges på et af regionens hospitaler, modtager ambulant sygehusbehandling, konsulterer en speciallæge eller bruger andre af regionernes sundhedsydelser. Kommunerne får tildelt ressourcer til at dække disse udgifter bl.a. ud fra et bloktilskud fra staten baseret på objektive udgiftsbehov. Bloktilskuddet finansieres via en sundhedsskat, der afløser amtsskatten (Møller Pedersen, 2005: kap. 2).

Formålet med reformen er at tilskynde kommunerne til at forebygge indlæggelser og anden brug af regionernes sundhedsydelser. Der ved kan der opnås en højere grad af omkostningseffektivitet i sundhedsvæsenet, og borgerne vil opleve en højere grad af livskvalitet, idet der i langt højere grad sættes på forebyggelse end på behandling.

Aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering forudsætter således en kommunal oprustning på forebyggelses- og sundhedsområdet. Centre vil være en oplagt ramme for denne forøgede indsats på sundheds- og forebyggelsesområdet. AKM vil således blive den vigtigste årsag til oprettelsen af centre i fremtiden, også vigtigere end sygehuslukninger ifølge en ekspert.³⁵

34. DRG står for Diagnose Relaterede Grupper, der er et afregningssystem, der bruges til at prissætte sundhedsydelser.

35. Interview med ekspert fra interesseorganisation 9/5-05.

Mekanismerne bag AKM kan entydigt henregnes under en substitutionsstrategi. Det er meningen, at fx centrenes ydelser skal kunne substituere regionens sundhedsydelser. Logikken bag AKM er baseret på, at de direkte omkostninger inden for sundhedssektoren og den sociale sektor kan beregnes, og den mest hensigtsmæssige ressourceallokering mellem de to sektorer dermed kan fastlægges i kommunerne for at mindske trækket på regionernes sundhedsydelser. Alternativt er det også blevet fremhævet, at AKM baserer sig på kommunernes besparelser af udgifter til fx sygedagpenge o.l. Det vil sige, at indirekte omkostninger også kommer i spil i logikken bag AKM.

Overordnet set bliver det fremhævet af en ekspert, at det er vigtigt, at der opnås en integration af social- og sundhedsydelser i en kommunal logik, der indeholder forebyggelses- og sundhedstækning.³⁶ Specifikt er der blevet peget på, at nogle af de midler, kommunerne får frigjort som følge af AKM, kommer til at gå til plejebehandling. Dette begrundes med, at der kommer til at mangle hjemmehjælpere i fremtiden.³⁷ I de besøgte centre er der fokus på og en bevidsthed om, at kommunalreformen kommer til at betyde noget for centrenes drift og indretning. I et større center er der planer om større fokus på forebyggelse. Den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering bliver i den henseende fremdraget som en af de mekanismer, der bevirker, at der vil komme større fokus på forebyggelse. Det understreges dog, at det ikke er blevet udregnet præcist, om kommunerne kan lave en fuldkommen økonomisk substitution af regionale sundhedsydelser. Baggrunden for at satse på forebyggelse bliver i stedet en anden sundhedstankegang, hvor kommunen vil begynde at tænke anderledes på grund af AKM. Det fremhæves, at den nye tankegang i kommunen vil blive understøttet af en administrativ opbygning af sundhedsfaglig kompetence i kommunen. Det vil således blive nødvendigt med sundhedsøkonomiske beregninger, bl.a. fordi økonomiske beregninger er nødvendige for at komme igennem med politiske beslutninger.³⁸ Andre steder fremhæves det ligeledes, at AKM kommer til at virke adfærdsregulerende, bl.a. ved at tvinge kommunerne til at tænke mere på forebyggelse med det formål at udskyde indlæggelser. Det forventes i sammenhæng med den øgede fokus på forebyggelse,

36. Interview med ekspert fra interesseorganisation 9/5-05.

37. Interview med private konsulenter 15/4-05.

38. Interview med afdelingschef og fagcenterchef 29/6-05.

at de eksisterende centre tilføres flere ressourcer.³⁹ ⁴⁰Flere steder bliver det dog fremhævet, at der hidtil ikke har været foretaget sundhedsøkonomiske beregninger. Sundhedsøkonomiske beregninger må således ses som en ny aktivitet, der igangsættes i mange kommuner efter kommunalreformen (Christensen & Vinther, 2005).

Opsummerende på betydningen af AKM kan det siges, at den nye mekanisme formentlig vil medføre, at der kommer en øget bevidsthed om centrenes muligheder for at rumme kommunernes forøgede forpligtelser på forebyggelses- og sundhedsområdet. Denne øgede bevidsthed vil formentlig også medføre, at kommunerne begynder at fokusere mere på, hvilke specifikke indsatser centrene skal tage sig af. Imidlertid må det vurderes, at hvis den nuværende tendens til, at centre bliver etableret med fokus på lokalt betingede behov, dvs. gennem en 'bottom-up'-proces, vil den store variation i centrenes opbygning formentlig umuliggøre en samlet sundhedsøkonomisk beregning af centrenes substitutionseffekter på andre sundheds- eller socialydelser. Dertil er centrene for små og virkningen af indsatserne for usikre. Den store variation i indretningen på landsplan gør det endvidere svært at lave en national evaluering af de sundhedsøkonomiske konsekvenser af centrenes indsats, da det bliver svært at finde en hensigtsmæssig deltagelses- og kontrolgruppe.

39. Interview med ansatte, socialchef og sundhedskordinator 9/8-05.

40. Interview med forebyggelseskonsulent 6/10-05.

MULIGHEDERNE OG BEHOVET FOR EFFEKTEVALUERINGER

Den seneste tids kraftige fokusering på centre og de kommende etableringer af nye centre rundt om i landet sætter fokus på behovet for at kunne dokumentere virkninger eller effekter af centrenes virke. Det skal også ses i lyset af de seneste års bestræbelser på at dokumentere effekten af indsatser på social- og sundhedsområdet samt andre offentlige områder.

Som beskrevet nedenfor stiller egentlige effektevalueringer eller effektmålinger forholdsvis store krav til dataindsamlingen, som det ikke har været muligt at foretage i forbindelse med indeværende undersøgelse. Afsnittet vil derimod beskrive de muligheder og krav, som egentlig effektevalueringer af centre stiller til dataindsamling og metoder.

Ved analyser af den indvirkning, som centre kan have på brugere, lokalsamfundet og det øvrige sundheds- og socialvæsen står følgende evalueringsmodeller umiddelbart til rådighed: brugerevaluering, effekt-evaluering, målevaluering og/eller procesevaluering (se fx Dahler-Larsen & Krogstrup, 2001). Når specifikke effekter afdækkes, er det afgørende, hvad der ville være sket, hvis en indsats ikke havde fundet sted. Ved effektevalueringer er den største udfordring at udrede årsag og virkninger ved aktiviteter. En måde at gøre det på er ved randomiserede effektevalueringer, hvor effekter i så fald kan tilskrives selve aktiviteten. En erstatning for egentlige effektmålinger er kvasi-eksperimentelle effektevalueringer, hvor 'indsatsgruppen' ved hjælp af statistiske analysemetoder

sammenlignes med en pseudo-kontrolgruppe, der ikke har deltaget i det sociale program, men som ligner indsatsgruppen mest muligt. Hermed kan der tages højde for, at indsatsgruppen normalt er karakteriseret ved skæv selektion i forhold til den samlede målgruppe (Mohr, 1995).

Målevalueringer, der er beslægtet med effektevalueringer, sætter fokus på, om sociale eller andre programmets målsætninger indfries. Er målsætninger, der har været medvirkende til at iværksætte en given indsats, blevet indfriet? Er indsatsen årsag til en målindfrielse? (Foss Hansen, 2002). Procesevalueringer, derimod, sætter ikke fokus på målopfyldelse, men evaluatoren forsøger at forstå, hvad der sker under et programforløb, fx med hensyn til vanskeligheder i forbindelse med indsatsers implementering.

Centralt i effektmålinger er, jf. ovenstående, at afdække et årsag-virkningsforhold mellem en indsats og den resulterende effekt ved en given aktivitet (Dahler-Larsen, 2004:96). En sådan aktivitet kunne fx være oprettelsen og driften af et center. Hvis de tilgængelige data til at lave effektevalueringer mangler, kan der som en første fase i en effektevaluering anvendes virkningsevaluering (Dahler-Larsen, 2004). Ved hjælp af virkningsevaluering vil der kunne 'indsamles' indikatorer for årsag-virknings forhold, der kan anvendes i et senere forløb i en egentlig effektevaluering.

Centralt i virkningsevaluering er såkaldte CMO-konfigurationer. CMO står for *Contexts, Mechanisms* og *Outcomes* (Pawson & Tilley, 1997). En virkningsevaluering må se på samspillet mellem *mekanismer* og *kontekst* for at udrede, hvad *resultatet* eller effekten af et bestemt tiltag bliver. Det understreges, at mekanismer altid fungerer inden for en given social virkelighed, kontekst, der strukturerer de mulige udfald, som en given aktivitet, fx på sundhedsområdet, kan give sig udslag i. En beskrivelse af en given mekanisme er således en redegørelse for opsætningen og udførelsen af regelmæssig adfærd og de gensidige forbindelser mellem de personer, der udfører den regelmæssige adfærd, der følger af en bestemt aktivitet. Mekanismer er med andre ord en teori om menneskelige handlemåder og menneskelige ræsonnementer inden for et givet handlingsrum (ibid.:68). Analyse af årsag-virkningsforhold i en CMO belysning handler således om, 'hvad der virker for hvem i hvilken sammenhæng'. CMO-tilgangen fremhæver, at mennesker reagerer fornuftsbetonet eller logisk ud fra argumenter på de tilskyndelser, mennesker får i en given aktivitet (Togeby, 2001:152).

Virkningsevaluering kan med fordel kombineres med mål- og/eller procesevalueringer af enkelte centre. Som beskrevet i kapitel 2 og 4, er der stor variation i de oprettede centre. Samtidig vil de kommende etableringer formentlig stadig udvise stor variation. Det er derfor vanskeligt at lave en enkelt ramme for effektevalueringen af alle centre. I udviklingen af relevante evalueringsrammer kan erfaringerne fra de mange evalueringer i sundhedssektoren (fx Mainz & Rhode, 2001) og socialsektoren (fx Videnscenter på Ældreområdet, 2005) anvendes.

KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Som nærværende undersøgelse har vist, er der mange facetter eller aspekter i og omkring centre og deres virke. Årsagen til, at der findes disse mange aspekter, er, at centre er blevet et nøglebegreb i krydsfelterne omkring bl.a. kommunernes overtagelse af flere sundhedsopgaver, diskussionen omkring behovet for at satse kraftigere på forebyggelse og/eller sundhedsfremme og i en faglig og organisatorisk kamp om, hvordan det fremtidige sundhedsvæsen i Danmark skal indrettes. De mange facetter eller aspekter i debatten om centre har haft som konsekvens, at det er blevet svært at lave en rationel udredning af centrenes potentiale. For det første er den virkelighed, hvori de eksisterende centre fungerer, blevet afkoblet fra diskussionen om centre og centrenes potentiale. Og for det andet er centrene blevet samlingspunktet for modsatrettede interesser, der hver især vil definere centrenes indhold og arbejdsopgaver.

Andre problemer med at foretage en udredning af de eksisterende centre i Danmark er, at der er en stor variation i opbygningen af de centre, der er blevet etableret i Danmark. Variationen er en konsekvens af de lokale og konkrete behov, der har været i fokus i kommunerne eller amterne, da centrenes etablering blev vedtaget. Opbygningen af centre kan således beskrives som en bottom-up proces, idet der ikke har fundet nogen central styring sted. Dermed adskiller centrene sig fra mange andre lande, hvor centerlignende tilbud er blevet etableret ud fra en central plan for opbygningen af sundhedsvæsenet i de pågældende lande, som

det ses i Finland, Sverige og Storbritannien. Således er de danske centre langt mindre specialiserede end fx de finske, hvor der er ansat læger. Det kan derfor umiddelbart være svært at inddrage erfaringerne fra disse lande i driften af de danske centre. De angelsaksiske erfaringer med 'walk-in centres' eller 'walk-in clinics' adskiller sig desuden fra danske erfaringer, idet centrene i disse lande er uvisiterede tilbud, mens der i Danmark er tale om visiterede tilbud. En anden konkret forhindring for erfaringsudveksling er, at der mangler evalueringer af centre i andre lande, som kan bruges til erfaringsopsamling i Danmark.

Centre er også blevet nævnt som et samlingspunkt for en højere grad af integration af social- og sundhedsydelser i primærkommunalt regi, især i forbindelse med kommunalreformen. De konkrete erfaringer i Danmark er endnu sparsomme omkring dette område. Der er således behov for erfaringsbaseret vidensopsamling og konceptuel udvikling af området. Det er ikke klart, at en fysisk placering i et center automatisk vil medføre et markant øget samarbejde mellem de to grupper. Integration af de to områder skal ikke kun ske i centret – der må også ske en integration længere oppe i myndighedshierarkiet. Det, der kan kaldes en 'organisatorisk enhedsstruktur', kan således være en forudsætning for, at der kan udvikles en klar organisatorisk mission og en klar idé bag centrene, som det vil blive beskrevet nedenfor.

På brugersiden er det muligt at identificere andre potentielle forhindringer for integration af social- og sundhedspersonale. Hvis fx socialrådgivere er tilknyttet centre, kan det give nogle imageproblemer. Hvis centret henvender sig til en borgergruppe med tunge sociale problemer, er det blevet fremført fra både eksperter og ansatte, at det kan vise sig vanskeligt at tiltrække mere velfungerende borgergrupper, der vil kunne føle sig stigmatiseret ved at blive set i forbindelse med brugere med tunge sociale problemer.

Generelt vil problemstillingen omkring, hvilken målgruppe centrene henvender sig til, tilsige, at det ved oprettelsen af centre må overvejes nøje, hvilken målgruppe centret skal henvende sig til. Hvis der er tale om et mindre center, ser det ud til, at der er nogle fordele ved, at centrene henvender sig til en homogen målgruppe. Det gælder med hensyn til den sociale profil af målgruppen eller alderssammensætningen af målgruppen. Således kan det på samme måde som ved den sociale profil være svært at tiltrække yngre borgere til et center, der hovedsagelig henvender sig til ældre borgere.

Ud over betydningen af målgruppen er det muligt at pege på nogle teoretiske og erfaringsbaserede pejlemærker for, hvad der kan fremme en klar og konsistent indsats på et bestemt satsningsområde som fx tværfagligt samarbejde og/eller et fokus på sundhedsfremme og forebyggelse. For det første skal der ved oprettelsen af centret være et initialt stærkt fokus på centrets bærende idé. Dette kan opnås ved at ansætte en leder, der i de daglige beslutninger har mulighed for at gennemføre den bærende idé bag centret. Heri er det vigtigt, at medarbejderne slutter op omkring den centrale vision bag centret. Potentielle forhindringer for, at medarbejderne kan slutte op bag den centrale vision bag centret, er, hvis der er et delt myndighedsansvar, fx mellem kommune og region. De ansattes forskellige ansættelsesmyndigheder kan således give de ansatte nogle forskellige incitamenter, da de vil skulle orientere sig opad i forskellige myndighedshierarkier. Derved vil potentialet for at lave en samordnet og koordineret indsats blive forringet. På samme måde kan der være problemer med at samordne privat og offentlig drift i eller omkring centrene. Privatsatte har incitamenter, der kan være vanskelige at forene med de offentligt ansattes incitamenter. Det kan derfor være vanskeligt at lave en fælles vision for et center, der indeholder både private og offentligt ansatte.

Med fokus på den sociale profil i det lokale område, som centrene bliver oprettet i, kan man pege på, at der må være en sammenhæng mellem de målsætninger, som centret ønsker at forfølge, og eksistensen af alternative og konkurrerende tilbud i nærmiljøet. Eksempelvis kan det være vanskeligt for nogle centre at tilskynde borgerne til en aktiv involvering i centrenes aktiviteter, hvis der findes mange konkurrerende sociale og kulturelle aktiviteter i nærmiljøet. Således vil en hensigtsmæssig indretning af centre fx tage højde for en land/by-forskel. De eksisterende centre er i høj oprettet med baggrund i lokale forhold og lokale betingelser, så den sociale profil i nærmiljøet er der til en vis grad allerede taget højde for.

Vedrørende de økonomiske og finansieringsmæssige overvejelser bag oprettelsen af centre kan der peges på, at der i de hidtidige centre ikke har været et selvstændigt behov for at forsvare centrene i økonomiske termer. Centrene er blevet til som et led i den almindelige økonomiske prioritering, når der har været lokaliseret et behov for centrenes ydelser i lokalsamfundet. Disse behov har ofte været begrundet i sygehuslukning med efterfølgende fokus på bevarelse af sundhedstilbud i lokalom-

rådet og bevarelse af arbejdspladser. På den baggrund har der i kommunerne og amterne ikke været et stort behov for økonomiske evidensberegninger af, om centre har kunnet betale sig i forhold til besparelser andre steder i det kommunale eller amtslige system. Den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering, der følger med kommunalreformen, kan ændre på motiverne for at oprette centre. Kommunerne får her et direkte økonomisk incitament til at satse på forebyggelse og sundhedsfremme, hvilket centre kan være en hensigtsmæssig ramme for. Der er imidlertid stadig en del usikkerhedsmomenter. Forebyggelse og sundhedsfremme er ofte tiltag, der har en lang tidshorisont, hvor der kan være betydelige usikkerhedsmomenter i at afdække den præcise sammenhæng mellem årsag og virkninger. Samtidig vil sundhedsøkonomiske beregninger blive en ny foreteelse i mange kommuner, hvorfor der kan ventes lange indkøringsperioder. Samtidig vil faktorer som prestige og arbejdspladser formentlig vedblive at spille en rolle. Når kommunerne med kommunalreformen har fået større forpligtelser inden for sundhedsområdet, kan politisk pres for at udvide serviceniveauet inden for forebyggelses- og sundhedsområdet komme til at spille en betydelig rolle i fremtiden.

Der vil være et behov for mere dybtgående evalueringer af nye etableringer af centre og de effekter, disse centre vil få på det øvrige sundheds- og socialvæsen. Så længe centre bliver ved med at have en stor variation i opbygning og funktionsmåde, vil det ikke være muligt at lave en samlet national evaluering af centre, som der er blevet lavet i Storbritannien. I stedet må der satses på evalueringer af enkelte centre, fx via mål- og procesevalueringer af centre, der satser på fx genoptræning efter hospitalsophold, eller centre, der satser på forebyggelse over for børn og unge mv. Heri kan fx indgå ændrede kontaktmønstre til hospitaler og læger mv. Det vil formentlig heller ikke være muligt at foretage egentlige sundhedsøkonomiske beregninger af effekten af centre, når centrene ikke har direkte eksplicit fokus på at substituere amtslige/regionale sundhedsydelser.

LITTERATUR

- Alban, A., B. Danneskiold-Samsøe, J. Kjellberg Christensen, M. Straus-
holm Knudsen & J. Sørensen (1999): *Sundhedsøkonomi – Principper
og perspektiver*. DSI – Institut for sundhedsvæsen.
- Amtsrådsforeningen (2003): *Lokale sundhedscentre i et sammenhængende sund-
hedsvæsen*. Notat.
- Burström, B. & L.N. Foree (2001): *Vård på lika villkor? – En
litteraturgenomgång av studier av vårdutnyttjande i olika grupper*. SLL,
Socialmedicin 2001:1.
- Bylund, A. (1991): Præsentation af Nibe Sundhedscenter, pp. 60-64. I:
Sundhedscentre i lokalsamfundet. Dansk Sygehus Institut-rapport
90.12.
- Chalder, M., D. Sharp., L. Moore & C. Salisbury (2003): Impact of NHS
walk-in centres on the workload of other local healthcare pro-
viders: time series analysis. *British Medical Journal*, vol. 326.
- Christensen, V.T. & H. Vinther (2005): *Kommunale overvejelser angående
ændringerne på genoptræningsområdet som følge af kommunalreformen*.
Upubliceret SFI-notat. København: Socialforskningsinstituttet.
- Dahler-Larsen, P. & H.K. Krogstrup (2003): *Nye veje i evaluering*. Systime
Academic.

- Dahler-Larsen, P. (2004): Idegrundlaget bag virkningsevaluering, pp. 96-112. I: Dahler-Larsen, P. & Krogstrup, H.K.: *Nye veje i evaluering*, Systime Academic.
- Danneskiold-Samsøe, B., H. Lipczak & L. Engberg (2003): *Det finske sundhedsvæsen*. DSI-Institut for Sundhedsvæsen.
- Engberg, L., B. Danneskiold-Samsøe & H. Lipczak (2003): *Det finske sundhedsvæsen – Nogle karakteristika og udviklingstendenser med udgangspunkt i nuværende administration, organisation og finansiering*. DSI-Institut for Sundhedsvæsen.
- Foss Hansen, H. (2002): *Evalueringspraksis i teoretisk belysning* (arbejdsrapport). Institut for Statskundskab.
- Grønnegård Christensen, J. & M. Ibsen (1994): *Bureaukrati og bureaukrater*. Systime.
- Grønnegård Christensen, J. (2003): *Velfærdsstatens institutioner*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Häkkinen, U. (2005): *The Impact of Finnish Health Sector Reforms*. STAKES, discussion paper 2/2005.
- Jensen, T.K. & T.J. Johnsen (2000): *Sundhedsfremme i teori og praksis. En lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Århus: Aarhus Universitet, forlaget Philosophia.
- Keskimäki, I. (2006): *Personlig kommunikation*. 24/5-06.
- Kjellberg, J. & L. Herbild (2002a): *Deskriptiv analyse af udvalgte nordeuropæiske sundhedssystemer – Finland*. Amtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Kjellberg, J. & L. Herbild (2002b): *Deskriptiv analyse af udvalgte nordeuropæiske sundhedssystemer – Sverige*. Amtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- KL (2005): *Kortlægning af kommunernes eksisterende og planlagte sundhedstilbud – kap. 3. Sundhedcentre*.
- Mandag Morgen, 22 (2004): *Farlig nytænkning*, pp.3-9.
- Mainz, J. & P. Rohde (2001): Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser: Monitorering og udvikling, pp. 172-179. I: Dahler-Larsen, P. & Krogstrup, H.K.: *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Mohr, L.B. (1995): *Impact Analysis for Program Evaluation*. Thousand Oaks, Sage.

- Møller Pedersen, K. (2004): Behovet for strukturændringer i sundhedssektoren. I: *Brudstykker eller sammenhæng – en antologi om forudsætningen for en offentlig strukturreform*. FOKUS.
- Møller Pedersen, K. (2005): *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet – en idé på sandgrund?* Syddansk Universitetsforlag.
- OECD (2005): *OECD Reviews of Health Systems – Finland*. Paris: OECD.
- Pallesen, T. (1997): De danske og engelske sundhedsreformer: En test af New Public Management-bølgens indhold og betydning. *Politica*, 29, 3, pp. 279-295.
- Pawson, R. & N. Tilley (1997): *Realistic Evaluation*. SAGE Publications.
- Rødekro Kommune (2004): *Rapport om Sundhedscenter*. September 2004.
- Salisbury, C. et al. (2002): *The National Evaluation of NHS Walk-in Centres*. University of Bristol.
- Salisbury, C. & J. Munro (2002): Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *British Journal of General Practice* (januar 2002).
- Strukturkommissionens betænkning – bilag, sektorkapitler (2004): Sundhed, kapitel 31.
- Sundhedskartellet (2003): *Sundhedscentre – Nye veje til mere sundhed for pengene*. Dansk Sygeplejeråd.
- Sundhedskartellet (2004): *Sundhedscentre – nødvendige lokale sundhedstilbud*. Dansk Sygeplejeråd.
- Thune Jacobsen, E. (1991a): *Sundhedscentre i lokalsamfundet*. Dansk Sygehus Institut-rapport 90.12.
- Thune Jacobsen, E. (1991b): Redaktøren runder af: Set i bakspejlet”, pp. 106-11. I: *Sundhedscentre i lokalsamfundet*. Dansk Sygehus Institut-rapport 90.12.
- Thune Jacobsen, E. (1991c): Hvordan står det til med sundhedscenterideen i Danmark?, pp. 20-24. I: *Sundhedscentre i lokalsamfundet*. Dansk Sygehus Institut-rapport 90.12.
- Togeby, M. (2001): Effektevaluering og statistiske analyser, pp. 141-56. I: Dahler-Larsen, P. & H.K. Krogstrup (red.): *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- van Doorslaer, E. et al. (2000): Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19, pp. 553-583.

- van Doorslaer, E. et al. (2002): Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries: Has Equal Treatment of Equal Need been Achieved, pp. 225-45. I: OECD: *Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries*. OECD.
- Videnscenter for Ældreområdet (2005): *Dokumentation af de forebyggende hjemmebesøg*. Hellerup.
- Vinge, A. (1991): Erfaringer fra social – medicinsk – pædagogisk center i Brande, pp. 42-46. I: *Sundhedscentre i lokalsamfundet*. Dansk Sygehus Institut-rapport 90.12.
- Vinge, S., Hovgaard Vested, S. & Ankjær-Jensen, A. (2004): *Sundhedscentre i Frederiksborg Amt*. DSI-Institut for sundhedsvæsen.
- Wagstaff, A. & E. van Doorslaer (2000): Equity in Health Care Finance and Delivery, pp. 1803-1862. I: Culyer, A.J. & J.P. Newhouse (red.): *Handbook of Health Economics*, vol. I, B. Amsterdam: North-Holland/Elsevier.
- Wilson, J.Q. (1989): *Bureaucracy – what government agencies do and why they do it*. BasicBooks/HarperCollins Publishers.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2006

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 06:01 Egelund, T.: *Sammenbrud i anbringelser*. 2006. 79 s. ISBN 87-7487-802-6. Kr. 65,00
- 06:02 Holt, H., Geerdsen, L.P., Christensen, G., Klitgaard, C. & Lind, M.L.: *Det kønsopdelte arbejdsmarked. En kvantitativ og kvalitativ bety-
ning*. 2006. 250 s. ISBN 87-7487-804-2. Kr. 228,00.
- 06:03 Rosdahl, A.: *Kommunale aktiveringsprojekter med produktion*. 2006. 51
s. ISBN 87-7487-805-0. Kr. 50,00.
- 06:04 Christensen, E.: *Opvækst med særlig risiko. Indkredsning af børn med
behov for en tidlig forebyggende indsats*. 2006. 92 s. ISBN 87-7487-
806-9. Kr. 85,00.
- 06:05 Jørgensen, M.S., Holt, H., Hohnen, P. & Schimmel, G.: *Job på
særlige vilkår. Overblik over viden på området*. 2006. 83 s. ISBN 87-
7487-807-7. Kr. 75,00.
- 06:06 Rasmussen, M.: *Kontanthjælpsmodtageres gæld. Eftergivelse af offentlig
gæld*. 2006. 68 s. ISBN 87-7487-808-5. Kr. 55,00.
- 06:07 Møller, S.S. & Rosdahl, A.: *Indvandrere i job. Marginalisering og be-
skæftigelse blandt ikke-vestlige indvandrere og efterkommere*. 2006. 171 s.
ISBN 87-7487-809-3. Kr. 160,00.

- 06:08 Bengtsson, S. & Kristensen, L.K.: *Særforsorgens udlægning*. 2006. 96 s. ISBN 87-7487-810-7. Kr. 100,00.
- 06:09 Larsen, M.: *Fastholdelse og rekruttering af ældre. Arbejdspladsers indsats*. 2006. 101 s. ISBN 87-7487-813-1. Kr. 100,00.
- 06:10 Hestbæk, A.-D., Lindemann, A., Nielsen, V.L. & Christoffersen, M.N.: *Nye regler – ny praksis. Ændringerne i servicelovens børneregler 2001. Afslutningsrapport*. 2006. 265 s. ISBN 87-91247-80-2. Rapporten er udgivet af Styrelsen for Social Service. Kontakt denne eller send bestilling pr. e-mail til bestilling@servicestyrelsen.dk.
- 06:11 Olsen, H.: *Guide til gode spørgeskemaer. En manual*. 2006. 100 s. ISBN 87-7487-812-3. Kr. 100,00.
- 06:12 Bonke, J.: *Ludomani i Danmark. Udbredelsen af pengespil og problemspillere*. 2006. 79 s. ISBN 87-7487-811-5. Kr. 85,00.
- 06:13 Müller, M.M.: *Arbejdsmiljø og indvandrere. Erfaringer i forhold til rekruttering og fastholdelse*. 2006. 92 s. ISBN 87-7487-816-6. Kr. 90,00.
- 06:14 Hansen, H.: *Time Series of APW-Calculations - Module for Great Britain 1991-2004*. 2006. 83 s. ISBN 87-7487-815-8. Netpublikation.
- 06:15 Clausen, J., Heinesen, E. & Hussain, M.A.: *De nye kommuners rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 2006. 106 s. ISBN 87-7487-824-7. Netpublikation.
- 06:16 Christensen, G. & Christensen, S.: *Etniske minoriteter, frivilligt socialt arbejde og integration. Afdækning af muligheder og perspektiver*. 2006. 220 s. ISBN 87-7487-817-4. Netpublikation.
- 06:17 Schimmel, G.: *LO-dokumentation nr. 2/2006. Barrierer for kvinder i fagligt arbejde. En kvalitativ undersøgelse af årsagerne til kvinders lavere repræsentation i LO-fagbevægelsen*. 2006. 120 s. ISBN-10: 87-7735-770-1, ISBN-13: 978-87-7735-770-1. Kr. 20,00. Rapporten er udgivet af Landsorganisationen i Danmark.
- 06:18 Boje, T.P.: *Frivillighed og nonprofit i Danmark. Omfang, organisation, økonomi og beskæftigelse*. 2006. 275 s. ISBN 87-7487-821-2. Kr. 250,00.
- 06:19 Boje, T.P., Fridberg, T. & Ibsen, B. (red.): *Den frivillige sektor i Danmark. Omfang og betydning*. 2006. 172 s. ISBN 87-7487-822-0. Kr. 160,00.

- 06:20 Geerdsen, P.P. & Geerdsen, L.: *Fra aktivering til beskæftigelse. En gennemgang af aktiveringsindsatsen i det danske dagpengesystem.* 2006. 72 s. ISBN 87-7487-818-2. Kr. 70,00
- 06:21 Jespersen, C.: *Socialt udsatte børn i dagtilbud.* 2006. 108 s. ISBN 87-7487-835-2. Kr. 100,00
- 06:22 Christensen, V.T.: *Uhørt? Betydningen af nedsat hørelse for arbejdsmarkedstilknytning og arbejdsliv.* 2006. 254 s. ISBN 87-7487-823-9. Kr. 248,00.
- 06:23 Jensen, T.G., Schmidt, G., Jareno, K.N. & Roselius, M.: *Indsatser mod arelrelateret vold.* 2006. 185 s. ISBN: 87-7487-825-5. Netpublikation.
- 06:24 Miiler, M.M., Høgelund, J. & Geerdsen, P.P.: *Handicap & beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2005.* 2006. 128 s. ISBN 87-7487-826-3. Kr. 110,00.
- 06:25 Christensen, E. & Andersen, K.V.: *Livsvilkår for børn med familie på danske asylcentre.* 2006. 120 s. ISBN: 87-7487-827-1. Kr. 120,00.
- 06:26 Rostgaard, T.: *Oplysning om demens. En evaluering af Socialministeriets pulje til oplysning om demens.* 2007. 65 s. ISBN: 978-87-7487-829-2. Kr. 60,00.
- 06:27 Bengtsson, S. & Nemli, A.: *Oplevelsen af MST. Forældres, unges og terapeuters erfaringer med Multisystemisk Terapi.* 2006. 136 s. ISBN: 87-7487-830-1. Kr. 140,00.
- 06:28 Stigaard, M.V., Sørensen, M.F., Winter, S.C., Friisberg, N. & Henriksen, A.C.: *Kommunernes beskæftigelsesindsats.* 2006. 113 s. ISBN 87-7487-832-8. Kr. 90,00.
- 06:29 Madsen, M.B., Mortensen, M.D. & Rosdahl, A.: *Arbejdsmarkedsparat eller ej? En kvalitativ undersøgelse af visitationen af kontanthjælpsmodtagere i ti kommuner.* 2006. 109 s. ISBN 87-7487-833-6. Kr. 100,00.
- 06:30 Rosdahl, A. & Petersen, K.N.: *Modtagere af kontanthjælp. En litteraturoversigt om kontanthjælpsmodtagere og den offentlige indsats for at hjælpe dem.* 2006. 87 s. ISBN 87-7487-834-4. Kr. 65,00.
- 06:31 Deding, M & Jakobsen, V.: *Indvandreres arbejdsliv og familieliv.* 2006. 101 s. ISBN 87-7487-836-0. Netpublikation.
- 06:32 Deding, M., Lausten, M. & Andersen, A.R.: *Børnefamiliers balance mellem familie- og arbejdsliv.* 2006. 139 s. ISBN 87-7487-837-9. Netpublikation.

- 06:33 Hansen, H.: *Time Series of APW-Calculations - Module for Denmark 1994-2005*. 2006. 121 s. ISBN 87-7487-838-7. Netpublikation.
- 06:34 Christensen, E.: *Uledsagede asylansøgerbørn*. 2006. 64 s. ISBN 87-7487-840-9. Kr. 65,00.
- 06:35 Christensen, V.T.: *Hard of Hearing? Hearing problems and working life*. 2006. 49 s. ISBN 87-7487-823-9. Engelsk sammenfatning af rapporten *Ubørt?* Netpublikation.
- 07:01 Damgaard, B. & Boll, J.: *Opfølgning på sygedagpenge – Del I. Kommuner, lægers, og virksomheders erfaringer med de nye regler*. 2007. 116 s. ISBN 978-87-7487-842-1. Kr. 100,00.
- 07:02 Bach, H.B. & Petersen, K.N.: *Kontanthjælpsmodtagerne i 2006. En surveyundersøgelse af matchkategorier, arbejde og økonomi*. 2007. 146 s. ISBN 978-87-7487-843-8. Kr. 110,00.
- 07:03 Sivertsen, M.: *Hvordan virker indsatsen mod negativ social arv? Gennemgang og analyse af 54 projektevalueringer*. 2007. 55 s. ISBN 978-87-7487-844-5. Kr. 60,00.
- 07:04 Jespersen, S.T., Junge, M., Munk, M.D. & Olsen, P.: *Brain drain eller brain gain? Vandringer af højtuddannede til og fra Danmark*. 2007. 64 s. ISBN 978-87-7487-846-9. Netpublikation.
- 07:05 Benjaminsen, L.: *Storbypuljen – Indsatser for socialt udsatte. Ideer og erfaringer*. 2007. 47 s. ISBN 978-87-7487-847-6. Kr. 60,00. Pjece.
- 07:06 Müller, M.M., Havn, L., Holt, H. & Jensen, S.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2006*. 2007. 178 s. ISBN 978-87-7487-848-3. Kr. 180,00.
- 07:07 Madsen, M. B., Filges, T., Hohnen, Jensen S. & Nærvig Petersen, K.: *Vil De gerne have et arbejde?* 2007. 194 s. ISBN 978-87-7487-849-0. Kr. 175,00.
- 07:08 Nielsen, C., Benjaminsen, L., Dinesen P. T. & Bonke, J.: *Effekt-måling*. 2007. 180 s. ISBN 978-87-7487-850-6. Netpublikation.
- 07:09 Boesby, D.: *At oplyse om demens. Ideer og inspiration*. 2007. 18 s. Netpublikation
- 07:10 Graversen, B.K., Damgaard, B. & Rosdahl, A.: *Hurtigt i gang. Evaluering af et forsøg med en tidlig og intensiv beskæftigelsesindsats for forsikrede ledige*. 2007. 107 s. ISBN 978- 87-7487-851-3.
- 07:11 Thorsager, L., Børjesson, E., Christensen, I. & Pihl, V.: *Metoder i socialt arbejde. Begreber og problematikker*. 2007. 128 s. ISBN 978-87-7487-852-0. Kr. 120,00.

- 07:12 Hohnen, P., Mortensøn, M.D. & Klitgaard, C.: *Den korteste vej til arbejdsmarkedet. En kvalitativ undersøgelse af indsatsen over for ikke-arbejdsmarkedspårte ledige*. 2007. 145 s. ISBN: 978-87-7487-854-4. Kr. 138,00.
- 07:13 Røstgaard, T.: *Begreber om kvalitet i ældreplejen. Temaer, roller og relationer*. 2007. 225 s. ISBN 978-87-7487- 855-1. Kr. 218,00.
- 07:14 Bonke, J.: *Ludomani i Danmark. Faktorer af betydning for spilleproblemer*. 2007. 90 s. ISBN 978-87-7487-853-853-7. Kr. 90,00.
- 07:15 Andersen, D. & Højlund, O.: *Interview med 11-årige. Erfaringer fra et web-baseret pilotprojekt*. 2007. 121 s. ISBN: 978-87-7487-857-5. Kr. 110,00.
- 07:16 Dahl, K.M: *Udsatte børns fritid – et litteraturstudie*. 2007. 85 s. ISBN: 978- 87-7487-858-2. Netpublikation.
- 07:17 Vinther, H: *Rundt om forebyggelses- og sundhedscentre. Muligheder og barrierer for udvikling af forebyggelses- og sundhedscentre i Danmark*. 2007. 78 s. ISBN: 978-87-7487-860-5. Netpublikation
- 07:18 Fridberg, T. & Jæger, M.M.: *Frivillige i Hjemmeværnet*. 2007. 97 s. ISBN: 978- 87-7487-861-2. Kr. 90,00.
- 07:19 Høgelund, J. & B. Larsen: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2005 og 2006*. 2007. 39 s. ISBN: 978-87-7487-864-3. Netpublikation.
- 07:20 Larsen, B., M.M. Müller & J. Høgelund: *handicap og beskæftigelse. Regionale forskelle*. 2007. 65 s. ISBN: 978-87-7487-865-0. Netpublikation.
- 07:21 Jørgensen, M.: *Danskernes pensionsopsparinger. En deskriptiv analyse*. 2007. 238 s. ISBN: 978- 87-7487-866-7. Kr. 198,00.
- 07:22 Benjaminsen, L. & Christensen, I.: *Hjemløshed i Danmark 2007. National kortlægning*. 2007. 159 s. ISBN 978- 87-7487-867-4. Kr. 148,00.

RUNDT OM FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE

MULIGHEDER OG BARRIERER FOR UDVIKLING AF FOREBYGGELSES- OG SUNDHEDSCENTRE I DANMARK

Forebyggelses- og sundhedscentre har været genstand for politisk debat gennem de sidste 4-5 år som et nyt initiativ i den danske sundhedssektor. Især i forbindelse med kommunalreformen er der kommet et øget fokus på kommunernes nye forpligtigelser på sundhedsområdet, hvor forebyggelses- og sundhedscentre eller lignende tilbud er blevet nævnt som en hensigtsmæssig ramme for kommunernes sundhedstiltag.

Denne rapport er en forundersøgelse, der belyser forskellige aspekter af de allerede etablerede forebyggelses- og sundhedscentre i Danmark. Den er blevet til via interviews med ansatte, brugere og administrative beslutningstagere i og omkring forebyggelses- og sundhedscentre. Rapporten sætter fokus på

- udenlandske erfaringer med forebyggelses- og sundhedscenterlignende tiltag
- den organisatoriske indretning af og tværfaglighed i centrene
- involvering af brugerne samt
- de sundhedsøkonomiske overvejelser.