



Sundhedscentre i Frederiksborg Amt

Konsulentrapport udarbejdet for Frederiksborg Amt

*Sidsel Vinge
Stine Hovgaard Vested
Anni Ankjær-Jensen*

Juni 2004

DSI Institut for Sundhedsvæsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sundhedscentre i Frederiksborg Amt	1
Udfordringer i sundhedsvæsenet	1
Fokus og forudsætninger for Sundhedscentre i Frederiksborg Amt	8
Opbygning af rapporten	10
Sundhedscentre i Danmark	12
Typer af Sundhedscentre i Danmark	17
Sundhedscentre i nedlagte sygehuse	17
Store lægehuse	19
Plejecentre med udvidede tilbud	20
Sundhedsklinikker - sundhedshuse	21
Workshops om sundhedscentre	25
Diskussion på baggrund af workshop om ældreområdet	25
Diskussion på baggrund af workshop om kronikerområdet	27
Diskussion på baggrund af workshop om genoptræning	29
Diskussion på baggrund af åben workshop	30
Fra sundhedscentre til kronikercentre	31
Fokus på mennesker med kronisk sygdom	35
Scenarier for sundhedscentre	41
Model 1) Kronikercentre - basismodel	43
Model 2) Kronikercentre med ambulatorie-satellit	47
Model 3) Kronikercentre med ambulant satellit og praktiserende læger	49
Kronikercentre: Fordele, ulemper og udfordringer	50
Indikation af mulige samfundsøkonomiske konsekvenser	57
Konklusion og resumé	68
Bilag 1: Workshop indhold og forløb	73
Bilag 2: Workshop om Ældreområdet	74
Bilag 3: Workshop om Kronikerområdet	79
Bilag 4: Workshop om Genoptræningsområdet	86
Bilag 5: Åben Workshop	99
Bilag 6: Diabetes og KOL	105
Litteraturliste	120

SUNDHEDSCENTRE I FREDERIKSBORG AMT

Denne rapport er udarbejdet til Frederiksborg Amt og har til formål at konkretisere, hvorledes sundhedscentre kan realiseres i amtets sundhedsvæsen ved at opstille og vurdere mulige scenarier for sundhedscentre.

Opdragsgiver er således Frederiksborg Amts sundhedsvæsen, som gennem hele processen har været repræsenteret ved vicedirektør Anne Mertz og stabschef Marianne Ingeholm Larsen (Primær Sundhedstjeneste og -informatik).

Udfordringer i sundhedsvæsenet

Vores samfund er konstant i udvikling, og en vigtig brik heri er sundhedsvæsenet. Dette bør derfor også være i en løbende udvikling og tilpasning til det samfund og de borgere, som har skabt det. I det følgende beskrives nogle af de største udfordringer, som denne udvikling medfører.

Flere ældre

Den demografiske udvikling viser et stigende antal ældre i befolkningen. I år 2002 udgjorde de 65+ årige således 14,8% af befolkningen, hvilket forventes at stige til 23% i år 2040¹. Denne udvikling giver anledning til at gå nye veje i organiseringen af sundhedstilbud til ældre, eftersom det er en ressourcekrævende gruppe med mange akutte indlæggelser.

I Frederiksborg Amt forventes en befolkningstilvækst på ca. 40.000 i løbet af 12-15 år, hvilket svarer til en stigning på ca. 10%. Samtidig stiger andelen af ældre over 60 år frem til 2017 med 46%. Væksten i gruppen af 80+ årige vil udgøre ca. 20% frem til år 2016².

Flere mennesker med kroniske lidelser

Udviklingen i sygdomsmønstret peger i retning af, at befolkningen i fremtiden vil være præget af kroniske sygdomme i højere grad end i dag. Eksempelvis er der i de seneste 15 år sket en stigning i forekomsten af sygdomme som kroniske lungesygdomme og muskel-

¹ "Den (ældre) medicinske patient", (Sundhedsministeriet 2001)

² "Sundhedsvision Nordsjælland" - forslag til omlægning af medicinsk basisbehandling", (Frederiksborg Amt 2003)

og skeletsygdomme³. Samtidig lever mere end hver tredje voksne dansker med en langvarig sygdom og næsten en halv million med en meget hæmmende langvarig sygdom⁴.

I rapporten "Sundhedsvæsenet i fremtiden" fremhæver Sundhedsministeriet to primære årsager hertil: I takt med den teknologiske udvikling overlever flere og flere syge, fx efter en blodprop i hjernen, og har herefter behandlingskrævende kroniske sygdomme. Desuden er livsstilssygdomme i stadig vækst, herunder de sygdomme, som den øgede velstand fører med sig, som fx hjerte-karsygdomme, KOL (Kronisk Obstruktiv Lunge-sygdom), skrumpelever mv. En stor del af de patienter, der har kroniske lidelser, har ofte også sociale problemer⁵.

Udviklingen i kroniske sygdomme medfører, at der er behov for øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, på patienternes egenindsats (egenomsorg) samt patient-rådgivning, -støtte og -rehabilitering⁶.

Større behov for rehabilitering og genoptræning

Træning kan opdeles i to forskellige typer⁷:

- **Genoptræning**, som har til formål at generhverve tab af funktionsniveau som følge af ulykke eller sygdom, der har krævet hospitalisering.
- **Vedligeholdelsestræning**, som er al anden træning, der ikke er genoptræning. Det omfatter bl.a. aktiviteter, der søger at sikre vedligeholdelse af funktionsniveauet så længe som muligt trods den almindelige aldringsproces. Desuden indbefatter det træning af borgere med medfødte eller erhvervede kroniske lidelser. En del af vedligeholdelsestræningen kaldes undertiden *forebyggelse af funktionstab*. Vedligeholdelsestræning er således et bredt begreb.

Ifølge loven om sygehusvæsen skal amterne yde gratis behandling i sygehusvæsenet. Divergerende fortolkninger af, hvorvidt - og i hvilket omfang - genoptræning var (og er) en del af behandlingen, har gennem tiden været medvirkende til, at genoptræningsområdet er blevet anset for en gråzone. I 1994 udgav Sundhedsministeriet et temaoplæg om genoptræning, der fastslog følgende:

"Der er tale om en glidende overgang fra den specialiserede genoptræning i sygehus-regi til den vedligeholdelsestræning og forebyggelse af funktionstab, der normalt varetages i kommunalt eller privat regi. Der er tale om et såkaldt "gråt område", hvor det ofte er patienten, der kommer i klemme, fordi ingen af parterne påtager sig opgaven. Patienten falder 'mellem to stole'⁸.

³ "Sundhedssektoren - status og fremtidsperspektiver", (Sundhedsministeriet 1999)

⁴ "Sundt hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden", (Regeringen 2002)

⁵ "Sundhedsvæsenet i fremtiden", (Institut for Fremtidsforskning 1999)

⁶ "Sundt hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden", (Regeringen 2002)

⁷ Se bl.a. (Engberg, Søgaard, & Tang 2000) eller (Sundhedsministeriet 1994)

⁸ "Mellem to stole", (Sundhedsministeriet 1994)

Med henblik på at styrke samarbejdet mellem kommuner og amter blev der samme år indført fælles samarbejds- og planlægningsbestemmelser for alle dele af det kommunale og amtslige sundhedsvæsen. Et af de centrale samarbejdsområder var genoptræning⁹.

I december 2000 foretog regeringen to præciserede lovændringer på genoptræningsområdet: En tilføjelse der pålægger amterne at udarbejde skriftlige, individuelle genoptræningsplaner til patienter, som efter lægelig vurdering har behov for genoptræning ved udskrivelse fra sygehuset, samt en tilføjelse der pålægger kommunerne at tilbyde træning til borgere, som har fået nedsat funktionsniveau som resultat af sygdom, der ikke har været behandlet på et sygehus¹⁰.

Trods lovændringen peger bl.a. formanden for de praktiserende læger, Michael Dupont, i relation til debatten om sundhedscentre på, at der stadig er behov for at få organiseringen af og ansvaret for genoptræningen og rehabiliteringen på plads¹¹. Genoptræningsområdet anses således stadig for at være en gråzone i praksis trods mange lokale initiativer rundt om i landet, der søger at forbedre indsatsen og mindske den gråzone, som patienterne oplever. Én type initiativ har været centerdannelser som middel til at overkomme gråzoneproblematikken på genoptræningsområdet. Et eksempel er Skagen Træningscenter (Se faktaboks 1, s. 4).

Som konsekvens af de to tidligere nævnte udviklingstendenser – flere ældre og flere kronikere – vokser behovet for rehabilitering og løbende vedligeholdelsestræning. Samtidig er der sket et holdningsskift, som gør, at vi i mindre grad vil acceptere manglende rehabilitering og dermed de funktionsnedsættelser, som *kan* genoptrænes. I relation til debatten om muligheden for at etablere sundhedscentre er der således god grund til at se på genoptræningsområdet.

⁹ " *Fordelingen af opgaver i den offentlige sektor*", (Opgavekommissionen 1998)

¹⁰ Følgende er centrale lovbestemmelser for genoptræning i hhv. amtsligt og primærkommunalt regi:

Lovbekendtgørelse 534 i medfør af Lov om Sygehusvæsen §5 f: §1. Amtskommunen eller Hovedstadens Sygehusfællesskab skal tilbyde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning ved udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen skal være skriftlig.

Lov om social service: §73 a. Kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

¹¹ " *På vej mod sundhedscentre*" (Guldager 2004).

Faktaboks 1: Skagen Træningscenter

Skagen Træningscenter

1. januar 1999 etableredes Skagen Træningscenter som et *fælleskommunalt interessentskab*. Det fælleskommunale udgangspunkt afspejles tydeligt i centrets formålsbeskrivelse.

Formålet med Skagen Træningscenter er at sikre borgerne i Skagen Kommune et kontinuerligt træningsforløb, både i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra Skagen Sygehus og andet sygehus i eller udenfor amtet og i forbindelse med forebyggende og vedligeholdende træning af pensionister i Skagen Kommune.

Træningscentret ligger i en nyopført bygning i nær tilknytning til Skagen Sygehus. Amtet ejer bygningen, men huslejen deles ligeligt mellem interessenterne. Centrets opgaver går på tværs af sygehusregi og kommunalt regi.

Målgrupper for centret er patienter/borgere med erhvervet hjerneskade, diabetes type 2, apopleksi, ryglidelser, knoglebrud, gigt, sklerose, alment svækkede m.fl. Centret behandler ca. 500-600 patienter i kvartalet.

Organisering og normering. Ved etableringen blev normeringen fastlagt til 3 ergo- og 3 fysioterapeuter, en social- og sundhedsassistent samt en sekretær. Desuden ansattes en træningsleder. Udgangspunktet for normeringen var den oprindelige behandlende fysio- og ergokapacitet i kommunen og på Skagen Sygehus. Centrets terapeuter er organiseret i teams bestående af en ergo- og en fysioterapeut, som følger patienterne gennem hele forløbet på tværs af sektorgrænser.

Visitation foretages af sygehuslæger, praktiserende læger og hjemmeplejen.

Økonomien i træningscentret er baseret på, at amtet betaler ca. 1/3 af udgifterne og Skagen Kommune de 2/3. Den samlede økonomiske ramme er ca. 3,7 mio. kr.

Kilder: Pedersen, H. 2003, Skagen Kommune & Nordjyllands Amt 1996, Skagen Sygehus 1998, Lund Nielsen & Vinge 2004, Præsentation af formålet med Skagen Træningscenter på centrets hjemmeside under www.frederikshavn-skagen-sygehus.dk

At skabe sammenhæng i patientforløb

Problemer omkring samordning og kontinuitet har været på dagsordenen lige så længe som det specialiserede sundhedsvæsen¹², og det kan dårligt undre: Specialisering og arbejdsdeling er fænomener, der på den ene side producerer specialiseringsfordele, men på den anden side også skaber et øget behov for koordination og samordning. Dette er et velbeskrevet og grundlæggende dilemma i organisationsforskningen¹³.

I marts 2004 afholdt Amdtsrådsforeningen et Sundhedsfagligt Forum, hvor en række nøgleaktører i sundhedsvæsenet blev sat stævne for at debattere et af de mest centrale problemområder, som det samlede sundheds- og socialvæsen står overfor: Manglen på sammenhæng. Her påpegede patientforeningerne, at den manglende sammenhæng udgør sundhedsvæsenets største – og muligvis også ældste – problem:

“Det er især broerne over væsenets mange kløfter, der er for skrøbelige: For lange interne ventetider, for dårlige henvisninger, diffust ansvar ved udskrivning og et svagt samspil mellem sundhedsvæsenet og det sociale system. En del af problemet skyldes uklar opgaveplacering og kassetækning mellem amter og kommuner. Men

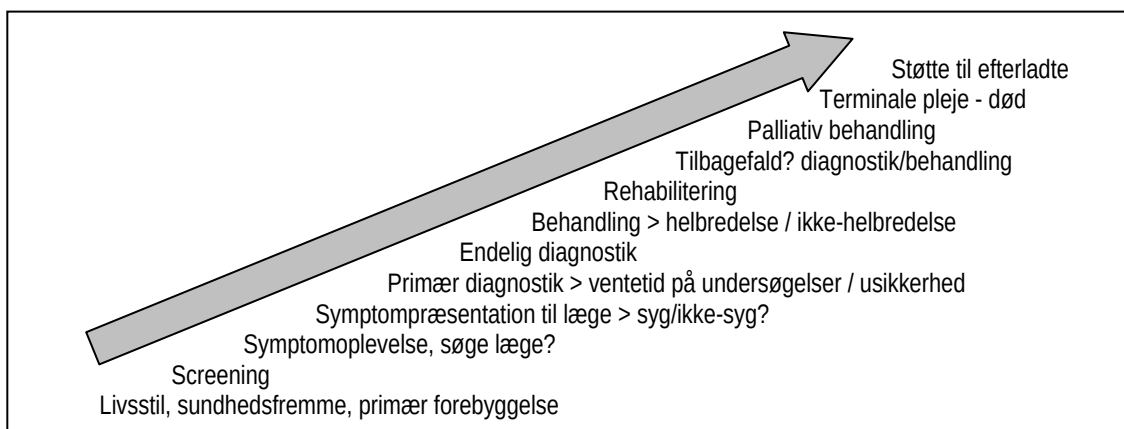
¹² Sundhedsøkonomen Kjeld Møller Petersen betegner samordning som '*en evig aktuel problemstilling*', bl.a. med reference til, at Indenrigsministeren allerede i 1985 nedsatte et Samordningsudvalg, som stod bag betænkningen "*Samordning i sundhedsvæsenet*", (Samordningsudvalget for Sundhedsvæsenet 1985).

¹³ Se fx "*The Structuring of Organizations*", (Mintzberg 1979).

fagkulturer, interessekampe og dårlig ledelse medvirker også til, at vi har de samme diskussioner om samordning på tværs af sektorer som for 20-30 år siden”¹⁴.

Problemkomplekset omkring manglende sammenhæng, samordning og koordination har mange årsager og manifesterer sig på forskellig vis. Et vigtigt aspekt af problemkomplekset handler imidlertid om patientforløbene og den manglende sammenhæng i disse. Dette er ikke blot til gene for patienterne i form af manglende information, ventetider mv.. men har også konsekvenser for kvaliteten af det samlede patientforløb. Nedenstående figur 1 illustrerer et sådant samlet patientforløb. Her fremgår det klart, at der er mange aktører involveret, og at en stor del af problemet handler om disse aktørers evne til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet.

Figur 1: Udarbejdet på basis af "Cancerrejsen", en illustration af et patientforløb. ("Cancerrejsen" er udarbejdet af Frede Olesen¹⁵).



Med formanden for Kræftens Bekæmpelses ord kan problemet formuleres således:

“Hver for sig kan aktørerne på en patientrejse være rationelle og meget effektive. Men til sammen får de rejsen til at fremstå uoverskuelig, usammenhængende og ukoordineret”¹⁶.

Kvalitet søges i dag målt og vejet på mange forskellige måder, men overordnet set er sundhedsvæsenet til for patienterne, og således må kvalitet i sidste ende ses i forhold til *samlede* patientforløb – og her spiller sammenhængsproblemet en central rolle.

I takt med den skitserede udvikling i patientmassen aktualiseres sammenhængsproblematikken yderligere, idet de voksende patientgrupper – ældre, kronikere og genoptræningspatienter – ofte har langvarige og komplekse forløb i sundheds- og socialvæsenet.

Med til billedet af sammenhængsproblemet hører også den løbende udvikling af sundhedsvæsenet, der har betydet en opblomstring af mange former for projekter og initiativ.

¹⁴ "Sammenhæng i Søgelyset", (Sundhedsfagligt Forum 2004).

¹⁵ "Fastholdelse og udbygning af et sammenhængende sundhedsvæsen", (Olesen 2004).

¹⁶ "Sammenhæng i Søgelyset", (Sundhedsfagligt Forum 2004).

ver i form af lokale sundhedstilbud. Amtsrådsforeningen foretog i efteråret 2003 en undersøgelse af lokale sundhedstilbud¹⁷, som indeholder over 250 eksempler på lokale tilbud og ordninger. Den udvikling, som eksempelsamlingen vidner om, er hverken entydigt god eller dårlig. På den ene side vidner den om en løbende lokal tilpasning og udvikling, og på den anden side peger den i retning af en yderligere specialisering og fragmentering af ydelserne, hvilket skaber et yderligere behov for samordning og koordination.

Den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse fra 2002¹⁸ peger da også på, at det netop er indenfor disse områder (behandlingsforløb, koordination og kontinuitet), at de største problemer findes set fra sygehuspatienternes synspunkt.

Men samtidig med at opgaven er vokset, er en række tiltag også vokset frem, som på forskellig vis går på tværs af enheder og sektorer, og således hver især søger at bidrage til at skabe sammenhæng og samordning i sundhedsvæsenet.

Blandt de mest udbredte og generelle tiltag kan nævnes:

- *Praksiskonsulenter:* I 1991 blev praksiskonsulentordningen startet på Fyn, og i dag er den etableret i alle amter. Det skønnes, at der på landsplan er ca. 300 praksiskonsulenter, og i dag har alle somatiske sygehuse tilknyttet en eller flere praksiskonsulenter. Ordningen består af et netværk af praktiserende læger, der skal sikre og styrke samarbejdet mellem sygehus, praktiserende læge og kommunal hjemmepleje med det formål at skabe helhed og kvalitet i de patientforløb, der dækker både primær- og sekundærsektoren. Specielt dialogfunktionen mellem sygehus- og praksislæger har været prioriteret højt i erkendelse af, at et øget kendskab til hinandens dagligdag er en forudsætning for udvikling af samarbejdet. Der er bl.a. arbejdet med forbedringer af kommunikationen på tværs såsom henvisninger, epikriser og elektronisk kommunikation. En evaluering af ordningen peger på, at der blandt ledere på sygehusene samt i amter og kommuners forvaltninger er generel tilfredshed med ordningen. Imidlertid er kun godt halvdelen af de praktiserende læger tilfredse med ordningen¹⁹.
- *Udskrivningskonferencer:* For at sikre kontinuiteten i patientforløbene ved overgangen fra sekundær- til primærsektor afholdes der i dag mange steder udskrivningskonferencer, hvor repræsentanter fra hjemmesygeplejen deltager. Disse kræver imidlertid, at udskrivingerne er planlagt, og med kortere og kortere akutte indlæggelser er det ikke realistisk at udvide ordningen med fælles udskrivningskonferencer til den brede patientmasse.

¹⁷ Eksempelsamlingen er at finde på Amtsrådsforeningens hjemmeside: www.arf.dk se: "Eksempelsamling: Udgående teams og lokale sundhedstilbud", (Amtsrådsforeningen 2004).

¹⁸ "Patienters vurdering af landets sygehuse 2002", (Freil et al. 2003).

¹⁹ "Praksiskonsulentordningen i Danmark", (Forsom et al. 2001) og "Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark", (Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering 2003).

- *Personlig læge (kontaktlæge, patientansvarlig læge eller sygeplejerske).* Det er vigtigt at holde for øje, at samordningsproblemet ikke kun er et spørgsmål om grænser mellem forskellige institutioner og sektorer. Et problem, som har tiltrukket stigende opmærksomhed, er manglen på kontinuitet og sammenhæng i patientforløb på hospitaler. Problemet handler ikke kun om patientens oplevelse af tilfredshed, selv om denne er vigtig, men problemet er også et reelt kvalitetsproblem, idet chancerne for, at vigtig information og førstehåndskendskabet til patienten og udviklingen i sygdomsforløbet går tabt, forøges med antallet af behandlere involveret i hvert forløb. Specialiseringen nødvendiggør selvfølgelig ofte involvering af flere læger i et enkelt patientforløb, men mange har fået øjnene op for vigtigheden af at sikre, at der én person har det overordnede ansvar for behandlingsforløbet og for patientens oplevelse af kontinuitet i dette. Som overskriften antyder, har disse ordninger forskellige navne. Fælles for dem er den generelle ambition om at knytte én enkelt behandler (et team eller en mindre gruppe af behandlere) til hvert patientforløb. Sådanne ordninger er stadig i deres vorden mange steder og har både vist sig svære at gennemføre og ikke mindst fastholde i praksis²⁰.

At samordning, sammenhæng og kontinuitet vedbliver med at være et af de centrale omdrejningspunkter – både for patienter og for politikdannelse – synes der ingen tvivl om. Imidlertid er det vigtigt at holde sig for øje, at koordination er en naturlig og helt uundgåelig følge af arbejdsdeling og specialisering. Lige meget hvordan sundhedsvæsenet indrettes, vil vi aldrig kunne undgå sektorgrænser. Selvfølgelig kan nogle samordningsproblemer løses ved at flytte aktiviteter mellem organisationer og sektorer, men en naturlig konsekvens er, at andre koordinations- og samordningsopgaver derved skabes. Enhver struktur skaber en opdeling i enheder og funktioner, og det vil altid være en udfordring at skabe kontinuitet og sammenhæng på tværs. Imidlertid er det helt centralt for en debat om sundhedscentre, at samordningsproblematikken medtænkes, og at centrene bedømmes ud fra hvilken forskel de reelt gør for de *samløbe* patientforløb.

Fremtidens sundhedspolitiske fokus

Debatten omkring sundhedsvæsenet har i en årrække været domineret af en voldsom fokusering på ventelisteproblematikker – ofte på de kirurgiske områder. Denne fokusering har mange årsager, men en af de væsentlige er ganske givet, at ventelister er et mere målbart og dermed håndterbart tema. Derfor fænger emnet let i pressen og skaber en forsimplet fremstilling af sundhedsvæsenets komplekse problemer²¹.

²⁰ "Projekt Personlig Læge i H:S – Rapport om projektforsøg fra Bispebjerg Hospital, Frederiksborg Hospital, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet", (Rix 2003).

²¹ "Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse", (Vinge 2003).

Et andet tema i fokus, som også er talvenligt, er overlevelsesserater inden for bestemte områder. Imidlertid siger disse tal os intet om livskvalitet, og således er fx en øget overlevelse blandt patienter med hjerneblødninger som følge af øget fokus på apopleksiområdet ikke nødvendigvis nogen ubetinget succes, hvis disse mennesker ikke gives en reel livskvalitet via massiv indsats på rehabilitering.

Det, vi ofte overser i debatten om sundhedsvæsenet, er de vanskelige og komplekse problemstillinger. Ugebrevet Mandag Morgen pegede for nylig i en rapport på samme 'diagnose' af sundhedsdebatten:

"I stedet for fokus på ventelister er der brug for at fokusere sundhedsdebatten på de mennesker, der virkelig har problemer med helbredet. Langt hovedparten af dem er kronisk syge. (...) De kronisk syge og ældre med dårlig funktion står bag langt størstedelen af de 145 mia. kr., som det offentlige årligt bruger på at hjælpe mennesker med helbredsproblemer. (...) Til sammenligning koster den planlagte kirurgiske behandling på sygehuse ca. 6 mia. kroner årligt. Udfordringen for fremtidens sundhedsdebat er at ændre på dette store billede frem for at fokusere på – i sammenligning – overskuelige detaljer"²².

Denne undersøgelse af muligheden for at etablere sundhedscentre forholder sig til de her skitserede konkrete udfordringer i sundhedsvæsenet: Flere ældre, flere kronikere og et øget behov for rehabilitering og genoptræning. Imidlertid er det vigtigt ikke at se disse temaer som løsrevne områder. De er alle del af en større bevægelse, der handler om at sætte disse komplekse områder centralt på den sundhedspolitiske dagsorden.

Fokus og forudsætninger for Sundhedscentre i Frederiksborg Amt

Set i lyset af ovenstående udviklingstendenser har DSI i samarbejde med Frederiksborg Amt valgt at fokusere analysen af muligheder for at opbygge lokale sundhedscentre på tre områder: Ældreområdet, genoptræningsområdet og kronisk sygdom.

Sundhedscenterbegrebet

Formålet med denne rapport er at konkretisere, hvorledes sundhedscentertanken kan realiseres i Frederiksborg Amts sundhedsvæsen. Sundhedscenterbegrebet er dog ikke nogen entydig størrelse. Imidlertid er det nødvendigt at foretage nogle indledende præciseringer for at kunne arbejde med begrebet. Derfor er følgende rammedefinition valgt:

"Et *sundhedscenter* er betegnelsen for en organisering af sociale og/eller sundhedsmæssige funktioner og aktiviteter, som er fysisk integrerede, dvs. indgår i et byg-

²² "Genoptræning: Fra problem til princip", Mandag Morgen, (Hede & Højgaard 2004).

ningsmæssigt fællesskab. Sundhedscentre har ikke sengepladser. Funktionerne behøver ikke at være organiseret under samme myndighed eller sektor”²³.

Begrundelsen for med det samme at fravælge muligheden for sengepladser er, at opdragsgiver som udgangspunkt ikke har ønsket at starte en udvikling i retning af opbygning af en ny form for ’mini-hospitaler’²⁴. Sundhedscentre er tænkt som en del af primærsektoren. Patienter med behov for indlæggelse skal således stadig indlægges på et af amtets sygehuse.

Debatten omkring lokale sundhedstilbud rummer andre begreber end sundhedscentre såsom *ambulantcentre*²⁵, *kronikercentre*²⁶ og *træningscentre* (Skagen Træningscenter er et eksempel herpå). Det afgørende i denne sammenhæng er imidlertid indholdet – ikke navnet. Rammedefinitionen er bred, og derfor kunne den også rumme ovennævnte typer af centre.

Forudsætninger for scenarier

Der lægges visse forudsætninger til grund for de scenarier for sundhedscentre, som præsenteres i denne rapport. Sundhedscentre skal kun etableres, hvis de kan medvirke til at skabe:

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

Disse forudsætninger, som er fastlagt i samarbejde med opdragsgiver, må dog betegnes som almene og vil gælde ved enhver form for ændringer i sundhedsvæsenet.

Mere specifikt bør sundhedscentre desuden medvirke til at:

- *Samle patientforløb på samme eller mindre antal enheder.* Set i lyset af de samordningsproblemer, som sundhedsvæsenet allerede står overfor, er det vigtigt, at sundhedscentre ikke bidrager til en yderligere fragmentering af ydelserne i det samlede

²³ Definitionen er delvist inspireret af Eva T. Jacobsen, *“Sundhedscentre i Danmark”*, (Thune Jacobsen 1991).

²⁴ Man bør være opmærksom på, at en del af kritikken af sundhedscentertanken har drejet sig om sundhedscentre anskuet som *alternativ* til en akut medicinsk indlæggelse. En undersøgelse på Amager Hospital, (Rasmussen & Gjørup 2003), der omfattede 242 patienter, vurderede om disse *i stedet* kunne have været indlagt direkte på et sundhedscenter (indlæggende læge vurderede at det kunne 6%) eller være overflyttet til et sundhedscenter i løbet af indlæggelsen (en speciallæge vurderede at det kunne 14%). Undersøgelsen indikerer, at der er et relativt begrænset potentiale forbundet med at etablere sundhedscentre som alternativ til indlæggelse. De sundhedscentermodeller, der arbejdes med i denne rapports scenarier, er alle *uden* sengepladser, og må derfor ikke forveksles med den type centre som nævnte undersøgelse vurderer som havende et begrænset potentiale.

²⁵ *“De små sygehuses rolle i den fremtidige sygehusstruktur – Lokale ambulantcentre kunne være en mulighed”* (Christensen & Ankjær-jensen 2003).

²⁶ Bl.a. i tekster af (Olesen 2004) og interviews med professor Frede Olesen (Poulsen 2003).

væsen. Bl.a. Lægeforeningen har i debatten om sundhedscentre påpeget, at *"vejen til mere sundhed for pengene er færre og ikke flere enheder (...), ligesom det heller ikke er flere led i patientforløbene, men færre led, der vil skabe forbedringer"*²⁷.

- *Sikre lokal forankring og virke netværksopbyggende i forhold til primærsektoren.* Sundhedscentre skal være med til at sikre nærhedsprincippet i forhold til sundhedsvæsenet. Sundhedscentre skal ikke være 'mini-hospitaler', der trækker i retning af mere specialiseret behandling på sygehuse.

Opbygning af rapporten

Denne rapport består af tre overordnede dele:

Første del er en analyse af den nuværende situation og debat omkring sundhedscentre i Danmark. Debatten om sundhedscentre har ofte været upræcis, hvorfor det har været nødvendigt at klargøre positioner, argumenter og den nuværende situation omkring eksisterende sundhedscentre for at skabe et fundament for en bred politisk drøftelse. Derfor udarbejdes også en typologi over centre, som kan præcisere debatten om sundhedscentre - et begreb der bruges om mange typer af organisationer.

Anden del vender blikket indad og fokuserer på sundhedsvæsenet i Frederiksborg Amt, idet opdragsgiver har ønsket, at rapporten i høj grad tager udgangspunkt i de aktører i sundhedsvæsenet, som til daglig arbejder tæt på de valgte områder: ældre, genoptræning og kronikere. Der er afholdt fire workshops med praktikere fra begge sektorer. Indholdet og formen af disse workshops er nærmere beskrevet i bilag 1. En diskussion af resultaterne heraf udgør rapportens anden del, mens det konkrete indhold er nærmere beskrevet i bilag 2-5.

Rapportens tredje og afsluttende del præsenterer - med udgangspunkt i de to første dele - tre scenarier for sundhedscentre i Frederiksborg Amt. Her diskuteres fordele, ulemper, udfordringer samt mulige samfundsøkonomiske konsekvenser.

Rapporten afsluttes med et resumé og en konklusion.

Udarbejdelsen af denne rapport giver DSI anledning til at takke andre for deres hjælp. I forbindelse med undersøgelsen er information om specifikke centre, organisationer eller organiseringen af behandlingen mange tilfælde blevet præciseret og suppleret ved telefoniske henvendelser til praktikere og administratorer i sundhedsvæsenet. Vi takker for den ulejlighed mange har gjort sig med at svare på vores mange spørgsmål.

²⁷ Jesper Poulsen, formand for DADL i Ugeskrift for Læger, (Poulsen 2003).

En enkelt person bør nævnes særskilt. Som en del af empiri-indsamlingen har DSI afholdt et møde med lederen af Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, professor Frede Olesen om hans visioner omkring kronikercentre. Hans idéer har blandt andet virket som inspiration til de modeller for centerkonstruktion, der præsenteres i denne rapport, men Frede Olesen er på ingen måde ansvarlig for hverken indholdet eller argumentationen. DSI ønsker at takke Frede Olesen for hans engagerede medvirken.

En meget stor indsats er ydet af de praktikere i sundhedsvæsenet i Frederiksborg Amt i forbindelse med de afholdte workshops. DSI vil derfor gerne sige en stor tak for deres aktive deltagelse i skabelsen af fundamentet for denne rapport.

SUNDHEDSCENTRE I DANMARK

Som tidligere fastslået er sundhedscenterbegrebet langt fra en entydig størrelse. At begrebet er så bredt, har bevirket, at debatten ofte har været diffus og upræcis, idet det ofte er uklart, hvilken model de forskellige centrale aktører (implicit) forholder sig til. Dette afsnit afdækker sundhedscentertankegangen yderligere med henblik på så bred en politisk drøftelse som muligt. Det sker ved først at analysere debatten omkring sundhedscentre i Danmark og dernæst beskrive udviklingen i sundhedscentre i praksis. Afsnittet omhandler den danske debat og de danske modeller for sundhedscentre. Imidlertid har de engelske såkaldte Walk-in-Centre været centrale i den danske debat, hvorfor de også kort er analyseret.

Ideen om at indføre sundhedscentre i Danmark er ikke af nyere dato. De har været diskuteret i over 20 år med større eller mindre intensitet. Tilbage i 1990 afholdtes en konference om sundhedscentre i lokalsamfundet, hvor kultursociolog og fysioterapeut Eva Thune Jacobsen, som har beskæftiget sig indgående med sundhedscentre, fremkom med følgende status over situationen:

"På den ene side opfatter jeg det som positivt, at der siden 70'erne har været eksempler på forskellige former for sundhedscenterforsøg rundt om i landet, hvor faggrupperne har placeret sig under samme tag. Alt andet lige sker der, om end ikke uden sværdslag, en proces hen imod en større forståelse af hinanden og dermed indirekte mulighed for en bedre patientbehandling, når "man lige kan stikke hovederne sammen". På den anden side er tiden nu mere inde til mere præcist at få diskuteret, hvad vi vil med sundhedscentre set i en sundhedspolitisk sammenhæng. Ellers vil vi fortsat i 2000 opleve et virvar af forskellige former for sundhedscentre med forskellig service overfor befolkningen til følge."²⁸

Ovenstående beskriver desværre ret præcist, hvor vi står i dag, og foregriber således den nuværende situation. På den ene side har man gjort sig erfaringer med forskellige typer af sundhedscentre, og på den anden side er der – stadig! – behov for en sundhedspolitisk diskussion og præcision af sundhedscentre som en mulig ny institution i sundheds- og evt. også socialvæsenet.

Debatten om sundhedscentre blussede for alvor op igen i 2003. En af årsagerne var betænkningen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets rådgivende udvalg²⁹ om sundhedsvæsenets organisering, der bl.a. var med til at bringe den finske model for sundhedscentre³⁰ ind i den hjemlige debat.

²⁸ "Hvordan står det til med sundhedscenterideen i Danmark" i (Thune Jacobsen 1991).

²⁹ "Sundhedsvæsenets organisering" (Indenrigs- og Sundhedsministeriets Rådgivende Udvalg 2003).

³⁰ Se bl.a. (Danneskiold-Samsøe, Lipczak, & Engberg 2003), (Engberg, Danneskiold-Samsøe, & Lipczak 2003)

Sundhedscentrene i Finland har typisk mellem 30-60 sengepladser, der aflaster de specialiserede sygehuse både ved at undgå indlæggelse og ved at hjemtage patienterne hurtigt til videre pleje og genoptræning i sundhedscentret. Sundhedscentrene er kommunalt organiserede og varetager primære sundhedsopgaver. Modellen bygger således på kommunalt ansatte praktiserende læger³¹. Denne forskel mellem dansk og finsk organisering af praktiserende læger fik debatten om sundhedscentre til at fokusere mere på de praktiserende lægers ansættelsesform end på perspektiverne i selve sundhedscentertanken.

I 2003 fulgte Sundhedskartellets³² udspil om sundhedscentre: "*Sundhedscentre - nye veje til mere sundhed for pengene*"³³ og efterfølgeren "*Sundhedscentre - nødvendige lokale sundhedstilbud*"³⁴. Her blev sundhedscentre lanceret således:

"Lokale sundhedscentre vil være en klar serviceforbedring for borgerne. Fx slipper en række mennesker med kroniske lidelser for at blive indlagt, fordi ryg-, diabetes-, gigtpatienter osv. mange steder kan få den fornødne pleje og behandling på sundhedscentret i nærmiljøet"³⁵.

Publikationen giver eksempler på mulige ydelser "*fra fødsel til død*", som med fordel kan placeres i et sundhedscenter eller med tilknytning til et sådan. Et sundhedscenter er ifølge Sundhedskartellet:

"Et samlingspunkt for en meget bred vifte af almene sundhedsydelser, et "fremskudt dige" i forhold til sygehusene og primær- og praksissektoren, koordinerende i forhold til den sociale indsats der direkte understøtter den sundhedsfremmende indsats"³⁶.

Der argumenteres ikke for en bestemt model, men mange typer af lokalt forankrede modeller, der afspejler behovene i lokalområder³⁷.

Som svar på Sundhedskartellets udspil påpeger *Den Almindelige Danske Lægeforening* (DADL), at man er enige i de forandringsønsker, som Sundhedskartellet fremkommer med, såsom behovet for mere sundhedsfremme og forebyggelse, at faggrænser flytter sig, og at samarbejdet over faggrænser bliver bedre. Men DADL stiller spørgsmålet:

"Skal flere sundhedspersoner fysisk samles på et sted, kan det samme løses i et netværk, og hvilke opgaver løses hensigtsmæssigt ved en anden tilrettelæggelse end i dag?"³⁸.

³¹ Ibid. - samt "*Sundhedsvæsenets organisering*", s.148 (Indenrigs- og Sundhedsministeriets Rådgivende Udvalg 2003).

³² Sundhedskartellets organisation består af Dansk Sygeplejeråd, Danske fysioterapeuter, Dansk socialrådgiverforening, Ergoterapeutforeningen, Den almindelige danske jordemoderforening, Foreningen af radiografer i DK, Danske Afspændingspædagoger, Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter, Dansk Tandplejerforening, Danske Bioanalytikere, Økonomaforeningen, Farmakonomforeningen.

³³ "*Sundhedscentre - Nye veje til mere sundhed for pengene*", (Sundhedskartellet 2003).

³⁴ "*Sundhedscentre - Nødvendige lokale sundhedstilbud*", (Sundhedskartellet 2004)

³⁵ "*Sundhedscentre - Nye veje til mere sundhed for pengene*", (Sundhedskartellet 2003).

³⁶ Ibid.

³⁷ "*Sundhedscentre - Nødvendige lokale sundhedstilbud*". (Sundhedskartellet 2004).

³⁸ Formand for DADL, Jesper Poulsen, i Ugeskrift for læger (Poulsen 2003).

Desuden pointeres det, at det i lyset af den nuværende personalemangel i praksis kan være vanskeligt at "*klæde sundhedscentrene fagligt på*".

De Praktiserende læger (P.L.O.) svarer i et temanummer af Ugeskrift for Læger på Sundhedskartellets ideoplæg:

"At lave en ny institution, der helt uvisiteret yderligere skulle accelerere patienternes brug af sundhedsvæsenet", vil være dyrere end ydelser hos den praktiserende læge, som også vil "underminere familielægefunktionen, der har mulighed for at bevare overblikket over den enkelte patients helbredssituation"³⁹.

Det P.L.O. således forholder sig til er en uvisiteret model, hvor man kan komme ind direkte fra gaden. En sådan model finder man bl.a. i England under betegnelsen "Walk-in-Centre"⁴⁰.

Et Walk-in-Centre behandler patienter med mindre skader og lettere sygdom og har derudover en rådgivnings- og vejledningsfunktion i forhold til bl.a. forebyggelse af livsstilssygdomme. Disse er fortrinsvis bemandet af behandlersygeplejersker, men andre sundhedsfaglige personer, herunder læger, kan også være tilknyttet. (Se faktaboks 2, Walk-In-Centre s. 22). Walk-In-Centre er dog kun et eksempel på én model ud af mange, som Sundhedskartellets publikationer om sundhedscentre beskriver.

Udover en uvisiteret model forholder P.L.O. sig til etablering af 'mini-sygehuse' – sundhedscentre med sengepladser, hvor de praktiserende læger skal udrede, diagnosticere og behandle fx de ældre. Denne model ønskes ikke, idet det er en sygehusopgave at udrede og diagnosticere ældre.

Samme holdning til minisygehuse deler Sundhedskartellet, der heller ikke ønsker sengepladser på sundhedscentre:

"Sundhedscentre er hverken mini-sygehuse eller discounttilbud til ældre, men er i stedet lokalt forankrede tilbud om sundhedsfremme, forebyggelse, diagnostik, pleje, behandling og genoptræning."⁴¹

I 2004 kom *Strukturkommissionen*⁴² med sin betænkning. Denne påpeger behovet for en reorganisering af sundhedsvæsenet på grund af specialiseringen af den stadig mere avancerede lægebehandling på sygehuset og deraf følgende centralisering af sygehusstrukturen.

Strukturkommissionen redegør for formålet med sundhedscentre således:

³⁹ Interview med formand for PLO, Jørgen Lassen, i Ugeskrift for Læger (Andersen 2003).

⁴⁰ Department of Health. An Assessment of the Research Evidence, se www.doh.gov.uk/emergencycare

⁴¹ "Sundhedscentre – Nødvendige lokale sundhedstilbud", (Sundhedskartellet 2004).

⁴² Strukturkommissionens definition af sundhedscentre lyder: "en fysisk eller organisatorisk ramme for et tværfagligt samarbejde om (ikke-specialiserede) sundhedsrelaterede tilbud, der typisk er fysisk forankret samme sted. De ansatte er personalegrupper i sundhedscentret er ikke nødvendigvis underlagt en fælles ledelse, endsize underlagt den samme myndighed. Endvidere kan et sundhedscenter også omfatte private ydere, herunder de fra den offentlige sygesikring kendte grupper.", (Strukturkommissionen 2004), del 3, kapitel 31 om sundhed.

"Formålet med at samle flere tværgående tilbud i sundhedscentre er blandt andet at tage organisatorisk udgangspunkt i patientforløbet, hvor patienten kan have et behov for kontakt med forskellige faggrupper. Sundhedscentre sigter særligt mod at forbedre den horisontale koordination i sundhedsvæsenet. Samtidig ligger der en mulighed for at styrke det faglige miljø ved, at forskellige personalegrupper arbejder sammen inden for en fælles organisatorisk ramme. Sigtet med sundhedscentre er således også at skabe større faglighed og højere kvalitet i tilbudene"⁴³.

Her lægges der vægt på organisationsdannelse som rammen omkring faglighed og bedre horisontal koordination og dermed højere kvalitet.

Sideløbende med debatten om sundhedscentre foregår en mere faggruppebaseret diskussion om opgavefordelingen mellem praktiserende læger og sygeplejersker.

Sundhedskartellet mener, at sundhedscentre omkring fx forebyggelses- og sundhedsfremme kan gøre det bedre end lægerne og kan forestille sig at:

"Gatekeeper-rollen på udvalgte områder på sigt udbredes til jordemødre, fysioterapeuter og sygeplejersker osv."⁴⁴.

P.L.O. påpeger, at diagnostik og behandling er en lægeopgave og understreger dermed, at sygeplejersker *"skal arbejde ud fra helt klare direktiver fra lægen og på lægens ansvar, ligesom vi i stigende omfang gør det i praksis i dag"*⁴⁵.

I september 2003 opnår læger, sygeplejersker og andre ansatte i sundhedsvæsenet dog enighed med amter og kommuner om et fælles udgangspunkt for oprettelse af lokale tværfaglige sundhedscentre⁴⁶. Sundhedscentre ses som en mulighed for at sikre et mere sammenhængende sundhedsvæsen, men konceptet defineres ikke nærmere. Der lægges vægt på diversitet og lokal tilpasning.

Amtsrådsforeningen (ARF) beskriver i et notat⁴⁷, at sundhedscentre blot er én måde at imødekomme sundhedsvæsenets udfordringer på og ser således, at der nu er forudsætninger for at arbejde med nye organiseringsformer i de kommende år. Et sundhedscenter kan opfattes som:

"...et tværfagligt tilbud, hvor funktionerne dækkes af et bredt spektrum af sundhedsvæsenets personalegrupper fra læger, sygeplejersker og jordemødre over farmakonomer og diætister til fysioterapeuter og socialrådgivere. Andre funktioner og personalegrupper kan indgå i organiseringen af et lokalt sundhedscenter. Organiseringen af et sundhedscenter kan ikke gives på én formel"⁴⁸.

ARF foreslår desuden, at Ambulantcentre som satellitfunktion til sygehusene i dagtimerne kan varetage planlagt, ambulant diagnostik og behandling. Fremover vil flere

⁴³ (Strukturkommissionen 2004), del 3, kapitel 31 om sundhed.

⁴⁴ Interview med DSR formand Connie Kruckow, (Poulsen 2003).

⁴⁵ Interview med formanden for P.L.O. Jørgen Lassen, Ugeskrift for Læger, (Andersen 2003).

⁴⁶ (Lægeforeningen, Sundhedskartellet, Sygehusbranchen i Det kommunale Kartel, Amtsrådsforeningen 2003)

⁴⁷ *"Lokale sundhedscentre i et sammenhængende sundhedsvæsen"*, Amtsrådsforeningen, (Nørbæk & Pedersen 2003).

⁴⁸ Ibid.

lidelser kunne behandles uden sygehusindlæggelse eller med korte indlæggelser fulgt af ambulante forløb. ARF lægger op til en amtslig/kommunal model for sundhedscentre med bred tværfaglig og tværsektoriel tilknytning. Målgruppen vil derfor være bred.

Patientforeningerne er enige om, at der er behov for "noget" mellem den primære og sekundære sektor. Arne Rolighed fra Kræftens Bekæmpelse udtaler bl.a.:

"I et sundhedscenter skal der være speciallæger, alment praktiserende læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, sygeplejersker, diætister, psykologer, socialrådgivere og meget gerne en rationel farmakolog. I dag fungerer aktørerne som fluer omkring et honningglas. Hvis vi kunne få samlet fagligheden, kunne det være en fantastisk nytte for den udefinerede patient, den ældre medicinske patient, for de kroniske patienter og nyttefuldt for forebyggende aktiviteter"⁴⁹.

Dette peger på en model med et bredt spektrum af sundhedsfagligt personale – evt. tværkommunalt.

Kommunernes Landsforening (KL) er ligeledes en central aktør. Her ser man sundhedscentre som en mulighed for at skabe nye decentrale tilbud tæt på borgerne:

"Ansvar for at skabe sammenhængende patientforløb mellem kommunen og sundhedssektoren kunne her placeres ét sted, nemlig i sundhedscentrene – frem for flere steder som i dag"⁵⁰.

De mulige opgaver, som KL peger på, er genoptræning, hjemmesygepleje, sundhedspleje, socialrådgivere, vaccinationer og rådgivning. Samtidig peger KL på det hensigtsmæssige i at integrere én eller flere lægepraksis, men forestiller sig ikke, at kommunen skal ansætte praktiserende læger. KL fraråder etablering af mini-sygehuse, men derimod at skabe integration evt. i form af bofællesskab mellem sundhedscentre og kommunale plejetilbud, fx akutstuer og aflastningspladser. Den model, som KL refererer til i debatten, er således overvejende kommunalt forankret, evt. med frivillig deltagelse fra praktiserende læger.

Sammenfattende må det konkluderes, at der i debatten diskuteres mange typer af modeller spændende fra regionale over lokale til tværkommunale modeller. Variationen findes også langs en anden dimension: fra centre med helt uvisiteret adgang til centre med specialiserede tilbud til bestemte henviste grupper, fx kronisk syge. Der er langt fra enighed om, hvorvidt organisationsdannelse fører til samling eller spredning af ansvar og funktioner, men man er enige om, at sammenhæng er et centralt omdrejningspunkt for udvikling i sundhedsvæsenet. Der er generelt enighed om, at de praktiserende lægers institutionelle forankring ikke ændres, og at sundhedscentre ikke bør have sengepladser.

⁴⁹ "Behovet i midten" (Andersen 2003).

⁵⁰ "KL. Den politiske proces efter kommissionen". (Rasmussen 2003).

Typer af sundhedscentre i Danmark

Gennem de sidste årtier er der vokset mange typer af organisationer frem, som kalder sig selv 'sundhedscentre', og der findes endnu flere, som bruger andre betegnelser, men på mange måder ligner den type institution i primærsektoren, som diskuteres i debatten om sundhedscentre.

DSI har set på disse typer af sundhedscentre eller lignende sundhedsfaglige bygningsfællesskaber. Den fremkomne oversigt over sundhedscentre i Danmark er ikke udtømmende, men dækker bredden af, hvilke generelle typer der findes.

Indholdet i disse organisationer strækker sig fra lægehuse med flere praktiserende læger under samme tag og plejecentre med dagcenter og genoptræning til nedlagte sygehuse med eller uden sengepladser.

Ud over de offentlige institutioner findes også sundhedscentre/sundhedsklinikker under fx Falck, der med abonnementsordninger til virksomheder og kommuner tilbyder bl.a. fysio- og zoneterapi, kiropraktik og massage⁵¹. De private initiativer vil ikke blive nærmere belyst i det følgende, da de falder udenfor denne analyse.

I det følgende vil eksempler på den mere udbredte og generelle type sundhedscentre blive beskrevet.

Sundhedscentre i nedlagte sygehuse

Den første type er centre, der er opstået som et led i centraliseringen af sygehusdriften, som til stadighed fører til lukning af små lokale sygehuse, idet bygningerne efter lukningen udnyttes til sundhedscentre.

Et sundhedscenter, som er opstået i kølvandet på en sygehuslukning, er *Nibe Sundhedscenter*⁵², der blev etableret i forbindelse med lukning af det lokale sygehus i 1988. Dette skete efter pres fra borgerne i lokalområdet om dels at bibeholde et behandlingstilbud i nærmiljøet, dels at bevare arbejdspladser. Der er tilknyttet praktiserende læger, fysioterapeut, hjælpemiddelkonsulent og tandlæger til centret. Nogle lejer sig ind, andre er ansat af kommunen.

Hjemmeplejen, som tidligere holdt til på Nibe Sundhedscenter, er i dag flyttet til en ny tilbygning til plejehjemmet. Lederen af ældreområdet har kontor i sundhedscentret og leder plejehjemmet, som fysisk er placeret på den anden side af gaden. Man kan sige, at stedet mere er under afvikling end udvidelse⁵³.

⁵¹ "Sundhed er populært personalegode" (Aagaard 2004).

⁵² Nibe. Telefoninterview med ergoterapeut den 30.03.2004 og www.hjerneskadet.dk/dk/voksne/tilbud_for_voksne/tilbud_i_amtets_27_kommuner/nibe_kommune.htm.

⁵³ Ibid.

Nibe Sundhedscenter er medfinansieret af amtet i forbindelse med genoptræning efter sygehusindlæggelse.

Skanderborg Sundhedscenter åbnede i 1992⁵⁴ i det nedlagte sygehus og har et bredt udvalg af amtslige, kommunale og private sundhedsprofessionelle, som lejer sig ind i amtets bygninger, fx praktiserende læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, kiropraktor, zoneterapeut, hjælpemiddelkonsulent, diætist og tandlæger. Derudover har sundhedscentret speciallæger (øre-næse-hals, neurolog), psykolog, socialrådgiver, socialpædagog og psykiatri (både amtlig og kommunal). Der er stadig sygehusfunktioner, som i dag fungerer som satellitfunktioner fra Silkeborg i form af røntgen, blodprøvetagning, jorde-modertilbud, bloddonortapning, kirurgisk og medicinsk ambulatorium samt adgang til høreinstitut, taleinstitut og alkoholrådgivning.

*Ribe Sundhedscenter*⁵⁵ åbnede i 2000 ligeledes i et nedlagt sygehus, men indeholder som et af de få sundhedscentre sengepladser. Der er et kommunalt sygeplejefagligt ledet "Plejecenter" og et "Træningscenter", som er et fælles amtskommunalt samarbejde. Private sundhedsudbydere lejer sig ind. Målgruppen er ældre med behov for 1) observation, behandling eller aflastning i en akut situation, 2) medicinsk eller kirurgisk lægeligt færdigbehandlede fra sygehus med behov for pleje og genoptræning og 3) "gråzoneklienter", typisk stabile kronisk syge mennesker med dårlig almen tilstand. Der er 12 sengepladser - 6 kommunale og 6 amtskommunale.

Ribe Sundhedscenter ligner andre typer af ordninger med sengepladser, hvor formålet typisk er at undgå eller afkorte sygehusindlæggelser af svage ældre, når det efter en lægefaglig vurdering skønnes, at borgerens behov for pleje og behandling mest hensigtsmæssigt foregår i nærmiljøet. Sådanne sengepladser kendes andre steder som "akutpladser", "aflastningspladser" eller lignende.

*Sundhedscenter Skagen*⁵⁶ åbnede i januar 2004 samtidig med lukningen af de sidste sengepladser på Skagen Sygehus. I praksis består Sundhedscenteret af alle de dagfunktioner, der tidligere blev varetaget i regi af Skagen Sygehus⁵⁷. Sundhedscentret har i dag åbent mandag, onsdag og fredag og er under stadig udvikling. Funktionerne udgår fra Medicinsk Afdeling i Frederikshavn, hvad angår de medicinske ambulante patienter. Der planlægges udført 1.200 medicinske ambulante besøg, hovedsagelig indenfor hjerte- og diabetesområdet. Således huser Skagen ligesom Skanderborg ambulante satellitfunktioner fra et andet hospital.

⁵⁴ "Lokale Sundhedstilbud", (Lund Nielsen & Vinge 2004), www.skanderborgsundhedscenter.dk (Skanderborg Sundhedscenter 2004).

⁵⁵ www.sundhedscenter.ribeamt.dk (Ribe Sundhedscenter 2003).

⁵⁶ Skagen Sundhedscenter (Nordjyllands amt 2004).

www.nja.dk/SenesteNyt/BagOmNordjylland/Etsundhedscenterkanv%C3%A6re.htm (Skagen).

⁵⁷ E-mail korrespondance med Leif Serup. Nordjyllands amt. 03.06.2004.

Udover de nævnte er følgende funktioner tilknyttet Sundhedscenter Skagen: Jorde-moder, billeddiagnostik, sygeplejerske, bioanalytiker, psykiater, diætist, fodterapeut samt medarbejder fra Taleinstituttet. Der er desuden et "Træningscenter" tilknyttet (se faktaboks 1, s. 4).

På basis af ovenstående kan der peges på én type af sundhedscentre: Det nedlagte sygehus med varierende grad af videreførelse af de gamle ambulante aktiviteter i regi af et andet sygehus kombineret med andre typer af amtslige, kommunale og til dels også rent private sundhedsaktører.

Store lægehuse

I nogle tilfælde viser det sig, at det mere er ordet sundhedscenter end indholdet, der adskiller et sundhedscenter fra et større lægehus. Det kan man sige er tilfældet med Nibe Sundhedscenter, som er beskrevet ovenfor. I Nibe er tendensen, at der er sket en afvikling af ydelser fra det oprindelige sundhedscenter, således at Nibe Sundhedscenter i dag lige så vel kunne kaldes et større lægehus.

Der er en tendens til, at store lægehuse vinder indpas rundt omkring i landet, hvilket formentlig skyldes, at en større lægepraksis bevidst kan udnytte de fysiske rammers mulighed for faglig sparring, vidensdeling og fælles økonomi (husleje, sekretær, konsultationssygeplejerske, udstyr mv.). Flere af de store lægehuse har kapacitet til at anskaffe mere og dyrere apparatur og til at ansætte andre faggrupper, fx sygeplejersker og laboranter/bioanalytikere. Dermed er mange også tværfaglige.

Disse store og tværfaglige lægehuse, som kan løse flere opgaver end en solopraksis, kan betegnes som sundhedscentre, der så at sige er vokset op 'fra neden' frem for at være planlagt og implementeret 'fra oven' (i regi af en myndighed).

Et *lægehus i Værløse* på Sjælland beskriver sig selv som et sundhedscenter og oplister følgende fordele for *patienterne*:

"Hvis vi skal fastholde kvaliteten i vores arbejde og naturligvis gerne yderligere forbedre vores service overfor vores patienter, kræver det nytænkning. Det kan vi opnå ved at oprette et lægehus som en samarbejdspraksis mellem de tre nuværende solo-praksis. Vi får samlet en masse erfaring og øger den fælles kompetence i lægehuset. Derudover vil vi inddrage vores personale mere og mere i det daglige arbejde" ⁵⁸

Der er som sagt kun tre læger og et sekretariat i Værløse Lægehus, men det særlige er den måde, som stedet eksplicit lægger vægt på at være et sundhedscenter, hvor ambitionen er at blive en mere tværfaglig institution, der gør mere brug af hinandens kompetencer og viden og således høster faglige såvel som ressourcemæssige fordele ved at blive en større og mere tværfaglig organisation.

⁵⁸ www.vaerloese-laeghus.dk/ . besøgt den 10.05.04.

I *Nr. Lyndelse Lægehus* på Fyn⁵⁹ er der i alt 20 medarbejdere, og derudover låner lægehuset lokaler ud til en jordemoderkonsultation og fødselsforberedelse. Der er 9 læger, heraf 7 kompagnoner og to uddannelseslæger. Derudover findes 3 sygeplejersker, en laborant og en socialrådgiver. Der lægges stor vægt på tværfaglighed og udvidet samarbejde mellem faggrupperne, især i den socialmedicinske behandling og arbejdet med pensionssager er der stor brug for socialrådgiveren. Man tilbyder også parterapi som et samarbejde mellem én af de praktiserende læger og socialrådgiveren.

Der afholdes møder med områdets sundhedsplejersker og den tilknyttede jordemoder, og derudover er der et tæt samarbejde med den kommunale hjemmepleje om fælles patienter. En række mindre kirurgiske indgreb i lokalbedøvelse udføres i lægehuset, da flere af lægerne har kirurgisk baggrund. Sygeplejersken varetager behandling af småskader, vaccinationer og assisterer ved undersøgelser mv.

Det mest usædvanlige ved *Nr. Lyndelse Lægehus* er, at der er ansat en socialrådgiver, hvilket lægehuset har haft i over 20 år med rigtig god erfaring. Dette findes der ifølge P.L.O. kun to steder i landet⁶⁰. Desuden er det interessant, at den større organisation har dannet basis for samarbejde og netværksopbygning i primærsektoren.

Plejecentre med udvidede tilbud

Mange steder i landet bruges betegnelsen 'sundhedscenter' i forbindelse med en anden type organisation, nemlig plejecentre med beskyttede boliger og tilbud om forskellige aktiviteter. Sådanne sundhedscentre findes fx i Sundhedscenter Brønsholmdal i Karlebo⁶¹ og Sundhedscenter Mergeltoften⁶² i Nivå. Denne type sundhedscenter er rent kommunalt finansieret.

Sundhedscenter Brønsholmdal har til huse i et gammelt plejehjem, som i 1995 blev til et center for den integrerede hjemmepleje. Der er 26 plejeboliger inkl. en skærmet enhed til 6 demente borgere og 15 beskyttede boliger. Sundhedscentret huser hjemmeplejen, et specielt psykiatrisk team (sygeplejersker og plejere), en demenskoordinator, frisør og fodpleje. Ergo- og fysioterapeuter varetager genoptræning, bevilling af hjælpemidler og boligændringer og tilbyder gymnastikhold. Der er et "Åbent aktivitetscenter" for pensionister, efterlønsmødtager og visiterede borgere samt en åben café. (Sundhedscenter Mergeltoften i Nivå er en tilsvarende model med lignende tilbud).

I *Søllerød Kommune*⁶³ er arbejdet med de kommende plejeboliger påbegyndt. De skal indeholde et moderne genoptræningscenter, bl.a. med et varmtvandsbassin. Centret får

⁵⁹ "Lægehuset med 20 medarbejdere", (Stevnhøj 2003).

⁶⁰ www.kl.dk/301025_Nr_Lyndelse_laeghus (besøgt 17.03.2004).

⁶¹ www.karlebo.dk/sundhedscenter-Brhdal.htm (besøgt 02.04.2004).

⁶² www.karlebo.dk/sundhedscenter_Mergeltoften.htm (besøgt 12.03.2004).

⁶³ "Rejsegilde på Skovbrynet i Holte den 25. marts 2004". www.sollerod.dk (besøgt 04.06.2004).

20 ambulante pladser og 20 døgnpladser. Det er hensigten at køre nattevagten sammen med det nærliggende plejecenter og dermed udnytte de eksisterende ressourcer⁶⁴. Kommunen finansierer centret og visiterer dertil. Centret forventes at være indflytningsklart i efteråret 2004.

Denne type centre er karakteriseret ved at være centreret omkring institutioner i ældre-sektoren, som i forvejen har døgnåbent og derfor har forskellige typer af sengepladser – til genoptræning, akut pleje, aflastning mv. – og har haft nemmere ved at finde indpas i netop denne type sundhedscentre.

Sundhedsklinikker - sundhedshuse

Den sidste type eksisterende sundhedscentre, som beskrives her, er mindre homogen. Som led i udviklingen af lokale sundhedstilbud er det imidlertid værd at pege på en tendens til, at der opstår typer af mindre organisationer, som i højere grad er karakteriseret ved at være funderet i en selvstændig sygeplejefaglighed. Udviklingen i det danske sundhedsvæsen har været karakteriseret ved, at sygeplejersker i den *amtslige* sektor varetager funktioner i tilknytning til læger – det være sig i sygehussektoren eller i almen praksis. I den kommunale sektor har der derimod været en helt anden tradition for, at sygeplejersker arbejder selvstændigt, bl.a. i hjemmesygeplejen og sundhedsplejen. Således kan det heller ikke overraske, at det netop er i kommunalt regi, at vi ser eksempler på sygeplejebaserede organisationsdannelser.

I Københavns Kommune blev *Sundhedshuset på Nørrebro* og *Valby Sygeplejeklinik* etableret under de bydelsråd, der i nogle år fungerede som forsøg.

*Sundhedshuset på Nørrebro*⁶⁵ er målrettet familieområdet og huser sundhedsplejersker, jordemødre, tandplejere, psykologer og hjemmesygeplejersker. Målgruppen er unge og udsatte familier. Der er iværksat mødregrupper for kvinder med anden etnisk baggrund, gruppetilbud til unge ressourcensvage mødre og til velfungerende mødre, åben rådgivning, fædregrupper med legestue mv.

Det er i dag uvist, om stedet overlever efter årsskiftet 2004.

*Valby Sygeplejeklinik*⁶⁶ startede som et initiativ fra hjemmesygeplejerskerne i Valby i slutningen af 1980'erne. De var ofte blevet stoppet på deres hjemmeplejecykler, og spurgt til råd om småskader mv. Klinikken er bemandet med to sygeplejersker og har i dag eksisteret i over 10 år. Folk har indtil for nylig kunnet komme ind direkte fra gaden uden henvisning med problemer af fysisk og psykisk art. Der har været et tæt samarbejde med Bispebjerg Sårcenter og et godt samarbejde med skadestue og sygehus-

⁶⁴ "Genoptræningscenter i Søllerød - del af det "murstensløse" sundhedshus" www.kl.dk/300962 (besøgt 17.03.2004).

⁶⁵ "Sundhedscentre lukket". Sygeplejersken 04/2004 (Bjørnsson 2004).

⁶⁶ Ibid.

afdelinger. Sygeplejeklinikken er etableret i Valby Medborgerhus, hvor der også foregår mange andre aktiviteter, som det derfor er nærliggende at benytte.

"De borgere, der foretrak klinikken frem for et hjemmebesøg, var som regel de mobile, der ikke havde lyst til at sidde og vente hjemme på at få en indsprøjtning eller få skiftet en forbindelse"⁶⁷.

Efter indførelse af BUM-modellen (Bestiller-Udfører-Model) i Københavns Kommune kræves der henvisning til Sygeplejeklinikken i Valby, da hjemmeplejen kun honoreres for visiterede ydelser. En sygeplejerske fra klinikken udtaler:

"Det forebyggende islæt vil forsvinde, og det er trist. En sygeplejeklinik som vores bliver brugt af helt andre mennesker end dem, der får besøg derhjemme".⁶⁸

Hvem disse mennesker er, og hvad de fejler fortælles ikke, men den samme tankegang om at nå ud til en patientgruppe, der kun sjældent opsøger behandlersystemet, selvom behovet er der, ligger til grund for indførelsen af Walk-In-Centre i England. I det følgende gives der en kort beskrivelse af Walk-In-Centre, som i perioder nævnes, når debatten drejer sig om sundhedscentre.

Walk-in-Centre i England

Følgende er baseret på en DSI rapport fra 2003, hvor erfaringer med indførelse af behandlersygeplejersker i Danmark og England blev undersøgt⁶⁹.

Fra 2000 begyndte man at indføre Walk-in-Centre i England, og i 2003 var der 42 centre, hvor patienterne kan 'komme ind direkte fra gaden'. Centrene er fortrinsvis bemandet med behandlersygeplejersker, som får behandlingskompetence til et antal diagnoser (se faktaboks 2), men også andre faggrupper er tilknyttet, herunder praktiserende læger. Etableringen af sundhedscentre var et led i National Health Services (NHS) moderniseringsprogram, særligt rettet mod tre formål:

- "At lette adgang til sundhedsydelser for alle"
- "At tilpasse sundhedsvæsenet til en moderne livsstil"
- "At forbedre kompetenceanvendelsen og udvide sygeplejerskernes faglige rolle. Dels for at aflaste lægerne, og dels for gennem en udvidelse af sygeplejerskernes faglige rolle at forbedre mulighederne for rekruttering og fastholdelse i sygeplejerskefaget".⁷⁰

⁶⁷ "Uden henvisning og tidsbestilling", (Bjørnsson 2004).

⁶⁸ "Sundhedscentre lukket", (Bjørnsson 2004).

⁶⁹ "Den behandlende sygeplejerske", (Willemann, Vested, & Tang 2003).

⁷⁰ Department of Health. An Assessment of the Research Evidence. www.doh.gov.uk/emergencycare [egen oversættelse].

Et Walk-in-Centre behandler patienter med mindre skader og lettere sygdom og har en rådgivnings- og vejledningsfunktion i forhold til bl.a. forebyggelse af livsstilssygdomme⁷¹, se faktaboks 2 nedenfor.

Faktaboks 2: De engelske Walk-in-Centre

De engelske sundhedscentre (*Walk-in-Centre*)

De ca. 40 sygeplejerskebetjente sundhedscentre er karakteriseret ved følgende egenskaber:

- Åbningstid typisk kl. 7.00-23.00 hele ugen
- Kort ventetid
- Sundhedscentret har typisk en central beliggenhed i nærheden af knudepunkter med mange mennesker som fx lufthavn, butiksstrøg, sygehus eller praktiserende læge
- Behandlersygeplejersker tilbyder patienterne information om og behandling af mindre skader og lettere sygdom som fx hovedpine, forstuvninger, influenza, sårforbinding og astma
- Behandlersygeplejersker har forskellige tilbud til patienterne om forebyggelse og sundhedsfremme
- Kan bl.a. udskrive antibiotika inden for rammerne af PGD (Patient Group Direction).

En undersøgelse viser, at centrene i gennemsnit har 82 besøgende pr. dag, hvoraf hovedparten er voksne mellem 25-44 år. Median ventetiden er 10 minutter, mens median konsultationslængden er 14 minutter. De mest hyppige grunde til at konsultere skadeklinikkerne er influenza/virusinfektion, ubeskyttet samleje, forbindinger og forkølelse. 74% af alle patienter afsluttes i sundhedscentrene, mens de resterende patienter henvises til andre aktører i sundhedsvæsenet.

Sundhedscentrenes typiske behandlingskompetencer:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| • Hoste, forkølelse og influenza | • Hovedpine |
| • Mindre (snit)sår | • Insektbid |
| • Blodtrykstjek | • Rådgivning vedr. prævention |
| • Høfeber | • Mindre infektioner |
| • Forstuvninger | • Vejledning om sund livsstil |
| • Helbredstjek | • Astma |
| • Eksem | • Støtte til rygestop |
| • Solskoldning | |
| • Blodprøver | |

Ydelserne er de typiske kompetencer, dog vil mange centre også tilbyde andre ydelser afhængigt af lokale behov (Salisbury et al. 2002). Kilde: "*Den behandlende sygeplejerske*" (Willemann, Vested, & Tang 2003)

I England blev der i juli 2002 offentliggjort en tværfaglig evaluering af de dengang 39 sundhedscentre. Man ville evaluere det overordnede mål om :

"at forbedre borgernes adgang til kvalitetsbehandling og pleje på en måde, der er effektiv og som støtter andre sundhedstjenester i National Health Service".⁷²

Erfaringerne fra England viser, at den *faglige kvalitet* målt ud fra fem tilstande hos brugerne samlet set opnår en højere gennemsnitsscore end de praktiserende læger. Den *patientoplevede kvalitet* viser, at brugerne er meget tilfredse og mere tilfredse end kontrolgruppen, der har benyttet egen læge. Hvis sundhedscentre imidlertid ikke blot skal skabe større tryghed eller imødekomme et nyt behov hos befolkningen, er det vig-

⁷¹ Ibid, *Patienterne søger til Walk-in-Centre*". (Bjørnsson 2004) og "*Central rolle til sygeplejersker*". (Bjørnsson 2004).

⁷² "*Den behandlende sygeplejerske*" (Willemann, Vested, & Tang 2003).

tigt at se på, om et sundhedscenter medfører et fald i ydelser hos øvrige relevante aktører. Her viser evalueringen, at konsultationsraten falder en smule på skadestuer i de byer, hvor der er etableret et sundhedscenter. Dette gælder især, hvis sundhedscentret er placeret sammen med skadestuen.

Konklusionen i forhold til *omkostninger og effektivitet efter et år med sundhedscentre* er, at disse er dyrere end besøg hos den praktiserende læge, men billigere end skadestuebesøg. I områder med mangel på praktiserende læger kan sundhedscentre dog udgøre et omkostningseffektivt alternativ. Til sammenligning har England 1,6 læge pr. 1.000 indbyggere, mens Danmark har 3,4 læger pr. 1.000 indbyggere.

Opsamling

Debatten om sundhedscentre i Danmark forholder sig til mange forskellige typer af tiltag og organisationsdannelser, der adskiller sig på mange typer af parametre. Imidlertid er udviklingen i retning af flere typer af sundhedscentre allerede i fuld gang, hvilket til dels forklarer, hvorfor debatten bruger betegnelsen sundhedscentre om vidt forskellige organisationer.

Et fællestræk i debatten er imidlertid anerkendelsen af behovet for at skabe øget sammenhæng i ydelser og patientforløb i og på tværs af sektorer, som er præget af specialisering og differentiering i mange nye typer af lokale sundhedstilbud.

Blandt de mange typer af organisationer, der enten kalder sig sundhedscentre af navn, eller mere er det af gavn, blev identificeret fire overordnede typer:

- *Sundhedscentre etableret i nedlagte sygehuse*: Primært amtslige og ofte med videreførelse af tidligere ambulante funktioner. Eksisterende bygninger udnyttes, idet amtet lejer lokaler ud – ofte til forskellige typer af aktører.
- *Store (tværfaglige) lægehuse*: Private initiativer fra aktører med (amtslige) ydernumre. Kan udvikle sig i mere eller mindre tværfaglig retning, og kan – alt afhængig af størrelse – varetage langt flere funktioner end en monofaglig solopraksis.
- *Udvidede plejehjem*: Kommunale centre, dog ofte med amtslig medfinansiering af de ekstra sengepladser, der ofte er i denne type sundhedscenter. Huser mange typer af aktiverende, forebyggende og rehabiliterende eller vedligeholdelsestrænende aktiviteter. Kun rettet mod ældre.
- *Sygeplejebaserede organisationer*: Kommunale initiativer, hvor kernen er behandlersygeplejersker og evt. andet sundhedsfagligt personale.

WORKSHOPS OM SUNDHEDSCENTRE

Et centralt element i forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport har været afholdelse af fire workshops med indbudte repræsentanter fra forskellige sektorer og institutioner i Frederiksborg Amt (inkl. kommuner).

Hver workshop var centreret omkring ét af de tre temaområder – ældreområdet, kronikere og genoptræning. Til sidst afholdtes en åben workshop for at afdække andre eventuelle problemstillinger i sundhedsvæsenet, som sundhedscentre kunne tænkes at medvirke til at løse. De fire workshops indhold og forløb er nærmere beskrevet i bilag 1: "Workshop indhold og forløb".

DSI har vurderet, at de deltagende sundhedsmedarbejdere på de afholdte workshops havde mange og interessante betragtninger omkring sundhedsvæsenet i Frederiksborg Amt, dets problemer, udfordringer og mulige løsninger. Det er derfor valgt at lave længere tilbagemeldinger fra alle workshops, hvor sundhedsmedarbejderne i højere grad kommer til orde. Af hensyn til læsevenligheden i den samlede rapport er disse tilbagemeldinger placeret i bilag 2-5. Det følgende er udelukkende DSI's analyse af muligheden for etablering af sundhedscentre på de udvalgte områder. Diskussionerne opsummerer centrale pointer fra de afholdte workshops, men mangler de detaljer og nuancer, som de mere fyldige afrapporteringer i bilagene søger at bibeholde. DSI anbefaler derfor, at bilag 2-5 konsulteres, idet enhver kvalificeret diskussion af sundhedscentre i Frederiksborg Amt ikke kan komme udenom, at det er de konkrete praktikere, som tegner og arbejder inden for de udvalgte områder, der i givet fald ville skulle medvirke til at realisere sundhedscentertanken. Tidligere er der redegjort for typer af sundhedscentre rundt om i landet, og senere vil der blive redegjort for mere konkrete erfaringer – både organisatorisk og økonomisk - fra andre projekter, nogle af disse i udlandet. Disse eksterne kilder er vigtige i forhold til helhedsbilledet af, hvilket potentiale sundhedscentre *kan* indeholde. Men det generelle må aldrig overskygge det konkrete. Det er derfor vigtigt at kende lokale praktikers argumenter, perspektiver og synspunkter.

Diskussion på baggrund af workshop om ældreområdet

De modeller for mulige sundhedscentre, som blev formuleret på workshoppen om ældreområdet, svingede mellem to former: På den ene side den model, der tidligere er blevet beskrevet som den type sundhedscenter, der kan betegnes 'det udvidede plejehjem', dvs. et plejecenter, som har sengepladser, og hvor en mere målrettet pleje- og genoptræningsindsats finder sted, hvor der er hospice tilknyttet, og hvor der findes akutpladser (som de i dag kendes tre steder i Frederiksborg Amt). Her ville være sygeplejersker,

(fortrinsvis praktiserende) læger på konsulentbasis, diverse terapeuter, pensionist- og socialrådgivere. På den anden side en model, som er væsentligt mere udbygget, og som bl.a. indeholder en laboratoriefunktion.

Omkring den første model – det udbyggede plejehjem med sengepladser – peger både modellen og deltagerne på, at der er tale om en overvejende kommunal model. Deltagerne forestillede sig ikke, at amtet burde drive denne type sundhedscentre alene. Amtet kunne medfinansiere, sådan som det fx sker i dag i samarbejdet mellem Frederiksborg Amt og Hillerød Kommune omkring akutpladser. De aktører, som skulle mobiliseres i forhold til en sådan model for sundhedscentre, var helt overvejende kommunale.

Den anden model tangerede – som workshoppen udviklede sig – mere og mere i retning af det, nogle af deltagerne selv benævnte '*et mini-hospital*'. Det var efterhånden ikke klart, hvad forskellen på en indlæggelse i et sådant sundhedscenter og et hospital egentlig bestod i.

Fælles for deltagerne og modellerne i denne workshop var, at de udpegede behovet for sengepladser udenfor sygehusregi for at løse de problemstillinger, der eksisterer på ældreområdet i dag. De mente dog ikke, at det nødvendigvis burde være Frederiksborg Amt, som opbyggede en sådan kapacitet. I dag er der allerede mulighed for sengepladser på de eksisterende akutstuer, og akutteamet i Helsingør gør det i højere grad muligt at passe borgere med behov for intensiv pleje i hjemmet. Der er således en udvikling i gang i denne retning, men meget tyder på, at behovet i et begrænset antal kommuner er større end det nuværende udbud.

Som diskussionen af sundhedscentertanken udviklede sig, opstod en anden vigtig distinktion: Sundhedscentret kan på den ene side ses som et sted, der primært har som sigte, at borgerne kan komme (lettere) til de professionelle. Formålet vil her primært være at samle de ydelser, som ældre har brug for, så der så at sige bliver færre indgange og højere service. Et positivt spin-off af en sådan organisationsdannelse kunne være det personlige og faglige netværk, som kunne opstå mellem de professionelle.

Men en anden model er at tænke sundhedscentret som primært værende et sted, hvor et fagligt netværk forankres. Mange nye tiltag medfører nye og ofte udgående funktioner. I dag har man ud over hjemmeplejen også de forebyggende hjemmebesøg, akutteam, palliativt team osv. Sundhedscentre kunne tænkes som den organisatoriske og fællesfaglige ramme omkring denne tendens, som ellers kan føre til yderligere fragmentering af ydelser og dermed af de samlede patientforløb. Flere af deltagerne pegede således på muligheden for, at sundhedscentre med fokus på ældreområdet kunne være med til at ændre områdets status i positiv retning ved at skabe et fagligt miljø ud af fragmenter. En deltager formulerede det således:

"Sundhedscentre skal løfte området, gøre ældreområdet til et vidensområde og give det højere prestige."

Dette koncept vil i højere grad end det første satse på at samle udgående funktioner, og måske vil en del af ydelserne blive leveret fra andre steder end selve centret.

Alt i alt pegede workshopen om ældreområdet på mange og komplekse problemer, som bl.a. fører til mange og forebyggende indlæggelser i sygehusvæsenet. Der var bred enighed om, at koordination og samarbejde mellem eksisterende kræfter – på tværs af sektorer – var et kardinalpunkt. Uden dette samarbejde kan ønsket om tidlig opsporing og virkningsfuld forebyggelse af indlæggelser og funktionstab ikke realiseres. Der blev peget på hjemmeplejens centrale rolle i forhold til dette punkt. Desuden blev der peget på, at der mangler tid til at tænke og handle i helheder. Der mangler klare tovholdere, som virkelig tager sig tid til at få styr på alle enderne i de mere komplicerede tilfælde. Disse kan meget vel bunde i banale medicinske problemer, som kan udvikle sig og ende i indlæggelse, hvis de ikke håndteres helhedsorienteret og i relation til den ældres praktiske og sociale hverdag.

De foreslåede modeller har alle sengepladser. De ligger i et spektrum mellem det udbyggede plejehjem og 'mini-hospitalet'.

Desuden kan der skelnes konceptuelt mellem sundhedscentre som primært værende samlinger af ydelser for borgerne, og sundhedscentre som primært værende samlinger af fagpersoner for at danne netværk. Den sidste model tangerer mere mod tankegangen i et videnscenter. I praksis vil et sundhedscenter både have borgere, som henvender sig, og fagpersoner der danner netværk. Men der er forskel på, om man satser mere eller mindre bevidst på de to typer af koncepter.

Diskussion på baggrund af workshop om kronikerområdet

Under denne workshop blev deltagerne delt i to under et gruppearbejde, og i det omfang, det var muligt, tog delingen hensyn til, at de medarbejdere, som arbejdede mest med hhv. diabetes eller KOL, kom i hver sin gruppe. Derfor betegnes én gruppe i det følgende som diabetes-gruppen og den anden som KOL-gruppen. De to grupper blev bedt om at udarbejde forslag til, hvordan sundhedscentre evt. kunne ændre patientforløbene for de to patientgrupper.

En markant forskel på de to undergruppers forslag var, at diabetes-gruppen forholdt sig til håndteringen af det kroniske sygdomsforløb i hverdagen med ambulatoriebesøg, besøg hos egen læge, træning og rehabilitering mv., men ikke til de akutte forværringer, som kan kræve indlæggelse (svært dysregulerede tilstande som fx ketoacidose).

KOL-gruppen forholdt sig derimod i langt højere grad til de akutte tilfælde af KOL i forværring (eksacerbation) og i mindre grad til den mere daglige håndtering i form af løbende behandling og forebyggelse af forværring. Dermed forholdt KOL-gruppen sig i udgangspunktet til sundhedscentre som alternativ til akut indlæggelse.

Den ramme for workshoppens indhold, som deltagerne var blevet præsenteret for, prioriterede ingen af disse to tilgange frem for den anden. Imidlertid siger de forskellige tilgange noget om den rolle, som de forskellige praktikere tiltænkte et muligt sundhedscenter i forhold til de to grupper af kronisk syge borgere. Forskellen bunder muligvis i den organisering af de to sygdommes håndtering, som er gældende i dag, hvor diabetikere i højere grad følges ambulant, og hvor det er mere almindeligt at indlægge KOL-patienter. Men på grund af denne forskel er det vigtigt endnu engang at slå fast, at DSI – i henhold til de fastlagte rammer og forudsætninger for denne rapport – ikke arbejder videre med en sundhedscentermodel, som udgør et alternativ til akut indlæggelse.

Generelt set var kronikerworkshoppens deltagere positivt stemte for en form for sundhedscentre. Mange af de problemstillinger, som blev fremført omkring behovet for bedre opfølgning, forebyggelse og rehabilitering (herunder træning og patientskoler mv.) kunne søges løst i centre i primærsektoren dedikeret til kronisk sygdom. Centrene skulle både indeholde de tilbud, som deltagerne mener, der mangler til de mange kronikere, som dermed kan holdes i primærsektoren, ligesom centrene skal kunne rumme tilbud til sværere og tungere grupper af kronisk syge. Der var forskellige synspunkter til rollefordelingen mellem sygehusambulatorier, praktiserende læger og eventuelle centre: Hvorvidt specialister fra ambulatorierne burde have satellitter på centrene, og hvorvidt de praktiserende læger burde håndtere kronikerbehandlingen (eller centrene i stedet burde overtage den), var der divergerende synspunkter på.

Deltagerne var også delt i spørgsmålet, om centrene burde være forankrede i den kommunale eller amtslige sektor.

Der var generel enighed om, at hjemmeplejen er en meget central aktør i forhold til de kronisk syge, men hjemmeplejen blev ikke nævnt som en af de aktører, der burde have til huse i kommende centre. Derimod blev det påpeget, at centrene burde have en klar uddannelses- og rådgivningsfunktion i forhold til hjemmeplejen.

Der blev lagt stor vægt på at samle indsatsen for disse patientgrupper, idet samarbejde på tværs af sektorer og institutioner blev betegnet som en vigtig kilde til bedre håndtering af de kroniske syge. I den forbindelse blev der også peget på, at fælles kommunikationssystemer og databaser på tværs af sektorer er en vigtig forudsætning for mere sammenhængende patientforløb og reelt fungerende 'shared care'. Organisationsdannelse alene skaber ikke den ønskede sammenhæng omkring patientforløb.

Flere af deltagerne pegede på, at kronikergrupperne - trods mange forskelle - alligevel har mange fællestræk, og at man ved at samle flere typer af kroniske sygdomme i centrene ville have mulighed for at opnå synergieffekter og frigøre tid til mere individuel rådgivning der, hvor der er behov for det.

Diskussion på baggrund af workshop om genoptræning

Som nævnt i bilag 4's redegørelse for indholdet denne workshop deltog hverken praktiserende læger eller fysioterapeuter.

Overordnet set kan to hovedproblemstillinger identificeres som de primære omdrejningspunkter for diskussionerne på denne workshop: Overleveringsproblematikken mellem sektorer (et sammenhængsproblem) og manglende genoptræningstilbud til mange, men relativt små patientgrupper, som deltagerne vurderede havde behov for træning. En af de større grupper, som blev diskuteret i relation til genoptræning, var kronikernes behov for rehabilitering.

Deltagerne pegede på, at overleveringsproblematikken ikke blot er et spørgsmål om yderligere og bedre kommunikation, herunder genoptræningsplaner. Disse forhold er vigtige, men af mindst lige så stor vigtighed for deltagerne er kultur- og perspektivforskelle mellem sektorerne.

På workshoppen blev causa socialis-problematikken desuden diskuteret, dvs. patienter som indlægges af mere sociale end medicinske årsager. Selvom mange af disse patienter er ældre, var det hovedsageligt på denne workshop, at emnet blev diskuteret – muligvis fordi problemet mærkes på de eksisterende genoptræningspladser i primærsektoren, hvor en del af disse patienter ender efter udskrivelse, fordi de udgør et placeringsproblem. Træningspersonalet tilknyttet disse pladser ser ikke, at problemet er genoptræning (ligesom hospitalet heller ikke mente, at problemet var medicinsk).

Generelt var deltagerne på workshoppen positivt stemte overfor muligheden for at etablere sundhedscentre med fokus på opgaver indenfor genoptræning og vedligeholdelsestræning. Der blev peget på, at de grupper, som har længerevarende forløb og har brug for træning i hjemmet, med fordel kunne varetages via centrene.

Der var en tendens til, at deltagerne havde delte meninger om størrelsen af centrene, hvor de hospitalsansatte i højere grad så fordele i få og store centre (fagligt miljø giver højere kvalitet er argumentet), men kommunalt ansatte så i højere grad også fordele i mindre centre (idet nærhed og lokalt tilhørsforhold er vigtige for opbygningen af lokale netværk i primærsektoren).

Der blev peget på, at en form for samfinansiering eller samling af genoptræningsområdet var nødvendig i forbindelse med centerdannelser, idet adskillelsen i høj grad blev oplevet som en barriere for at lave gode patientforløb og overleveringer i praksis. Desuden ville en samling også betyde samling af viden og ekspertise samt af andre typer af fagligheder, idet kronikerrehabilitering, som blev diskuteret, indeholder andet og mere end en træningsindsats. Muligheden for at bedrive tidlig opsporing af andre problemstillinger end rent træningsmæssige – sekundær forebyggelse – blev også fremhævet som en mulig fordel ved en samling af aktiviteter.

En vigtig opgave for centrene skulle være uddannelse, sparring og kompetenceløft i forhold til hjemmeplejen. Hjemmeplejen udgør frontpersonalet for mange borgere i eget hjem, men der er en oplevelse af, at hjemmeplejen mangler viden. Der blev peget på, at træning og praktisk hjælp i et vist omfang er substituerende ydelser, og at det derfor er helt centralt, at de, der yder praktisk hjælp, har viden om, hvordan man medvirker til aktivering og hjælp til selvhjælp.

Problemerne på genoptræningsområdet, som kom frem under denne workshop, var mange. Og som bilag 4 med den samlede afrapportering fra workshopen vidner om, så er der i høj grad tale om problemstillinger og dilemmaer, der både er velkendte og veldokumenterede i den verserende debat om genoptræning og gråzoner. En centralt bagvedliggende problematik er den udfordring, der ligger i at ændre sundhedsvæsenet fra primært at være behandlende, og hvor genoptræning derfor let bliver et problem, til at gøre hele genoptrænings- og vedligeholdelsesfilosofien til det styrende princip, der rækker langt ud over de specialiserede terapeuters domæne⁷³.

Deltagerne mente generelt at centerdannelse – qua den samling af faglighed, fokus og økonomi, som det ville afstedkomme, ville kunne medvirke til at løse problemstillinger og udfordringer på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet.

Diskussion på baggrund af åben workshop

Deltagerne i den åbne workshop var generelt positivt indstillet over for at samle mange forskellige sundhedsmæssige opgaver i større enheder. De så både fordele for den faglige udvikling, det tværfaglige samarbejde og for de enkelte patienter. Særligt de ældre og kronikerne ville ifølge deltagerne have fordel af, at opgaverne samles i et center.

Der blev peget på, at sundhedscentre ville indebære en samling af flere aktiviteter, hvilket ville være en god service for borgerne. Samtidig var det dog også væsentligt for deltagerne at understrege, at nye strukturer ikke alene løser problemerne:

”Men som jeg hører det, er det kejserens nye klæder, at fordi man kalder det et sundhedscenter, så pludselig kan vi noget, vi ikke kan andre steder!”

Deltagerne så ældreområdet og en del forebyggelse af indlæggelser blandt kronikere som de væsentligste opgaver for et sundhedscenter. Det er opgaver, som deltagerne mener primært bør organiseres og forankres i kommunalt regi, og som på nuværende tidspunkt halter. Derfor var det også deltagernes klare holdning, at sundhedscentre – i den udformning, som workshopdeltagerne peger på – *ikke* bør etableres i amtsligt (regionalt) regi, men derimod i kommunalt (lokalt) regi.

⁷³ (Hede & Højgaard 2004).

Samtidig pegede deltagerne dog på, at der burde være tale om en vis samfinansiering, da det i høj grad var amterne, der ved oprettelsen af et sundhedscenter ville mærke besparelser i form af færre indlæggelser. Dog kunne gruppen godt se visse fordele ved at etablere patientskoler eller kronikercentre i (delvist) amtsligt regi, da det kunne være vanskeligt at opretholde disse funktioner i en enkelt kommune.

Samlet set var deltagerne på den åbne workshop således blandt dem, der er mest kritiske over for sundhedscentre i *amtsligt* regi.

Desuden er det værd at bemærke at der var et markant sammenfald mellem de temaområder, der var valgt som udgangspunkt for de første tre workshops, og de temaer, som deltagerne på den åbne workshop bragte frem. Det vidner om, at det hovedsagelig er inden for de valgte områder, at sundhedsfaglige praktikere selv oplever problemstillinger, som sundhedscentre – i en eller anden form – kunne være med til at løse.

Fra sundhedscentre til kronikercentre

Budskabet fra de afholdte workshops er, at der er god grund til at arbejde målrettet med forbedringer på alle tre områder. Dette kan på ingen måde undre, og denne tendens er ikke unik for Frederiksborg Amt, idet disse områder længe har været i søgelyset på nationalt plan. Spørgsmålet er derfor, om nogle af de belyste områder af forskellige grunde er mere oplagte for Frederiksborg Amt at bygge sundhedscenter-konceptet op omkring end andre. En af de faktorer, man her må medtage, er opgavefordelingen i den offentlige sektor, og hvilken rolle Frederiksborg Amt bør spille i forhold til de forskellige temaer i fremtidens sundhedsvæsen.

Fremtidens opgavefordeling i den offentlige sektor

Den offentlige sektor i Danmark er under strukturændring, og specielt sundhedsvæsenet står efter al sandsynlighed overfor en større strukturændring. En eventuel opbygning af sundhedscentre må nødvendigvis ske i overensstemmelse med den fremtidige overordnede struktur i sundhedsvæsenet.

Den nye struktur er endnu ikke fastlagt, men i forbindelse med dette arbejde finder DSI, at det ikke er muligt at udarbejde fornuftige og realistiske scenarier for sundhedscentre i Frederiksborg Amt uden hensyntagen til Strukturkommissionens arbejde og forhandlinger om "Det nye Danmark"⁷⁴.

Vi mener således, at det er realistisk at antage, at kommunerne bliver større (ca. 30.000 indbyggere), og at de får en mere central rolle i sundhedsvæsenet.

⁷⁴ (Strukturkommissionen 2004) og "Det nye Danmark"(Regeringen 2004).

Anskues de valgte temaer i forhold til den nuværende og sandsynlige opgavefordeling i fremtiden, mener vi, at følgende er realistiske bud på udviklingens retning:

- **Ældreområdet:** I dag administreres ældreområdet overvejende på lokalt niveau i forvaltningsstrukturen. Ældreboliger, dagcentre, forebyggende hjemmebesøg, hjemmehjælp og hjemmepleje ligger på lokalt niveau, og denne udvikling tegner ikke til at ændre sig i fremtiden. Både området – og dermed også de udfordringer, der er forbundet hermed – er i vækst.

Imidlertid har ældreområdet også klare regionale bindinger, idet den ældre medicinske patient optager en betydelig del af de medicinske sengedøgn. Det betyder, at de ældres træk på det regionale sundhedsvæsen, som både tæller en del af primærsektoren (de praktiserende læger) og hele sekundærsektoren, også er i vækst. Bl.a. derfor er der i stigende grad fokus på den ældre medicinske patient. Ældreområdets vækst har således store konsekvenser for det regionale niveau, men pleje, forebyggelses- og vedligeholdelsesopgaverne ligger – og vil efter al sandsynlighed fortsat ligge – på lokalt niveau.

- **Kronikerområdet:** Kronikerne er – i modsætning til de ældre – i udgangspunktet syge, og derfor hører de qua deres diagnoser i langt højere grad hjemme på det regionale niveau. Kronikere går til kontrol og medicineres via praktiserende læger og på sygehusambulatorier, og i tilfælde af akut forværring indlægges de stationært. De tilses også af hjemmesygeplejen, men det overordnede ansvar for håndteringen af sygdommen ligger hos de førnævnte regionale aktører. Det skønnes, at en kommende reform ikke vil ændre på dette generelle billede. Som tidligere nævnt er ældreområdet ligesom kronikerområdet i vækst – og dermed også de udfordringer og det ressourcetræk, der er forbundet hermed.
- **Genoptræningsområdet:** Genoptræning og vedligehold foregår i dag både i regionalt regi – ambulant eller stationært på sygehuse – og lokalt via distriktsterapeuterne, som primært er tilknyttet dagcentre og plejehjem (ældreboliger). Genoptræning er placeret mellem det regionale og lokale niveau. Udspillet til den kommende reform peger i retning af, at kommunerne vil få det primære ansvar for den genoptræning, der ikke foregår under sygehusindlæggelse. En kommende reform vil således formodentlig lægge op til, at der etableres lokale *kommunale* sundhedscentre, der kan varetage forebyggelses- og genoptræningsopgaver⁷⁵.

Set ud fra et spørgsmål om myndighedsansvar og struktur er kronikerområdet det område, som i højest grad hører under det regionale sundhedsvæsen, og det vurderes, at denne fordeling ikke vil ændres nævneværdigt af en fremtidig strukturændring – og måske vil tendensen ligefrem styrkes.

⁷⁵ "Det nye Danmark". (Regeringen 2004), s. 10-11.

Hvad der reelt kommer til at ske på genoptræningsområdet, er endnu uklart. Der eksisterer velfungerende eksempler på tværkommunale samarbejder omkring den samlede genoptræningsopgave, fx Skagen Træningscenter. Der er ingen tvivl om, at der er behov for at fokusere langt mere på rehabilitering og forebyggelse generelt, bl.a. fordi det koster samfundet alt for meget ikke at genoptræne borgerne⁷⁶. Men før opgavefordelingen omkring genoptræning ligger helt klar, er det ikke fornuftigt at bygge scenarier for amtsligt forankrede sundhedscentre op med genoptræningsområdet som den centrale kerne. Samtidig skal det tages i betragtning, at det nuværende udspil omkring en strukturændring peger i retning af, at genoptræningsområdet i højere grad vil blive forankret i kommunalt regi, om end det regionale stadig vil spille en central rolle.

På ældreområdet var tilbagemeldingen fra workshopperne klar. Specielt ældreworkshoppen og den åbne workshop var entydige omkring deres påpegning af behovet for at fundere sundhedscentre med fokus på ældreområdet i lokalt og ikke regionalt regi. Det betyder ikke, at regionalt finansierede og samfinansierede ordninger ikke kunne have base i sådanne centre, eller at centrene til dels kunne være samfinansierede. Dette ville blot styrke samarbejdet omkring de ældre og formindske tendenser til kassetænkning. Som nævnt er der allerede gode eksempler på samfinansierede ordninger i Frederiksborg Amt, såsom Kirsebærbakken Plejecenter i Hillerød (5,5 aflastnings- og akutpladser), Sundhedscentret Bauneparken i Skævinge (3 akutpladser), Plejecentret Damgårdsparken i Stenløse (6 aflastnings-, akut- og genoptræningspladser⁷⁷) samt akutteamet i Helsingør. Denne samarbejdstendens bør styrkes, hvilket Frederiksborg Amt allerede arbejder med⁷⁸. Men de mange gode tilbud, som opstår, må ikke føre til fragmentering. Fremkomsten af mange - ofte udgående - lokale sundhedstilbud kan føre til fragmentering af det samlede sundhedsvæsen, idet koordinations- og informationsopgaven vokser i takt med udbygningen og specialisering i nye typer af lokale tilbud og ordninger⁷⁹. Således peger Sundhedsvisionen også på behovet for standardisering af de kommunale tilbud for at sikre både overskuelighed og ensartethed i behandlingen.

Disse tendenser kunne pege på, at der ud over det igangværende arbejde med at omlægge det medicinske område og udbygningen af kommunesamarbejdet i form af akutpladser/-teams også kunne være behov for en anden type samfinansieret funktion i form af en reel tovholderordning for de svagere patientgrupper på området. Et eksempel til inspiration kunne være Gero-teamet i Skagen, der netop er en sådan tovholder- og behandlerfunktion for en mindre gruppe af svage ældre. Dette team beskrives nærmere i

⁷⁶ "Genoptræning - fra problem til princip", Mandag Morgen (Hede & Højgaard 2004).

⁷⁷ Der findes i alt 7 pladser i Stenløse, og en opnormering til 8 er undervejs. Men de ekstra pladser - ud over de 6 - er ikke en del af samfinansieringsordningen, men er alene finansieret af kommunen, oplyser Sundhedschef Dorte Saabye i et telefoninterview.

⁷⁸ Se fx "'Sundhedsvision Nordsjælland'" (Frederiksborg Amt 2003).

⁷⁹ "Lokale Sundhedstilbud", (Lund Nielsen & Vinge 2004), samt Amtsrådsforeningens eksempelsamling over lokale sundhedstilbud og udgående teams, (Amtsrådsforeningen 2004).

det afsluttende kapitels indikation af de samfundsøkonomiske konsekvenser af kronikercentre (s. 64).

Samlet set vurderer DSI, at både genoptrænings- og ældreområdet rummer mange og tunge problemstillinger, som en form for centerdannelse ganske givet kunne være med til at afhjælpe. Men på basis af den tilgængelige empiri mener vi, at det ikke bør være *regionalt* forankrede sundhedscentre uden sengepladser, der søger at løse de belyste problemstillinger på ældre- og genoptræningsområdet. Det er derfor valgt at centrere opbygningen af scenarier omkring kronikerområdet.

Arbejdet med deciderede kronikercentre er stadig i sin vorden i Danmark og indgår ikke som en af de eksisterende typologier i analysen af sundhedscentre i Danmark. Imidlertid er der alligevel inspiration at hente fra de eksisterende sundhedscentre, idet kronikere kommer i nogle af dem – både hos egen læge og i ambulatorie-satellitter – samt til andre typer af tilbud.

Herhjemme har specielt lederen af Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, professor Frede Olesen, været med til at sætte fokus på behovet for at lave deciderede kronikercentre:

”Der er et stigende behov for lokale tilbud indenfor forebyggelse, rehabilitering og til det voksende antal kronikere med fx diabetes og astma, og dem kunne man godt etablere særlige tilbud til. Enten kronikercentre, hvor almen praksis og hjemmesygepleje arbejder sammen, eller hvor sygeplejersker skulle stå for koordineringen og kunne trække på praktiserende læger, speciallæger og sygehuslæger på konsulentbasis. Men vi har ikke brug for sengepladser”⁸⁰.

Olesens opfattelse af, at kronikerområdet er et centralt indsatsområde, deles i vid udstrækning af professor Ronald Dahl fra Århus Universitetshospital, som dog ikke peger specifikt på centerdannelser:

”Forebyggelse handler ikke blot om at undgå sygdom, det handler også om at forebygge progression i sygdomsforløb. Udfordringen for det danske sundhedsvæsen er for mig at se, at vi skal blive bedre til at arbejde forebyggende i forhold til en lang række kroniske sygdomme, så vi skaber flere livskvalitetsår for den enkelte patient og færre udgifter for væsenet som sådan”⁸¹.

Fokuseringen på kronikerområdet betyder imidlertid ikke, at ældre- og genoptræningsproblematikken er forladt. En stor del af kronikerne er ældre, og en vigtig del af håndteringen af kroniske sygdomme er rehabilitering. Specielt workshoppen på genoptræningsområdet og i mindre grad den åbne workshop fokuserede på muligheden for at forankre rehabilitering og forebyggelse for kronikere – bl.a. i form af motion på recept – i sundhedscentre.

⁸⁰ Frede Olesen i (Poulsen 2003).

⁸¹ ”KOL-retningslinier på vej” (Stevnhøj 2003).

FOKUS PÅ MENNESKER MED KRONISK SYGDOM

Scenarierne for opbyggelse af sundhedscentre i Frederiksborg Amt vil være fokuseret på kronisk sygdom, som derfor beskrives nærmere i det følgende. Af pragmatiske årsager valgte opdragsgiver at fokusere på to væsentlige kroniske sygdomme: Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og diabetes. Derfor bibeholdes denne fokusering, hvilket også gør det muligt at opnå større dybde i analyserne, end hvis samtlige kroniske sygdomme skulle medtages her. Det betyder dog ikke, at løbende kontrol, forebyggelse, genoptræning og behandling af andre kroniske lidelser ikke også med fordel kunne finde sted i et center for kronisk sygdom.

Regeringens Folkesundhedsprogram peger på følgende diagnoser som mål for programmet, idet de vurderes at være særligt alvorlige:

- Aldersdiabetes
- Forebyggelige kræftsygdomme
- Hjerte-karsygdom
- Knogleskørhed (osteoporose)
- Muskel- og skeletlidelser
- Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)
- Psykiske lidelser
- Rygerlunger (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom: KOL).⁸²

De to valgte diagnoser er indeholdt i listen, men under de afholdte workshops blev flere af listens andre lidelser fremhævet af deltagerne som oplagte indsatsområder for sundheds- eller kronikercentre. Specielt hjerteområdet, knogleskørhed og gigtsygdomme blev fremhævet.

KOL og diabetes repræsenterer begge nogle store sygdomsgrupper, der i disse år er i vækst under betegnelsen "livsstilssygdomme" og kræver mange ressourcer både i primær- og sekundærsektoren udover de rent menneskelige omkostninger for patienter og pårørende. Den stigende forekomst af disse livsstilsrelaterede sygdomme er ikke noget unikt dansk fænomen, og tendensen ses også mange andre steder.⁸³

I det følgende beskrives kort de væsentlige forhold omkring de valgte sygdomme. Bilag 6 giver mere udtømmende redegørelser for bl.a. sygdommens relevans og udbredelse,

⁸² "Sund hele livet", (Regeringen 2002).

⁸³ Se fx "Chronic diseases in a changing world", Temanummer af British Medical Journal, (BMJ 2002).

dens karakter, behandlingsmuligheder og organisatoriske forhold omkring den nuværende behandling i ambulatorierne i Frederiksborg Amt.

Kroniske lidelser versus helbredelig sygdom

Medicinen har undergået fundamentale og gennemgribende ændringer gennem tiden⁸⁴. Den teknologiske udvikling har ændret lægens rolle fra lindrende og sjælesørgende til en langt højere grad af muligheder for helbredelse. Det har medført et fokus på helbredelse som grundlæggende værdi.

Imidlertid har væksten i kroniske lidelser betydet, at det helbredelsesfokuserede system kommer til kort, og pendulet er i en vis forstand svinget tilbage til den mere lindrende rolle for lægen.

En afgørende forskel er dog, at udviklingen denne gang ikke er drevet af medicinens logik⁸⁵, men i stedet af patientmassens udvikling. En anden afgørende forskel er, at man i dag har helt andre teknologiske muligheder for at lindre, stabilisere og hindre senfølger. Det har medført en situation, hvor en meget stor og voksende gruppe af ikke helbredelige patienter med behov for rehabilitering og regulering af sygdom behandles i et system, der i langt højere grad er fokuseret på udredning og helbredelse. Professor Ronald Dahl fra Århus Universitetshospital udtrykker problemstillingen om kronikere og forebyggelse således:

"I sygehusvæsenet er vi mest gearet til at tage os af akutte sygdomme, der indebærer medikamentel eller kirurgisk behandling, og vi har brug for at ændre denne tankegang."⁸⁶

Denne tendens er hverken et nyt eller specielt dansk fænomen. En stor amerikansk undersøgelse af organiseringen af medicinsk arbejde på hospitaler i 1970'erne peger på den samme udviklingstendens. Selvom patientmassen har udviklet sig i retning af langt flere kronisk syge, er hospitalskulturen ikke fulgt med denne udvikling:

"With regard to issues of health and illness, mankind is passing through a new era (...) There is unquestionably something startlingly new about the biological condition of a considerable, and increasing, portion of the earth's population: namely, the prevalence now of the chronic rather than acute illnesses. There is a fateful paradox here: although the chronic illnesses are prevalent (...) neither the general public nor the health professionals, recognize anything like the full implications of this for training, care (...) indeed for the health institutions themselves." (...) "While the hospital's organization has been radically changed by the incurable, long-term illnesses of its clients, this acute-care mentality, derived from the previous era of the acute

⁸⁴ "Klinikkens Fødsel" (Foucault 2000).

⁸⁵ "Medisinens Logik" (Berg 1987).

⁸⁶ "KOL-retningslinier på vej" (Stevnhøj 2003).

illnesses, still profoundly colors the operations of the hospital." (...) "The personnel still think of themselves as treating patients who are acutely ill."⁸⁷

Der skelnes i debatten om sundhedsvæsenets organisering ofte skarpt mellem behandling og forebyggelse. En helt central pointe omkring håndteringen af de kronisk syge er, at behandlingen i vidt omfang *er* forebyggelse.

Der skelnes mellem tre former for forebyggelse⁸⁸:

- *Primær forebyggelse*: Rettet mod *raske uden øget risiko for sygdom* med det formål at forhindre, at sygdom overhovedet opstår, og sundheden bevares. *Sundhedsfremme* er en del af den primære forebyggelse.
- *Sekundær forebyggelse*: Rettet mod *raske med øget risiko for sygdom* med det formål at forhindre (fortsat) udvikling af sygdom. Indsatsen består i at opspore symptomer og sygdomme i tidlige stadier hos personer, som er i øget risiko for at blive syge.
- *Tertiær forebyggelse*: Rettet mod *syge* med det formål at mindske sygdommens omfang. Indsatsen består i at forhindre tilbagefald og forværring af sygdom samt forhindre kroniske tilstande og funktionsnedsættelse som følge af sygdom. Den tertiære forebyggelse kan i praksis være endog meget svær at skelne fra (god) behandling, rehabilitering og/eller revalidering.

Behandling af kronisk sygdom er i vidt omfang sammenfaldende med den tertiære forebyggelse. Det står klart, at primær og sekundær forebyggelse af kronisk sygdom også er centrale områder, og tidlig opsporing er i høj grad sammenfaldende med den sekundære forebyggelse. Men når først kronisk sygdom *er* indtruffet, bliver opgaven tertiær forebyggelse – for alle involverede faggrupper.

For at markere den fundamentale forskel mellem helbredelige og kroniske sygdomme taler vi i det følgende ikke om decideret behandling af kroniske tilstande, men i stedet om *håndtering*. Vi vurderer, at ordet 'behandling' signalerer en monofaglig indsats, idet det oftest er læger, der kædes sammen med de såkaldte behandlingsopgaver i sundhedsvæsenet. Desuden peger 'behandling' ikke på det forhold, at patienterne selv er (eller: burde være) de mest centrale aktører i forhold til håndteringen af kroniske lidelser.

Dette betyder bl.a., at målet for sundhedsvæsenets indsats overfor mennesker med kronisk sygdom bliver at sikre så høj en livskvalitet som muligt. Den kroniske grundsygdom kan svinge i styrke og intensitet. I nogle perioder er personen i sin habituelle (normale syge tilstand) tilstand og kan have en udmærket/tålelig hverdag; i andre tilfælde er personens tilstand akut forværret og kræver ofte sygehusindlæggelse.

⁸⁷ "Social Organization of Medical Work", (Strauss, Suczek, & Wiener 1997), s.1-3.

⁸⁸ Definitionerne er taget fra "*Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsvæsenet*" (DSI Institut for Sundhedsvæsen 1999).

Et led i håndteringen er således at sikre, at sygdommen er velreguleret, så akutte forværringer og deraf følgende indlæggelser i videst muligt omfang kan undgås.

For patienten er den kroniske sygdom således en tilstand, man er nødt til at leve med resten af livet og vænne sig til at håndtere i det daglige. I nutidens moderne samfund er der en forventning om enten medicinsk eller kirurgisk behandling af sygdom med helbredelse til følge, hvilket kan vanskeliggøre accepten af kronisk sygdom.

Udover de fysiske gener, som den kroniske sygdom medfører, hører derfor også det mere sociale og psykologiske element, som handler om, hvordan den kronisk syge tackler at leve med sin sygdom i hverdagen.

Diabetes

Diabetes inddeles i to typer - type 1 og type 2, som i princippet skal håndteres ens i det daglige ved at sænke blodsukkerværdierne.

Type 2 betegnes ofte som en livsstilssygdom, der i sig selv kan forebygges (undgås), mens type 1 ikke er det. For at undgå senkomplikationer (øjensygdom, nyresvigt, amputation mv.) eller tidlig død er det nødvendigt, at både diabetiker, pårørende (hjelper) og behandler har den rette viden, og at sundhedsvæsenet yder en samlet, tæt indsats.

Den *daglige håndtering* består i holde blodsukkerværdien nede ved:

- Korrekt medicinering og medicinindtagelse
- Diæt og motion
- Egenomsorg og sygdomsforståelse.

Ved optimal håndtering kan udvikling af senkomplikationer udsættes/undgås, og en høj livskvalitet bevares.

For at opnå dette kræves en flerstrengt indsats fra sundhedsvæsenets side med tæt inddragelse af den kronisk syge. Tilbuddene skal samtidig være tilgængelige og fastholde den kronisk syge i et behandlingstilbud, som tilgodeser alle de nævnte elementer. Det er vigtigt at tage særligt hånd om ressourcensvage mennesker med kronisk sygdom, der ellers let "tabes".

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom er et stort og voksende problem i sundhedsvæsenet, ikke mindst i sygehusvæsenet. KOL er kendetegnet ved akutte forværringer i tilstanden, som fører til indlæggelse. Forværringerne kan mindskes ved bedre håndtering - her under rehabilitering - af KOL-patienter. Dette kan både lette symptomer samt patien-

ternes angstfølelse ved forværringer i vejrtrækningsfunktionen, idet rehabiliteringen også øger deres evne til at håndtere sygdommen selv og dermed deres egenomsorgskapacitet. Tidlig opsporing og indgriben i forbindelse med KOL er helt centralt, men vanskeligt, idet mange patienter ikke føler sig specielt syge i de tidlige faser.

Det kan ligeledes være vanskeligt for KOL-patienten at forstå sygdommens karakter (mestringsstrategi), tage medicinen korrekt (komplianceproblemer) og selv afstemme, hvordan de få kræfter udnyttes bedst muligt, så hverdagen overkommes med mest mulig livskvalitet i behold.

Den *daglige håndtering* af KOL består i:

- Korrekt medicinering og medicinindtagelse
- Bibeholdelse af funktionsniveau
- Egenomsorg og sygdomsforståelse.

Rehabilitering er et nøgleord, når det drejer sig om mennesker med respirationsproblemer, men der er i dag ingen systematisk organisering af dette.

Ved en optimal håndtering kan man som nævnt undgå forværring i sygdomsgraden og opnå bedre livskvalitet. For at opnå dette kræves ligesom ved diabetes en flerstrengt indsats fra sundhedsvæsenets side med tæt inddragelse af den kronisk syge. Også her skal tilbuddene samtidig være tilgængelige og tage særligt hånd om de mange ressourcesvage mennesker med den kroniske sygdom KOL.

Dette opsummeres som:

- Tidlig opsporing
- Bedst mulig udnyttelse af terapeutiske muligheder
- Oprettelse af rehabiliteringsprogrammer.

'Shared care'

Tanken om at forbedre håndteringen af kroniske lidelser via organisatoriske løsninger såsom centerdannelse er ikke ny, hvilket fremgår af de gennemgåede undersøgelser i det afsluttende afsnit om samfundsøkonomiske konsekvenser.

Et centralt element i forbedret kronikerhåndtering er shared care, der ikke er entydigt defineret, men som overordnet handler om delt behandlings- og plejansvar mellem primær- og sekundærsektoren. Denne håndteringsform er relevant for gruppen af kronikere, som ikke udelukkende kan håndteres i primærsektoren. Hvor stor denne gruppe er, kommer i høj grad an på hvilket niveau for kronikerhåndtering, som primærsektoren er i stand til at yde.

I Frederiksborg Amts "Sundhedsvision Nordsjælland - forslag til omlægning af medicinsk basisbehandling"⁸⁹ beskrives i forbindelse med patientforløbsbeskrivelser og shared care, at:

"For at fastholde relevante patienter i såvel sygehusregi som praksisregi er det væsentligt, at der udarbejdes patientforløbsbeskrivelser, hvori også det delte behandlingsansvar defineres."

Shared care har indirekte konsekvenser for vidensdeling og spredning af viden fra specialisterne i sekundærsektoren til almenmedicinere og andet personale i primærsektoren. Shared care kaldes også "delekontroller" og kan i praksis være udformet således, at den praktiserende læge foretager 3 af de 4 årlige kontroller af nogle grupper af diabetikere, mens ambulatoriet foretager den sidste.

Shared care er en ordning, som både kræver og fordrer samarbejde mellem sektorerne, og netop derfor kan delekontroller og velfungerende shared care med vidensdeling som følge være en stor udfordring at få til at fungere i praksis.

Arbejdet med kronikercentre skal – uanset hvilke aktører der tilknyttes – understøtte bedre shared care på kronikerområdet.

Udfordringerne på kronikerområdet falder overordnet set i to grupper:

- 1) Bedre håndtering af kronisk sygdom, herunder egenomsorg, rehabilitering og medicinering
- 2) Tidligere opsporing og håndtering af tidlige stadier af kronisk sygdom.

Begge dele har til formål at undgå/udskyde senfølger og forværringer og minimere antallet af indlæggelser.

Forudsætningerne for at løse disse opgaver er bedre samarbejde, kommunikation og koordination af patientforløb samt aktivering af patienterne og dermed evnen til egenomsorg.

⁸⁹ "Sundhedsvision Nordsjælland" (Frederiksborg Amt 2003).

SCENARIER FOR SUNDHEDSCENTRE

Kronikercentre har til formål at skabe en bedre håndtering af kroniske forløb. Med bedre menes forløb, hvor sygdommen er velreguleret, og hvor akutte forværringer minimeres, samt at senfølger forhindres eller udskydes længst muligt.

Midlet er en flerstrengt indsats, hvor der skabes et (tvær)fagligt miljø omkring kronikerhåndteringen i primærsektoren. Målet er, at velregulerede kronikere med stor egenomsorgskapacitet i højere grad skal kunne håndteres i primærsektoren. Dette kræver imidlertid, at viden, kompetencer og ressourcer er til stede i primærsektoren.

I det følgende tager vi udgangspunkt i følgende opdeling af de forskellige elementer af den daglige håndtering af kronisk sygdom:

- Den medicinske del:
 - Den praktiserende læge
 - Ambulatorielægen
- Vedligeholdelse af funktionsniveau
- Bearbejdning af sygdomsforståelsen.

Igen gør vi opmærksom på, at denne klassifikation af elementer *ikke* korresponderer 100% med aktørerne (patienten er en vigtig aktør i alle tre elementer). Alligevel er inddelingen nyttig som overordnet redskab til at præcisere, hvilke elementer af sygdomshåndteringen der foreslås samlet i kronikercentre.

I det følgende foreslås **tre modeller**, som befinder sig i samme kontinuum – blot i mere eller mindre udbygget form. Efter præsentationen af de tre modeller følger en mere generel diskussion af fordele, ulemper og udfordringer ved kronikercentre.

Det er en generel forudsætning, at ingen af modellerne foreslår ændrede ansættelsesforhold for læger. Når praktiserende læger eller ambulatorielæger foreslås inkluderet i to af de tre modeller, er der tale om frivilligt bygningsfællesskab for de praktiserende lægers vedkommende og om at have en udgående satellitfunktion fra et sygehusambulatorium for ambulatorielægernes vedkommende. Begge organiseringsformer omkring lægers deltagelse i sundhedscentre er kendt fra andre sundhedscentre i Danmark.

I følgende oversigt fremhæves de indeholdte elementer:

Figur 2: Oversigt over scenarier for sundhedscentre

Model 1: Basismodel	Model 2: Inkl. amb. satellit	Model 3: Inkl. almen med. og amb. satellit
Vedligeholdelse af funktionsniveau	Vedligeholdelse af funktionsniveau	Vedligeholdelse af funktionsniveau
Bearbejdning af sygdomsforståelse	Bearbejdning af sygdomsforståelse	Bearbejdning af sygdomsforståelse
	Ambulatorielæge	Ambulatorielæge
		Praktiserende læger

Bemærk at *forebyggelse* ikke er medtaget som særskilt element. Tertiær forebyggelse er, som tidligere forklaret, en integreret del af alle tre elementer. De foreslåede modeller er i udgangspunktet rettet mod håndtering af kroniske lidelser *hos allerede syge*.

Imidlertid er der ingen tvivl om, at der er et stort og vigtigt potentiale forbundet med at *forebygge*, at kroniske lidelser – som ofte er livsstilsbetingede – overhovedet opstår. For de nævnte sygdomme handler det bl.a. om rygning, motion, kost og evt. vægttab. Selvom disse temaer også er relevante for de allerede syge, er der her tale om en ganske anden form for forebyggelse end den type tertiær forebyggelse, der er en naturlig og integreret del af håndteringen af kroniske sygdomme.

Frederiksborg Amt har imidlertid allerede foretaget en "Konkretisering af Sundhedsvision Nordsjælland"⁹⁰ omkring temaerne forebyggelse og sundhedsfremme. I konkretiseringen er udarbejdet forslag til etablering af et Videnscenter for Forebyggelse og Sundhedsfremme. Da dette analysearbejde allerede er foretaget, er DSI ikke gået videre ind i forebyggelsesproblemstillingen, men bygger videre på Frederiksborg Amts analyser. Baggrunden for forslaget om centerdannelse i Frederiksborg Amts egen rapport er, at:

"...Den nuværende organisation på forebyggelsesområdet er præget af en usystematisk indsats og en ikke optimal koordination af indsatsen imellem forskellige aktører" (s.8).

I tråd med den grundlæggende tanke om at samle aktører omkring kronikerområdet vil de foreslåede modeller for kronikercentre også naturligt kunne samle aktører omkring den specifikke forebyggelse af de omhandlede kroniske sygdomme – KOL og diabetes. Imidlertid er det en nærliggende mulighed, at et videnscenter for forebyggelse mere generelt kunne kobles til eller integreres i kronikercentrene.

Sygehusenes indsats overfor akut syge indlagte kronikere er heller ikke medtaget. Årsagen er, at kronikercentre ikke på nogen måde skal udgøre et tilbud til den gruppe, som er indlæggelseskrævende. Disse skal stadig indlægges på specialiserede afdelinger, der kan håndtere det akutte forløb. Formålet med kronikercentrene er i stedet at samle

⁹⁰ "Konkretisering af Sundhedsvision Nordsjælland", (Frederiksborg Amt 2003).

viden, kompetence, aktører og ydelser til kronikere i centre, som vil kunne forbedre håndteringen af kronisk sygdom med det formål at højne patienternes livskvalitet, så de bl.a. kan reducere de akutte forværringer og dermed behovet for indlæggelse.

De her foreslåede modeller for centre er designet med henblik på *visiteret adgang*. En nærmere fastlæggelse af kriterier for visitation til kronikercenter bør fastlægges i en evt. kommende fase 2. Umiddelbart er det nærliggende, at praktiserende læger og sygehuslæger har visitationsretten. Imidlertid kunne man udmærket forestille sig en 'stående visitation' i den forstand, at når først en kronisk syg er visiteret til centret, har vedkommende mulighed for at benytte rådgivning og andre faciliteter mere eller mindre efter ønske, og i det omfang kronikercentrets medarbejdere finder det fagligt begrundet.

Model 1) Kronikercentre - basismodel

Kernen i dette scenarium er de ikke-lægelige dele af sygdomshåndteringen.

Bl.a. i forbindelse med afrapporteringen fra ældreworkshoppen blev foretaget en sondring mellem de to grundmodeller for sundhedscentre: På den ene side sundhedscentre som *en samling af professionelle* med fokus på at skabe faglige fællesskaber, videnscentre og samlingspunkt for udgående (og ikke nødvendigvis direkte patientrettede) aktiviteter (fx uddannelse af andet personale i sundhedssektoren), og på den anden side sundhedscentre med det primære formål at skabe *et samlingssted for patienter*.

Den her foreslåede model vil i praksis være begge dele, men da alle de fagpersoner, som sygdomshåndteringen kræver, ikke er samlet i ét center, er det den mest begrænsede af de tre modeller. Imidlertid tager den fat i det område omkring kronikerhåndteringen, der er mest brug for at styrke og skabe en fælles faglig identitet og sammenhæng omkring, nemlig den ikke-medicinske del af håndteringen⁹¹. Til denne hører alle aktører, som *ikke* er enten den praktiserende læge eller speciallægen i ambulatoriet.

Følgende liste af aktører må betragtes som et idékatalog til relevante aktører i et kronikercenter. Listen er dels baseret på den afholdte workshop omkring kronisk syge, dels på litteratur, herunder specielt Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring organiseringen af diabetesbehandlingen⁹² og Netværksgruppen KOL's anbefalinger om KOL-behandlingen⁹³.

Endelig bør de allerede igangsatte initiativer i Frederiksborg Amt omkring KOL-rehabilitering⁹⁴ og diabetesbehandling⁹⁵ i videst muligt omfang henlægges til kronikercentre.

⁹¹ Se blandt andre Gigtforeningen og Astma-allergiforbundene der peger på at sundhedscentre ville kunne medvirke til at give patienterne råd og vejledning om deres sygdom og ikke mindst om sygdommens sociale og psykologiske følgevirkning (Andersen 2003).

⁹² "Diabetesbehandling i Danmark" (Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende diabetesbehandling 1994).

⁹³ "Rehabilitering af KOL", (Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003).

⁹⁴ "Statusrapport om genoptræning i Frederiksborg Amt og kommunerne i amtet", (Frederiksborg Amts

Det potentiale, som en centerdannelse udgør – både fagligt, kvalitetsmæssigt, sammenhængsmæssigt og økonomisk, har bedre chancer for at blive realiseret, jo mere der kan samles i kronikercentre.

En endelig plan for konkrete aktører i kronikercentre bør udarbejdes i en evt. fase 2 og bero på et mere dybdegående analysearbejde omkring eksisterende forhold og muligheder, hvor de involverede fagpersoner og patientgrupper bør inddrages tæt. Det er vigtigt, at allerede igangværende udvikling på området medtænkes i relation til opbygningen af kronikercentre.

Relevante funktioner og aktører i kronikercentre

- **Patientskoler/patientuddannelse** (Diabetesskole/Lungehold): I eksisterende ordninger omkring patientuddannelse er specialuddannede sygeplejersker ofte hovedkræfterne bag. Desuden indgår – alt efter sygdom – andre fagpersoner, fx diætister, fysioterapeuter, psykologer og læger. Patientuddannelsen har til formål at gøre kronikerne til kompetente 'case managers' i forhold til egen sygdom og situation. Eksisterende diabetesskole og lungehold kunne med fordel flyttes til kronikercentre, hvilket også blev foreslået af workshopdeltagerne.
- **Rehabilitering af KOL:** Rehabilitering af KOL-patienter blev beskrevet mere indgående i det foregående kapitel og er en samlet betegnelse for de forebyggende og vedligeholdende tiltag, som bl.a. patientuddannelsen er en del af.
- **Tovholderfunktion for svage patientgrupper samt rådgivning:** I denne model vil sygeplejersker (specialiseret i KOL og diabetes) have både prøvetagende, testende og rådgivende funktion, som gør dem i stand til at udgøre et reelt supplement, der understøtter den lægelige behandling. Dette kræver selvfølgelig fælles IT-infrastruktur. Rådgivning og undervisning vil foregå via patientskoler, men såfremt nødvendigt også individuelt.

En anden vigtig rolle for sygeplejerskerne bliver etablering af en reel **tovholderfunktion** til de patienter, der i en periode har brug for en samlende og koordinerende indsats, og hvor patienten ikke selv magter at mobilisere det netværk af tiltag, som kan forhindre forværring med indlæggelse til følge. Bl.a. inden for KOL-området blev der tidligere peget på behovet for at udnytte eksisterende muligheder i systemet bedre end hidtil. En tovholderfunktion bør ses som et konkret bud på, hvordan dette kan ske i praksis. Forslaget om tovholderfunktion svarer til det, der andre steder kaldes *case managers*, dvs. en kompetent aktør, som ikke nødvendigvis *personligt* kan løse alle patientens problemer, men kan 1) vurdere, hvilke kræfter der er

Sundhedsvæsen 2003).

⁹⁵ "Handlingsplan for den fremtidige behandling af type 2 diabetikere i Frederiksborg Amt", (Frederiksborg Amt 2002).

behov for at mobilisere, 2) sørge for at de bliver mobiliseret samt skabe et rationelt og koordineret forløb. For den gruppe patienter, som reelt har behov for en case manager, vil der ofte være tale om komplekse problemer af både medicinsk, men ofte også af social og muligvis psykologisk art. Sidstnævnte kan være årsag til, at egenomsorgskapaciteten er for lav til, at patienten kan varetage sin del af håndteringen af forløbet, herunder medicinering. De forskellige faktorer spiller således sammen. I disse tilfælde vil hjemmeplejen ofte være på banen, og case managerens opgave er at få struktureret og stabiliseret situationen omkring patienten, så unødige forværringer og akutte indlæggelser kan minimeres.

Case managerens funktion er midlertidig. Enkelte patienter kan dog have et permanent behov. Arbejdet er grundlæggende set koordinerende og helhedsskabende og vil derfor foregå i tæt samarbejde med patientens egen læge. Det må understreges, at det absolut ikke er tanken, at alle kronikere skal have en case manager. En vigtig del af kronikercentrets formål er at gøre patienterne til kompetente case managers, der er i stand til at håndtere deres eget forløb. En mindre gruppe af de resourcesvage kronikere kan dog have svært ved at klare denne funktion og vil i perioder have brug for assistance fra en ekstern case manager. Alternativet er, at forværringer i tilstanden resulterer i indlæggelse - ofte ledsaget af øget behov for hjemmehjælp.

Det må selvfølgelig bero på nærmere analyse, hvorvidt sygeplejersker skal varetage den foreslåede tovholder-/case manager-funktion. Gennemgangen af de to områder i bilag 6 peger imidlertid på, at effektiv håndtering kræver specialiseret viden, og at det skal være personer med både organisatoriske såvel som kliniske evner og viden.

I det afsluttende afsnit om samfundsøkonomiske konsekvenser beskrives Gero-team ordningen i Skagen (se s. 64). Teamets funktionsmåde har været en af inspirationskilderne til tovholderordningen i kronikercentrene, om end dette team også har en læge tilknyttet. Den foreslåede tovholderordning i kronikercentrene er, at arbejdet udføres i samarbejde med patientens egen læge. Imidlertid kræver opsporing af problemerne også et velfungerende samarbejde med hjemmeplejen.

- **Fodterapeuter:** Som led i vedligeholdelsen af funktionsniveauet.
- **Ergo- og fysioterapeuter:** Som led i rehabilitering og vedligeholdelse af funktionsniveau samt ændring af sygdomsforståelsen hos kronikerne. En aktivitet som *Motion på Recept (MPR)*⁹⁶ ville naturligt kunne tilknyttes et kronikercenter. MPR er allerede etableret som forsøgsordning i Frederiksborg Amt pr. 1/1 2004. Dette kunne bety-

⁹⁶ MPR består kort fortalt i, at praktiserende læger ved bestemte diagnoser kan udstede en recept i form af en henvisning til et fagligt forsvarligt træningsforløb forestået af fysioterapeuter, med efterfølgende lægekontrol og opfølgning. De inkluderede diagnoser er oftest dem som i 'Motionshåndbogen' (Sundhedsstyrelsen 2003) "*Fysisk Aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*", beskrives som værende velegnede til behandling med fysisk aktivitet. Der arbejdes med MPR-ordninger eller forsøg i hhv. Ribe Amt, Vejle Amt, Ringkøbing Amt, Københavns Kommune, Nordjyllands Amt og Bornholms Regionskommune. "*Lokale Sundhedstilbud*", (Lund Nielsen & Vinge 2004).

de, at privatpraktiserende fysioterapeuter fik deres gang i kronikercentret, hvis amtet på sigt vælger at bruge disse til opgaven. Lungefysioterapi er imidlertid også en vigtig del af KOL-rehabilitering.

- **Diætist:** Ud over patientskole kan der være behov for, at diætister følger og rådgiver enkelte patienter mere individuelt og intensivt.
- **Rygestop:** Rygestop er ét af de vigtigste elementer i håndteringen af KOL. Forskningen peger imidlertid på, at progressionen af KOL kun bremses ved rygestop og ikke ved rygereduktion⁹⁷. Derfor er indsatsområdet centralt i relation til kronikerhåndteringen. Der findes i dag allerede tre amtsligt finansierede rygeafvænningsklinikker, som med fordel kunne henlægges til kronikercentrene - både for at samle aktiviteterne, men også for at muliggøre hurtig kontakt til rygestop, hvis en patient viser sig at være motiveret for det.
- **Laboratoriefunktion:** Centrene kunne med fordel indeholde laboratoriefunktioner, både for aktiviteten i kronikercentret, men også for de praktiserende læger i området. Denne funktion kunne med fordel henlægges til kronikercentret.
- **Øvrig diagnostik:** Alt efter behov vil andre typer af diagnostik kunne etableres, evt. som satellitfunktion fra sygehusene - en model, der kendes fra bl.a. Skanderborg.
- **Farmakologisk rådgivning - både til patienter og til fagpersoner:** En stor del af udgifterne til kronikere går til medicinering. En nyligt offentliggjort undersøgelse peger på, at medicineringsproblemerne er meget omfattende og forårsager unødigt stort ressourcetræk i såvel primær- som sekundærsektoren samtidig med, at det forårsager gener for patienterne⁹⁸.
- **Psykolog:** En vigtig del af kronikercentrets funktion er at øge patienternes forudsætninger (både med hensyn til viden og handlingskompetence) for egenomsorg for deres liv med en kronisk lidelse. Det betyder, at kvalificeret rådgivning, motiverende samtaler og viden om adfærdsændring er helt central for de ansatte fagpersoner. I forbindelse med andre projekter - fx Motion på Recept - har erfaringen været, at mange klinisk uddannede føler, at de mangler kompetence indenfor netop disse områder: rådgivning og motivering af adfærdsændring⁹⁹. Når vi således foreslår en psykolog, er målet dobbelt: Primært er der behov for at uddanne personalet til at løfte opgaverne overfor de kronisk syge. Kun sekundært er psykologen tænkt som evt. at have rådgivende funktion overfor kronikerne.
- **Udgående ordninger:** Idet en stor og central del af håndteringen af kronisk sygdom handler om kronikernes evne til at kunne håndtere både sygdom, symptomer, medicinering og forebyggelse af komplikationer i hverdagen, har det vist sig, at patien-

⁹⁷ "Eksacarbation i KOL" (Vestbo & Ulrik 2003).

⁹⁸ "Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer", (Søndergaard & Herborg 2004).

⁹⁹ "Foreløbige erfaringer med motion på recept på klinikker for fysioterapi", (Danske Fysioterapeuter, 2003).

ternes hjem, hvor evt. pårørende i nogle tilfælde også er til stede, er en af de mest effektive rammer om fagpersoners arbejde med disse aspekter af håndteringen. Ét eksempel på en sådan ordning med stor relevans for de valgte diagnoser er en ordning med sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter under indlæggelse og i hjemmet. Resultaterne er nærmere beskrevet i det afsluttende afsnit om samfundsøkonomiske konsekvenser af kronikercentre. Udgående ordninger bør imidlertid forankres i et fagligt miljø i primærsektoren for at understøtte intentionerne om at skabe et netværk i primærsektoren, der kan løse komplekse og tværfaglige problemer omkring patienter, som ellers ville glide over i sekundærsektoren.

- **Base for netværksgrupper af patienter/kontakt til patientforeninger:** Kronikercentre kunne være naturlige steder for patientforeningerne både med hensyn til kontakt til målgruppen, annoncering af aktiviteter samt samarbejde med sundhedsfaglige i centrene.

I forhold til den nuværende organisering af kronikerområdet er der i stort omfang tale om at flytte funktioner, der i forvejen eksisterer (eller er under opstart) enten i amtet, på afdelingerne, i ambulatorierne eller andre regi. Forslaget om en tovholderfunktion er eneste direkte nyskabelse.

En mulig ulempe ved denne basismodel er, at den foreslår udflytning af dele af det, der betegnes som et basisteam for diabetesambulatorier, men ikke hele teamet. Det foreslås således, at fodterapeut, diætist og til dels også diabetessygeplejersker flyttes ud i kronikercentre. Det samme gælder delvis for KOL-området.

Antallet af foreslåede aktører må selvfølgelig bero på en detailplanlægning.

Model 2) Kronikercentre med ambulatorie-satellit

Denne model er en udbygning af model 1) Basismodellen. Mange af de samme forhold gør sig derfor også gældende her.

Udbygningen består i, at det her foreslås, at speciallæger og sygeplejersker fra sekundærsektorens ambulatorier udfører satellitfunktioner på kronikercentre. Helt konkret kunne man forestille sig, at der alt efter befolkningsgrundlag og behov var åbent med en bestemt frekvens i henholdsvis KOL- og diabetesambulatoriet i kronikercentre, fx en dag hver eller hver anden uge.

Model 1 foreslår, at nogle af ambulatoriets funktioner flyttes ud i sundhedscentre – fx fodterapi og diætistrådgivning, mens model 2 foreslår at rykke hele sygehusets ambulante kontrolaktivitet for de nævnte kronikere ud i et kronikercenter. Det er klart, at der stadig vil kunne forekomme undersøgelser, som kræver, at patienter møder op på et hospital, men disse vil være stærkt reducerede og langt fra gælde hele kronikergruppen.

Satellit-ambulatorier – også kaldet *nærambulatorier* – anbefales bl.a. af Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark¹⁰⁰. Som det fremgår af bilag 3 om kroniker-workshoppen, blev denne mulighed også bragt på banen af nogle af deltagerne.

Der findes allerede satellit-ambulatorier i sundhedscentre i Danmark, bl.a. på Skanderborg Sundhedscenter, som derfor er kort beskrevet i følgende.

Faktaboks 3: Skanderborg Ambulatoriet

Skanderborg Ambulatoriet

Med nedlæggelsen af Odder Sygehus blev optageområdet delt mellem Århus og Silkeborg. Silkeborg Sygehus har i ca. 1 år drevet den ambulante virksomhed for den del af optageområdet, som de overtog på det nedlagte Skanderborg Sygehus, i dag Skanderborg Sundhedscenter.

I Sundhedscentret findes følgende ambulatorier: Medicinsk, ortopædkirurgisk, gynækologisk/obstetrisk (+ jordemodercenter), parakymkirurgisk samt røntgen ambulatorium. Desuden findes laboratoriefunktion. Det medicinske ambulatorium består af tre specialer: Kardiologi, lunge og endokrinologi. I det følgende beskrives lunge (KOL) og endokrinologi (diabetes) kort.

Det endokrinologiske ambulatorium har åbent én dag om ugen (onsdag), dog i praksis realiseret som dobbeltambulatorium hver anden onsdag. Ambulatoriet tager sig fortrinsvis af alle type 1 diabetikere samt dysregulerede type 2. Der findes ikke shared-care ordninger med almen praksis om delekontroller af det, man kunne kalde mellemgruppen. Ambulatoriet består af 2 speciallæger i samarbejde med én fast diabetessygeplejerske fra medicinsk dagafsnit på Silkeborg Sygehus. Sygeplejersken har desuden 2 dage om måneden (mandage) alene i Skanderborg, hvor hun forestår 3. måneders kontroller samt rådgivning og undervisning af specielt nyopdagede. 3. måneders kontrollerne i diabetesambulatoriet er delt mellem læge og diabetessygeplejerske ud fra en løbende og individuel vurdering af patienterne.

Lungeambulatoriet har kun åbent én dag om måneden (en onsdag) på grund af en vurdering af det konkrete behov i optageområdet. Lungeambulatoriet forestås af 2 speciallæger. Den rent administrative del varetages af sygeplejersken fra det endokrinologiske ambulatorium, som også har denne mere tværgående funktion.

Adspurgte om fordele og ulemper ved satellit-ambulatorierne svarer afdelingssygeplejersken på det medicinske dagafsnit på Silkeborg Sygehus, at transporttiden selvfølgelig er en ulempe, men at det er en fordel for patienterne, som desuden på de dage, hvor der ikke er ambulatorium i Skanderborg, har mulighed for at ringe til de specialiserede sygeplejersker på dagafsnittet i Silkeborg.

Kilder: www.skanderborgsundhedscenter.dk, (Lund Nielsen & Vinge 2004), telefoninterviews med afdelingssygeplejerske Else Marie Holst, medicinsk dagafsnit, og diabetessygeplejerske Rikke Lund, Skanderborg Ambulatoriet.

Overvejes denne model, bør en mere detaljeret undersøgelse af erfaringer med satellit-ambulatorier iværksættes. Imidlertid må man være opmærksom på en afgørende forskel: Som påpeget i gennemgangen af typer af sundhedscentre i Danmark er sundhedscentre med satellit-ambulatorier ofte karakteriseret ved at være nedlagte sygehuse, som i forvejen har haft ambulante funktioner – dette gør sig fx også gældende ved det nyligt nedlagte Skagen Sygehus og det nyligt oprettede Skagen Sundhedscenter: Det stationære lukkes, mens det ambulante delvis kører videre som satellitfunktion. Erfaringerne fra sådanne satellitambulatorier er vigtige, men det er samtidig vigtigt at holde sig den konstruktionsmæssige forskel for øje.

¹⁰⁰ (Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003) om "Rehabilitering af KOL" s.15ff.

I forhold til model 1 vil fordelene ved model 2 være:

- Samling af flere aktører omkring håndteringen af kronisk sygdom, hvilket giver mere nærhed i behandlingen for borgerne og mere samling af aktiviteter, som indgår i håndteringen af deres sygdom.
- Mulighed for bedre samarbejde og vidensdeling mellem primær og sekundær sektor i og med, at en del af sekundærsektoren i form af ambulatorierne nu så at sige kommer på besøg i primærsektorens organisation. Dette vil give mulighed for et bedre kendskab til hinandens arbejde – kronikercentrets basismodel og ambulatoriet er centrale aktører i forhold til håndteringen af sygdomsforløbet. En forudsætning for bedre samlede forløb er bedre kendskab på tværs. En samling af basismodellen om ambulatoriet, som model 2 foreslår, vil skabe bedre rammer for samarbejdet mellem de to enheder.

Udfordringerne ved model 2 er i høj grad knyttet til de afledte effekter, som ordningen kan have for ambulatorielægernes stamafdelinger. Sygehusene er i forvejen karakteriseret ved, at store dele af lægestanden er midlertidig (yngre læger under uddannelse). De faste speciallæger er kernen i kontinuiteten og uddannelsen i hverdagen af de yngre læger. Det skal derfor nøje overvejes, hvilke konsekvenser det vil få for de berørte afdelinger, at speciallæger skal fungere i satellitfunktioner på sundhedscentre. Organiseringen af ambulatoriesatellitter bør i høj grad medtænke stamafdelingernes øvrige arbejde og uddannelsesfunktioner. Omfanget af satellitarbejdet vil dog efter alt at dømme være begrænset, og det er en udfordring, som man har kunnet løse andre steder, hvor ambulante funktioner er bibeholdt efter sygehuslukninger og sammenlægninger, fx i relationerne mellem Skanderborg Sundhedscenter og Silkeborg Sygehus samt Skagen Sundhedscenter og Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn.

Det må selvfølgelig pointeres, at satellit-ambulatorier er vigtige, *men ikke tilstrækkelige* forudsætninger for koordineret samarbejde og vidensdeling mellem kronikercentret og ambulatorierne.

Model 3) Kronikercentre med ambulant satellit og praktiserende læger

Denne model er en udbygning af model 2, men foreslår, at der ud over ambulatorielæger også inviteres praktiserende læger ind i kronikercentrene.

Praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, og denne model foreslår *ikke* at lave en form for undtagelse fra denne situation. Som tidligere nævnt har meget af diskussionen om sundhedscentre i Danmark taget udgangspunkt i 'Den finske Model', hvor praktiserende læger er kommunalt ansatte. Derfor er det endnu engang vigtigt at slå fast, at dette forslag *ikke* omhandler ændret myndighedsansvar for de praktiserende

læger. Praktiserende lægers evt. deltagelse i kronikercentre kan kun ske af frivillighedsvej, men hvis denne udvikling er ønsket, kan den selvfølgelig stimuleres på forskellig vis. Dette kunne fx være i form af gunstige huslejepriser.

Den mest oplagte fordel ved også at inkludere praktiserende læger er, at det vil kunne skabe et markant stærkere fundament for samarbejdet mellem sekundær- og primærsektoren, hvilket vil betyde et ganske andet fundament for at drive shared care i praksis. Som flere af kronikerworkshoppens deltagere pegede på, så er shared care ikke velfungerende i dag.

Imidlertid er det også vigtigt at have for øje, at kun en mindre del af de praktiserende læger ville kunne rummes i et kronikercenter, og at dette rummer en fare for en differentiering mellem de praktiserende læger. Dette er dog ikke et problem, som vi i praksis er stødt på i litteraturen omkring eksisterende centre. Imidlertid peger bl.a. diabetesregørelsen fra Sundhedsstyrelsen¹⁰¹ på, at de læger i primærsektoren, som skal varetage diabetesomsorgen, bør have en særlig interesse i og viden om sygdommen, hvilket peger på, at der også kunne være fordele ved at have en mindre gruppe praktiserende læger siddende i kronikercentrene.

Erfaringer fra andre sundhedscentre med praktiserende læger viser dog, at det i praksis kan være meget svært at tiltrække læger, om end der i dag er venteliste for at flytte ind i Skanderborg Sundhedscenter¹⁰².

Netop fordi denne model kendes fra Skanderborg, er der i den følgende diskussion af fordele, ulemper og udfordringer et afsnit om *bygningfællesskaber* og forskellige praktiserende lægers syn på at deltage i et bygningfællesskab med ambulatorier og andre aktører i sundhedsvæsenet.

Kronikercentre: Fordele, ulemper og udfordringer

Dannelsen af kronikercentre er – i varierende grad i de tre scenarier – et spørgsmål om institutionsdannelse i primærsektoren. Det er derfor på sin plads at foretage en diskussion af fordele og ulemper ved institutionsdannelse.

Muligheden for at skabe varige forandringer i sundhedsvæsenet

I denne forbindelse er det centralt at skelne mellem *organisation* og *institution* som begreber. En *organisation* kan i og for sig designes og konstrueres: Beslutter man at danne en organisation, kan det gøres. Den kan være mere eller mindre integreret og

¹⁰¹ "Diabetesbehandling i Danmark", (Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende diabetesbehandling 1994)

¹⁰² "Lokale Sundhedstilbud", (Lund Nielsen & Vinge 2004).

velfungerende som organisation i praksis, men en organisation er det. En *institution* er derimod en langt mindre styrbar størrelse. For at en organisation kan blive til en institution, kræver det en institutionaliseringsproces, hvor organisationen indlejres i eksisterende netværk og interaktionsformer og får en reel rolle. Et eksempel fra hverdagen parallelt med denne tankegang er, at et fænomen som julen fx ikke blot er en fest – det er en *institution*. Skal der skabes reelle og varige forandringer i håndteringen af kronisk sygdom, kræver det, at kronikercentre bliver *institutionaliserede* dele af sundhedsvæsenet og ikke blot nye organisationer, som kan komme og gå.

Det er svært at skabe varige forandringer – at komme fra midlertidige projekter og lokale initiativer til nye institutioner, fordi det tager tid at sprede viden om, at tilbuddet eksisterer. Denne problemstilling gjorde sig sandsynligvis gældende i forbindelse med Hørsholm Skadeklinik, som i starten havde for få klienter, bl.a. fordi borgerne ikke havde været godt nok informeret om klinikkens eksistens og funktion¹⁰³. Det er vigtigt at tage ved af lære af dette. Forankring af nye organisatoriske tiltag i sundhedsvæsenet kræver tid til at skabe generel udbredelse og kendskab til sådanne nye tiltag.

Kronikercentrene vil i udgangspunktet være at sammenligne med et bygningsfællesskab – ikke en institution. Om det reelt lykkes at gøre kronikercentrene til nye institutioner i primærsektoren, som bliver generelt og alment accepterede aktører på linie med institutioner som "hospitalet", "hjemmeplejen" og "almen praksis", er et empirisk og ikke et teoretisk spørgsmål. At bygningsfællesskabet etableres, er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig forudsætning for, at kronikercentre kan blive reelle institutioner i sundhedsvæsenet. Aktørerne i sundhedsvæsenet er meget traditionelle i den forstand, at der alle steder findes et institutionaliseret grundskelet bestående af hospital, hjemmepleje og almen praksis (samt praktiserende speciallæger). Derudover findes ofte et hav af mere eller mindre permanente lokale sundhedstilbud, ordninger, udgående teams mv. Det svære i forbindelse med forandring af grundskelettet er at få opbygget permanente og udbredte organiseringsformer, som har en reel og varig rolle i forhold til sundhedsvæsenets kerneopgaver.

Imidlertid lader det til, at eksemplet med akutstuer (akutpladser) i Frederiksborg Amt er et godt eksempel på, at nye tilbud kan institutionaliseres og udbredes, hvis de får tid til at blive etableret, og hvis de bliver et udbredt og kendt fænomen, som spiller en reel rolle i sundhedsvæsenet. Akutstuer findes som bekendt også udenfor Frederiksborg Amt. Således er det klart, at muligheden for at lave reel institutionsdannelse er til stede.

¹⁰³ Hørsholm Skadeklinik blev etableret i januar 2000 og nedlagt i januar 2003. Den behandlende sygeplejerske – erfaringer med behandlersygeplejersker i akut- og skadestuefunktioner i England og Danmark. (Willemann, Vested, & Tang 2003).

Forskellige ansættelsesformer

Det vigtigt at slå fast, at selv i model 1 – og i særlig grad i model 2 og 3 – vil der ikke være tale om én organisation i traditionel forstand. Den væsentligste årsag er, at medarbejderne vil have forskellige ansættelsesforhold og dermed forskellige typer af tilknytning til centret. Dette er en af de udfordringer, som sundhedscentertanken længe har været underlagt, og som har afstedkommet problemer¹⁰⁴. De forskellige ansættelses- og dermed også ledelsesvilkår indvirker på vilkårene for samlet institutionsdannelse.

Bygningsfællesskab – betyder det noget?

Der er delte erfaringer og dermed også meninger om, hvilken forskel et bygningsfællesskab gør i praksis for bl.a. samarbejde, koordination, fagligt miljø og kvalitet. En skeptiker formulerer sit synspunkt således:

"Bare fordi man anbringer diverse faggrupper under samme tag, er det ikke ensbetydende med, at de bliver vildt begejstrede for at samarbejde og kommunikere" (Margrethe Nielsen, Forbrugerrådet)¹⁰⁵.

I Skanderborg Sundhedscenter har bl.a. praktiserende læge Bjarne Skov sin praksis sammen med fire andre. Han udtaler:

"Det er en fordel for os, der arbejder her. Det giver mulighed for mere samarbejde. Og det er en fordel for patienterne. (...) Hvis vi har et problem, kan vi tage journalen under armen og gå derop [i dette tilfælde til distriktspsykiatrien, red.]. Jeg har det sådan, at jeg bedst kan lide at se folk i øjnene. Forskellen mellem at være her og være i en praksis et andet sted i byen er, at vi har tingene tæt på"¹⁰⁶.

Blandt de ting, som Bjarne Skov er glad for at have tæt på, er bl.a. røntgen, laboratoriefunktion, ambulante satellitter fra Silkeborg Sygehus, distriktspsykiatri og alkoholrådgivning.

En anden praktiserende læge i det samme sundhedscenter, men dog i en anden lægepraksis, Ole Lund, oplever ikke de samme fordele:

"Jeg oplevede ikke nogen ændring ved at komme herover. (...) Selvfølgelig er det lettere at sende folk på et ambulatorium, men det drejer sig om 200 meter, og det spiller ikke nogen særlig stor rolle. (...) Det er jo ikke, fordi jeg ikke kan lide at være her. For det kan jeg. Der er også noget trygt ved at have muligheden for samarbejde og ved at vide, at der er andre. (...) Jeg kunne få mere fællesskab i morgen, hvis jeg ville. Og jeg har da tænkt på det. Men vi er meget forskellige. (...) Jeg foretrækker soloformen. Så kan man selv bestemme"¹⁰⁷.

¹⁰⁴ "De små sygehuses rolle..", (Christensen & Ankjær-jensen 2003) og "Hvordan står det til med sundhedscenterideen i Danmark", (Thune Jacobsen 1990).

¹⁰⁵ "Behovet i midten", (Andersen 2003).

¹⁰⁶ "Et storcenter med sundhed", (Moe 2003).

¹⁰⁷ Ibid.

Udtalelserne fra de to praktiserende læger i det samme sundhedscenter er medtaget for at illustrere, at der ikke findes entydige svar omkring fordele og ulemper eller faggruppernes holdninger og oplevelser af sundhedscentre. Der er ingen tvivl om, at sundhedscentre muliggør en anden og tættere form for fagligt miljø og samarbejde, men det er ikke givet, at bygningsfællesskab automatisk leder til denne form for institutionsdannelse med de fordele, som det kunne indebære. Denne pointe er her illustreret ved praktiserende lægers divergerende holdninger, men kunne anvendes ved enhver faggruppe. Diversiteten peger på, at de fordele, som et bygningsfællesskab *muliggør*, ikke automatisk realiseres, og at det i høj grad vil afhænge af de helt konkrete aktører, der tilknyttes.

Erfaringerne fra et af de store lægehuse, som indgår i den tidligere analyse af sundhedscentre i Danmark, peger på, at de læger, som vælger bygningsfællesskab, også ser store fordele forbundet hermed: I Nr. Lyndelse på Fyn er det ikke blot bygningsfællesskab, men kompagniskab der er tale om blandt de 7 læger. Hertil kommer 2 uddannelseslæger, 6 sekretærer, 3 sygeplejersker, 1 laborant og 1 socialrådgiver. Praktiserende læger er selvstændige, og det vil sige, at alle store lægepraksis kun eksisterer, fordi hver enkelt læge har valgt at indtræde i samarbejdsformer, der kan være mere eller mindre forpligtende, og ansættelse af andre faggrupper sker kun, fordi de pågældende læger kan se en fordel i at have andre fagfolk ansat. Imidlertid er der indikatorer, som peger på, at de større og tværfaglige lægehuse er en udvikling, som amtet med fordel kan søge at stimulere, idet der er behov for at skabe enheder i primærsektoren, som kan håndtere mere, og som – populært sagt – sender mindre videre. Dette kan medvirke til at mindske presset på sekundærsektoren. Og netop her peger §100 opgørelser fra Nr. Lyndelse på, at der henvises mindre end gennemsnitligt. Karsten Mørkbak, praktiserende læge i Nr. Lyndelse, gør imidlertid opmærksom på, hvor varsom man skal være med den slags opgørelser, men peger dog på følgende forklaring:

"Det kan handle om, at man i så høj grad rådfører sig med hinanden kollegialt. (...) Der er stor tradition for at dele viden og tvivl." ¹⁰⁸

En anden læge fra samme lægehus, Lisbeth Munche Møller, påpeger:

"Vi går meget ind for det, man kan kalde den gammeldags familielægetankegang. (...) Men vi bruger hinanden meget. (...) Vi signalerer også i vidt omfang til patienterne, at vi ikke ved alt, og at vi spørger hinanden. Jeg kan da godt finde på at stikke hovedet ind til en kollega midt under en konsultation, hvis jeg er i tvivl. Det er et godt budskab at sende videre." ¹⁰⁹

Lægerne i Nr. Lyndelse har desuden tradition for en 'videreformidlingsforpligtelse' af ekstern uddannelse i form af fx kurser mv. til kollegerne.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid.

At læger, som selv har valgt at samarbejde, ser fordele i det, kan ikke undre, men der peges på, at disse fordele kan komme andre end lægerne til gode uden at gå på kompromis med kontinuiteten. Bygningsfællesskabet danner rammen for et samarbejde, som er med til at løfte fagligheden og dermed kvaliteten i de ydelser, som lægerne i samarbejde kan levere. Igen må det pointeres, at dette ikke er nogen selvfølge. Bygningsfællesskaber er og bliver en nødvendig, *men ikke tilstrækkelig* forudsætning.

Institutioner som base for netværksdannelse i primærsektoren

Formålet med kronikercentre er at skabe institutioner i primærsektoren, som skal være netværksskabende og styrkende i forhold til netop primærsektoren. Dette i stedet for de mange sygehusfunderede og ofte midlertidige og sporadiske udgående funktioner, som bl.a. Frede Olesen¹¹⁰ beskriver som at have tendens til at være netværksnedbrydende set i forhold til primærsektoren. Begrundelsen er den meget nærliggende, at udgående sygehusansatte alt andet lige har en tendens til at se løsningen på en given patients problemer i det netværk de kender – altså den specialiserede sekundærsektor – i stedet for at søge løsninger i de eksisterende netværk i primærsektoren, som de ikke i samme grad er en del af.

Kronikercentre bør derfor skabes med blik for den store *organisatoriske* opgave, der ligger i at være netværksskabende – både for at kunne udnytte eksisterende terapeutiske muligheder bedre, end det sker i dag (jf. bl.a. klaringsrapporten om KOL, se evt. bilag 6) og for reelt at være i stand til at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb.

Det er vigtigt, at organisatoriske opgaver med at skabe netværk i primærsektoren, sammenhæng mellem primær- og sekundærsektoren samt mere sammenhængende patientforløb ikke ses som en isoleret 'funktion', som skal placeres et sted. Det er i høj grad en fejltagelse, når debatter i sundhedsvæsenet om fx genoptræning eller forebyggelse isolerer disse som separate 'funktioner', som derefter placeres på afgrænsede ansvarsområder hos enkelte ansatte. Logikken er alt for ofte en specialiseringslogik, som fejlagtigt antager, at gode og velfungerende systemer kan skabes via udskillelse af funktioner som placeres på isolerede personer – ofte med såkaldt entydigt ansvar. Det er bl.a. den type tænkning, som gør, at genoptræning vedbliver at være et 'problem' i stedet for et 'princip'¹¹¹.

Kort sagt: Opgaven med at skabe sammenhængende og kvalitetsmæssigt bedre patientforløb løses ikke udelukkende via et antal tovholderfunktioner i kronikercentre. Der skal mange andre typer af aktiviteter til. Netværk og sammenhæng må være et bærende

¹¹⁰ Møde med Frede Olesen, 23. marts 2004.

¹¹¹ Med inspiration fra Mandag Morgens rapport om genoptræning med den sigende undertitel: "*Fra problem til princip*" (Hede & Højgaard 2004).

princip - og er en opgave, som efter alt at dømme vil kræve, at de sundhedsfaglige klædes kompetent på til at løse den.

Institutioner som fagligt, organisatorisk og socialt hjemsted for udvikling og forskning

I det efterfølgende afsnit om samfundsøkonomiske konsekvenser beskrives et interventionsprojekt omkring sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter nærmere¹¹². Her skal en enkelt pointe fra projektet imidlertid trækkes frem (projektets indhold præsenteres senere). Pointen her er udelukkende projektets skæbne: Trods massive resultater med hensyn til nedbringelse af indlæggelser (økonomisk gevinst) og en positiv evaluering ud fra såvel pårørende som patientperspektiver lykkedes det ikke en *sygehusafdeling* at fastholde et *forebyggelsesprojekt*. Der er ganske givet mange årsager til, at det konkrete projekt led denne skæbne, men den generelle pointe er, at den type ildsjælsinitiativer ikke har det bedste fundament i store sygehussorganisationer, hvor kerneproduktionen og dermed prioriteringerne alt andet lige er ganske anderledes. I en hospitalsorganisation vil denne type initiativer, som ligger ud over den traditionelle kerneproduktion, derfor altid vil have en tendens til at leve en noget perifer tilværelse, være voldsomt personafhængige og dermed alt for ofte midlertidige. Det er – for at sige det populært – meget opad bakke at ændre de lokale sundhedstilbud via enkeltstående tiltag på sygehussafdelinger. Konkurrencen – både fagligt og ressourcemæssigt – fra kerneproduktionen omkring de indlagte patienter er ikke det bedste hjemsted for denne type nye og gode initiativer.

Denne problematik ses også andre steder, fx i forbindelse med KOL-rehabilitering mere generelt. Professor Ronald Dahl fra Århus Universitet peger således på følgende dilemma:

"Skal man lave kvalificeret lungerehabilitering, kræver det indsats på alle niveauer. Vi kan ikke få indført det generelt over hele landet via ildsjæle og projekter, det er det for omfattende til. Rent økonomisk vil det være en belastning for den enkelte afdeling, og det kræver et overordnet perspektiv: Man skal kunne se langtidsfordele i, at man på sigt sparer både sekundær- og primærsektor for penge via færre indlæggelser og lavere plejeudgifter".¹¹³

Kronikercentre er ikke tænkt som kuvøser for alverdens nyskabelser, men de kunne udgøre en naturlig faglig, organisatorisk og social ramme omkring rationelle ordninger af den nævnte type, som ønskes etableret og bevaret. Centrene vil i højere grad end sygehusafdelinger have det ambulante og forebyggende som en del af kerneproduktionen, og dermed kunne de udgøre en bedre organisatorisk og faglig ramme for sådanne udviklingstiltag.

¹¹² "Sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter...", (Thune Jacobsen et al. 2002).

¹¹³ "KOL-retningslinjer på vej", (Stevnhøj 2003).

En anden aktivitet, som kronikercentre kunne huse, er mere deciderede forskningsaktiviteter. Arne Rolighed fra Kræftens Bekæmpelse har i debatten omkring sundhedscentre peget på, at der er behov for et hjemsted for forskningen i den primære sundhedstjeneste, og at denne med fordel kunne ligge i sundhedscentre:

"Hvis sundhedscentrene kunne få mere fokus på forskning og udvikling, ville det være et fantastisk nyttigt bidrag til hele primærsektoren. Det er mit klare indtryk, at spredningen af primærsektorens mange aktører med fordel kunne samles i et fælles fagligt miljø, hvor man kunne stimulere hinanden til et mere bæredygtigt fagligt miljø med forskningsudvikling omkring det patientnære forhold."¹¹⁴

Nyt versus gammelt

De foreslåede modeller for kronikercentre søger at gå en fornuftig balancegang mellem gammelt og nyt – altså mellem reorganisering af eksisterende tiltag og forslag om nyskabelser og nye udviklingsmuligheder. På den ene side er det vigtigt at være realistiske med hensyn til målestokken af nyskabelser, og på den anden side er det uambitiøst ikke at ville tænkte radikalt nyt. Dilemmaet er her beskrevet i forhold til Nordjyllands Amts arbejde med sundhedscentre i praksis:

"Der er en tendens til, at begrebet [Sundhedscentre, red.] bliver kogt ind til noget i retning af, at det er et sted, hvor man samler de praktiserende læger, tandlæger, terapeuter m.fl. i samme bygning. Altså samler de sundhedstilbud, der allerede findes i området. De eneste, der får noget ud af det, er behandlerne, som måske kan rationalisere deres administration en smule. Borgerne får allerhøjest længere til den enkelte behandler. I Nordjylland er tankegangen om sundhedscentre lidt anderledes. Her er filosofien, at et sundhedscenter skal byde på nytænkning, give borgerne et nyt, anderledes og frem for alt et bedre og mere udvidet tilbud om sundhed end det, de kunne få før sundhedscentret"¹¹⁵.

Den strategi, som slås an i denne rapports modeller for kronikercentre, er en kombination. Der lægges både op til samling af det eksisterende og til nytænkning. Imidlertid tyder meget på, at samling af sundhedstilbud i sig selv kan være *en nødvendig, men ikke tilstrækkelig* forudsætning for at skabe en ramme, som fordrer nytænkning og udvikling inden for sundhedsvæsenet. Samlingen af tilbud kan også komme borgerne til gode – både direkte via færre indgange og indirekte via de afledte effekter på samordning, koordination, kvalitet, samt forskning og uddannelse, som bygningsfællesskabet kan medføre.

Hermed afsluttes præsentationen af scenarier og diskussionen af fordele, ulemper og udfordringer ved sundhedscentre (kronikercentre). Rapporten afsluttes med en diskussion og anbefaling fra DSI. Men inden følger en analyse af de mulige økonomiske konsekvenser.

¹¹⁴ "Behovet i midten", (Andersen 2003).

¹¹⁵ "Et sundhedscenter kan være mange ting", (Nordjyllands amt 2004).

Indikation af mulige samfundsøkonomiske konsekvenser

Dette afsnit indeholder en gennemgang af nogle mulige samfundsøkonomiske konsekvenser af etablering af kronikercentre. Kapitlet indledes med en gennemgang af, hvilke elementer der bør indgå i en belysning af de samfundsøkonomiske konsekvenser af et sundhedsprogram. På nuværende tidspunkt i processen er det ikke muligt præcist at værdisætte de samfundsøkonomiske konsekvenser af de fremlagte scenarier for kronikercentre. I stedet indikeres - ved gennemgang af resultater fra tilsvarende ordninger - nogle potentielle samfundsøkonomiske konsekvenser af foreslåede ændringer. Resultaterne fra de refererede eksempler kan naturligvis ikke overføres direkte til Frederiksborg Amt, dels fordi der ikke er tale om identiske strukturer, dels fordi flere af undersøgelserne er gennemført i lande med et andet sundhedssystem end det danske.

Elementer der bør indgå i en samfundsøkonomisk analyse af etablering af kronikercentre i Frederiksborg Amt

Ved de økonomiske konsekvenser af fx en omstrukturering af sundhedsvæsenet tænkes i første omgang ofte på driftsøkonomiske konsekvenser: Skal der ansættes mere personale, kan der spares personale, vil der være etableringsudgifter osv. Omstruktureringer vil imidlertid ofte medføre forbedringer (forringelser) i behandlingskvaliteten og dermed sundhedsmæssig gevinst (tab) for patienterne. Sådanne sundhedsmæssige konsekvenser kan have afledte økonomiske konsekvenser i form af sparede udgifter (merudgifter) til behandling og pleje af de pågældende patienter. De afledte konsekvenser bør også medtages i den samfundsøkonomiske evaluering.

Som navnet siger, medtager en samfundsøkonomisk analyse de økonomiske konsekvenser for *hele* samfundet, uanset hvem de berører: Stat, amt, kommune, patient eller pårørende. Med til de samfundsmæssige økonomiske konsekvenser hører også indirekte omkostninger/gevinster for samfundet, i det omfang et sundhedsprogram indebærer reduceret udstødning fra arbejdsmarkedet eller forkortet sygefravær. Afledte økonomiske konsekvenser af et sundhedsprogram, fx øget forebyggelse, vil ofte først slå igennem efter en årrække, men skal alligevel medtages i den økonomiske analyse. Med andre ord skal alle økonomiske konsekvenser medregnes, uanset hvornår de udløses: Nu eller i fremtiden.

Den samfundsøkonomiske evaluering kan suppleres med såkaldte kasseøkonomiske analyser, som fx ser på de økonomiske konsekvenser fra patientens eller fra amtets perspektiv: Hvilke meromkostninger medfører en ny behandling for sygehusets/sygesikringens driftsbudget, og hvilke afledte besparelser er der fx i form af færre indlæggelser eller færre besøg hos praktiserende læge.

Figur 3 indeholder en oversigt over, hvilke elementer der ideelt set bør indgå i en samfundsøkonomisk analyse.

Figur 3: Elementer i en samfundsøkonomisk analyse

Omkostninger	Effekt
<i>Direkte omkostninger</i> Ressourceforbrug direkte knyttet til sundhedsprogrammet, fx - Behandlernes tidsforbrug - Materialer - Anskaffelser	<i>Sundhedsmæssig gevinst, fx</i> - Reddede liv - Vundne leveår - Vundne kvalitetsjusterede leveår (QALY)
<i>Indirekte omkostninger (produktionstab)</i> - Patienters tidsforbrug	<i>Afløst økonomisk effekt, fx</i> - Sparede behandlingsomkostninger - Merudgifter som følge af bivirkninger
<i>Umålelige omkostninger</i> - Patienters smerte, angst og ubehag	<i>Indirekte økonomisk effekt (produktionsgevinst)</i> - Reduceret sygefravær - Reduceret udstødning fra arbejdsmarkedet

En samfundsøkonomisk evaluering gennemføres ofte ved, at man sammenholder et eller flere alternative behandlinger til løsning af et givet sundhedsproblem med et "nul-alternativ", som kan være "ingen behandling" eller "nuværende behandling". Der foretages herefter en beregning af mer-/mindre-omkostninger (som består af de direkte omkostninger plus/minus afledte omkostninger) og mer-/mindre-effekten ved det nye program sammenlignet fx med nuværende praksis.

Diskussion af mulige økonomiske konsekvenser

Dette afsnit indeholder en diskussion af de mulige økonomiske konsekvenser af etablering af kronikercentre set fra et amtsligt perspektiv.

Direkte omkostninger

Tidsforbrug: Tidsforbruget for det personale, der er tilknyttet centret, værdisættes med gennemsnitslønnen for de pågældende personalegrupper. Såfremt kronikercentret bemannes med personale, der tidligere har været placeret på institutioner andre steder i amtet, vil der som udgangspunkt ikke være tale om merudgifter. Dette forudsætter dog, at aktiviteten på det afgivende sted, fx et sygehusambulatorium, rent faktisk reduceres i et sådant omfang, at personalet dér kan reduceres svarende til den normering, der flyttes til det nye behandlingssted. I det omfang etableringen af kronikercentret indebærer nyansættelser og en samlet opnormering, vil der derimod være tale om en forøgelse af de direkte omkostninger.

Såfremt de behandlere, der tilknyttes centret, er selvstændigt praktiserende (speciallæger, fysioterapeuter mv.), som flytter deres praksis til centret, vil der ikke være tale om merudgifter, med mindre antallet af konsultationer øges.

En samling af funktionerne og en intensiveret indsats overfor kronikergruppen kan dog i sig selv medføre en aktivitetsforøgelse, fx hvis patientgruppen får en bedre compliance i form af benyttelse af eksisterende behandlingsprogrammer.

Ved model 1 vil en del af personalet formentlig være nyansættelser, fx stillingen som tovholder/case manager, mens resten af de foreslåede personalegrupper vil være eksisterende ordninger og tiltag på kronikerområdet, som allerede er i gang eller under opstart i amtet.

Ved model 2 vil ambulatorielæger og sygeplejersker fortsat være tilknyttet sygehusambulatorierne. Hvis normeringen i ambulatorierne ikke ændres, dvs. hvis satellitfunktionen kan varetages inden for den eksisterende normering, vil de direkte lønomkostninger være uændrede i forhold til nuværende situation og svare til model 1. Dog må en vis transporttid beregnes, idet arbejdsstedet nogle dage bliver et andet.

Ved model 3 vil der, under forudsætning af et uændret antal konsultationer hos praktiserende læger, være tale om uændrede sygesikringsomkostninger og i øvrigt lønomkostninger svarende til model 2.

Der må i alle tre modeller påregnes meromkostninger i form af tidsforbrug til administration og ledelse af kronikercentrene.

Andre omkostninger omfatter fx udgifter til utensilier, medicin og kontorartikler. Igen kan der blot være tale om overflytning af udgifter fra andre områder i amtet, men er der tale om aktivitets-/serviceudvidelser, vil disse medføre merudgifter. Hertil kan komme mer-/mindre-omkostninger til patienttransport.

Diagnostiske undersøgelser omfatter laboratorieprøver og røntgenundersøgelser. En mere intensiv opfølgning af patienterne kan medføre et øget forbrug af diagnostiske undersøgelser.

Ejendomsomkostninger. Såfremt kronikercenteret indrettes i lokaler, som hidtil ikke har været benyttet til amtslige formål, vil der være omkostninger til el, varme, vand, rengøring og vedligeholdelse. I det omfang, det er muligt, er en oplagt mulighed at anvende lokaler i tidligere sygehusbygninger, sådan som det også sker andre steder i landet, jf. analysen af sundhedscentre i Danmark.

Etableringsudgifter. Der vil være udgifter til indretning samt diverse anskaffelser, fx edb-udstyr.

Sundhedsmæssig gevinst

Den sundhedsmæssige gevinst af oprettelsen af kronikercentre kan måles på flere niveauer. For patienter med diabetes kan effekten måles ved kliniske mål som fx blodsukker-værdi, mens et andet effektmål kan være reduktion eller udskydelse af diabetiske komplikationer som blindhed eller amputationer. Det ultimative mål er dog at forbedre patientens livskvalitet, at forlænge levetiden eller en kombination af de to i et antal vundne "kvalitetsjusterede leveår" (QALY). Også for KOL-patienter kan effekten måles ved hjælp af kliniske målinger af fx lungefunktion, mens det for patienten relevante effektmål er antal kvalitetsjusterede leveår. Der er naturligvis en sammenhæng imellem de forskellige niveauer for effektmåling, idet forbedrede kliniske mål er en nødvendighed, men ikke i alle tilfælde en tilstrækkelig forudsætning for forbedret livskvalitet.

Afledte økonomiske konsekvenser

Som det vil fremgå senere i afsnittet, bruger både diabetes- og KOL-patienter mange ressourcer i sundhedsvæsenet, og der er derfor potentiel mulighed for store besparelser gennem en forbedret behandling.

Undersøgelsesresultater der indikerer mulige samfundsøkonomiske konsekvenser af etablering af kronikercentre

De i denne rapport beskrevne scenarier for etablering af kronikercentre indebærer dels forbedret indsats i primærsektoren, dels en generel intensiveret forebyggende indsats overfor patienter med kroniske sygdomme. I dette afsnit gennemgås nogle danske og udenlandske undersøgelser af samfundsøkonomiske konsekvenser af en organisering af sundhedsvæsenet, som har lighedspunkter med de scenarier, der her opstilles. Der er ikke tale om en struktureret litteraturgennemgang, men alene om en præsentation af udvalgte undersøgelsesresultater med relevans for emnet.

Undersøgelser af ændret samarbejde på tværs af primær og sekundær sundhedssektor

Kaiser Permanente, USA

I USA er sundhedsvæsenet forsikringsfinansieret, og mange indbyggere er tilmeldt en såkaldt HMO (Health Maintenance Organisation), der mod et fast årligt forsikringsbeløb dækker et bredt spektrum af sundhedsydelser. Ydelserne omfatter såvel akut som ikke-akut behandling i både det primære og sekundære sundhedsvæsen. Medlemmerne af en

HMO kan til enhver tid skifte til en anden HMO, hvorfor der er konkurrence organisationerne imellem - ikke blot på pris, men også kvalitet.

Kaiser Permanente er en sådan (HMO) med ca. 8 mio. medlemmer¹¹⁶ beliggende i Californien. Kaiser Permanente dækker stort set de samme sundhedsydelser som det offentlige danske sundhedsvæsen, dvs. akutte og planlagte indlæggelser, ambulant behandling, besøg hos praktiserende læge, medicintilskud, forebyggelse, rehabilitering, hjemmepleje m.m.

Kaiser Permanente udbyder i vidt omfang selv de ydelser, dets medlemmer får. Dette gøres dels gennem læger og andet sundhedsfagligt personale ansat i organisationen, dels gennem egne hospitaler.

Organisationens primære sundhedstilbud er bygget op som multispecialistcentre, hvortil er knyttet specialister i bl.a. 'family medicine', intern medicin, pædiatri, obstetrik og gynækologi. Hvert center har mellem 5 og 40 læger tilknyttet samt praktiserende sygeplejersker, som har deres egne patienter. Ofte er der tilknyttet laboratorier, røntgen og farmaci til centrene. Endelig er der ved nogle centre fysioterapi samt psykiatriske tilbud. Multispecialistcentre har åbent for akutte besøg aften og weekender.

Som følge af den tværfaglige sammensætning af centrene er det muligt at udføre mere specialiserede procedurer, end man normalt kan håndtere i almen praksis og dermed frigøre ressourcer i sekundærsektoren til mere komplekse problemstillinger.

I en artikel i BMJ¹¹⁷ har Feachem m.fl. foretaget en sammenligning mellem Kaiser Permanente og det engelske sundhedsvæsen (NHS). Da det engelske sundhedsvæsen på en række områder ligner det danske, har de viste forskelle mellem de to systemer også interesse for danske forhold. Nogle af sammenligningens resultater er vist i nedenstående tabel 1:

¹¹⁶ "Getting more for their dollar", (Feachem, Sekhri, & White 2002).

¹¹⁷ Ibid.

Tabel 1. Sammenligning af omkostninger, forbrug, service- og kvalitetsmål mellem Kaiser Permanente, USA og det engelske sundhedsvæsen NHS.

	NHS	Kaiser Permanente
Omkostninger (justerede) per indbygger (US \$)	1.764	1.951
<i>Forbrug af sygehusydelser:</i>		
Gennemsnitlig liggetid	5,0	3,9
Antal sengedage pr. 1.000 indbyggere/medlemmer	1.000	270
<i>Servicemål:</i>		
Ventetid til lægebesøg, primærsektor	Gns. 3 dage	Akut < 24 timer Rutine: 80% < 7 dg.
Ventetid på lægebesøg hospital	36% < 4 uger 20% > 13 uger 4% > 6 mdr. 41% < 13 uger	80% < 2 uger
Ventetid på indlæggelse	33% > 5 mdr. 7% > 12 mdr.	90% < 13 uger
<i>Kvalitetsmål:</i>		
Diabetespt. der årligt får retinal undersøgelse	60%	70% for < 65 år 80% for > 65 år
Ptt. med AMI der behandles med beta-blokker	42%	93%
Bypass operationer per 100.000 indb.	47	127
Hjertetransplantationer pr. 100.000	0,5	0,5
Nyretransplantationer pr. 100.000	2,7	4,8

Kilde: (Juel & Døssing 2004)

Det fremgår af ovenstående tabel, at udgifterne pr. indbygger (efter der er korrigeret for forskelle med hensyn til hvilke ydelser der er dækket, forskelle i købekraft og forskelle på alder og socioøkonomisk sammensætning af befolkningerne) stort set er den samme i de to organisationer. På trods heraf er ventetiden på behandling generelt lavere i Kaiser Permanente og kvaliteten målt på udvalgte parametre højere. Artiklens forfattere konkluderer, at den mest slående forskel på de to sundhedssystemer er brugen af sengepladser - en forskel der muliggøres af et særdeles veludbygget primært sundheds-tilbud (multispecialistcentre), som holder patienter væk fra hospitalsindlæggelser. Den mindre brug af de dyre hospitalspladser frigør ressourcer, som i stedet kan anvendes i den primære sundhedstjeneste til forebyggelse, håndtering af kronikere samt til hjemmepleje, hvilket muliggør en opprioritering på andre områder.

Det konkluderes videre i artiklen, at årsagerne til denne forskel er, at Kaiser Permanente repræsenterer et integreret sundhedssystem, som omfatter alle dele af sundhedsvæsenet. Organisationer og dens læger har, som følge af konkurrencen fra andre HMO'er, et incitament til at behandle patienterne på det mest omkostningseffektive niveau. Samtidig har organisationen, som følge af den totale integration af alle dele af sundhedsvæsenet, også mulighed for at tilrettelægge de mest hensigtsmæssige og omkostningseffektive behandlingsprogrammer uden hensyn til kunstige budgetmæssige budgetrammer (ingen kassetækning).

Eksemplet indikerer, at en oprustning af den primære sundhedstjeneste gennem tilstedeværelse af flere speciallæger og andre sundhedsfaglige personalegrupper, som det er foreslået i de tre scenarier for sundhedscentre, kan reducere presset på den sekundære sundhedstjeneste.

Projekt Gero-team, Skagen

Etablering af Gero-team (GT) i Skagen¹¹⁸, er et dansk eksempel på ændret organisering og koordinering af den primære og sekundære sundhedstjeneste samt samarbejde på tværs af kommune og amt.

Eksemplet medtages her, idet det på flere måder ligner den tovholder/case manager-funktion, som foreslås etableret i forbindelse med kronikercentre.

Gero-teamet, der blev etableret som følge af sundhedsaftalen mellem Skagen Kommune og Nordjyllands Amt, er et tværfagligt team. Teamet varetager opgaver vedrørende intern medicinsk orienteret diagnostik og behandling efter komplicerede indlæggelsesforløb, forebyggelsesprojekter og særlige indsatsområder som fx terminal behandling i hjemmet samt udredning og opfølgning vedrørende demenstilstanden.

GT er normeret til 37 sygeplejersketimer og 14 lægetimer pr. uge. I 2001 blev i alt 239 personer henvist til teamet.

Med henblik på at belyse Gero-teamets effekt på forbruget af sundhedsydelser blev der i 2001 foretaget en evaluering¹¹⁹. Antallet af indlæggelser og sengedage for de personer, der havde haft kontakt med GT, blev opgjort henholdsvis før og efter kontakten¹²⁰. Analysen viste, at det totale antal dage tilbragt på sygehus næsten blev halveret i det første år efter kontakten med GT. Samlet set blev det samlede antal indlæggelsesdage for de 239 personer reduceret fra 5.646 til 2.925 dage, svarende til 2.721 sengedage - eller til, at ordningen i 2001 på årsbasis frigjorde godt 8 senge (ved 90 % belægning). Sammenlignes perioden 13-24 måneder *efter* kontakten med gero-teamet med perioden 13-24 måneder *før* kontakten, forsvinder denne effekt. Imidlertid peger evalueringen på, at patienterne i den sidste periode er blevet gennemsnitligt 3 år ældre fra *før* til *efter*-perioden, og at stigende alder i sig selv er én af de allerstærkeste risikofaktorer for at blive indlagt på sygehus. Den aftagende effekt er således ikke overraskende.

¹¹⁸ "Evaluering af projekt gero-team", (Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt 2002).

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ Ibid.

Undersøgelser af effekten af intensiveret indsats over for kronikere.

De her gennemgåede undersøgelser analyserer konsekvenserne af en omstrukturering af indsatsen i relation til behandlingen af kronisk syge patienter. Der er specielt fokuseret på behandling af patienter med KOL og diabetes.

Diabetes

Der er ikke fundet opgørelser over antallet af diabetespatienter i Danmark. Det skønnes dog, at der er ca. 100.000 personer i Danmark med erkendt diabetes 2 og ca. 100.000 med udiagnostiseret diabetes 2¹²¹. Ca. 10-15% af befolkningen over 60 år har diabetes, og andelen forventes at stige¹²². Sygdommen medfører en lang række følgesygdomme som åreforkalkning, øjensygdomme samt sygdomme i nyrer og nervebaner, så behandlingsomkostningerne i forbindelse med diabetes omfatter udover selve diabetesbehandlingen - fx med insulin - behandlingen af akutte komplikationer og sendiabetiske komplikationer som nyresvigt og amputation. Behandlingen af disse komplikationer er dyr¹²³, og der vil derfor være penge at spare, såfremt det er muligt at kontrollere diabetes, således at komplikationerne begrænses eller udskydes.

En dansk undersøgelse har analyseret effekten af en intensiveret indsats gennem uddannelse og vejledning af alment praktiserende læger¹²⁴. Interventionen bestod i: 1) Påmindelse til lægen om forestående konsultation, 2) opstilling af individuelle behandlingsmål, 3) tilbagemelding af forløbsresultater til lægen for den enkelte patient, 4) udlevering af klinisk vejledning til lægen og 5) tilbud om årlige halvdagskurser.

Med henblik på at analysere effekten af den intensiverede indsats blev 1.263 nyopdagede diabetespatienter fordelt på henholdsvis en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Ved afslutningen af den 6-årige forsøgsperiode var der ikke forskel i dødeligheden eller i forekomsten af komplikationer. Derimod var en række risikoparametre, bl.a. blodsukker, blodtryk, kolesterolværdier og vægt, signifikant lavere i forsøgsgruppen end kontrolgruppen. Reduktionen i risikoparametrene indikerer, at der på længere sigt evt. kan forventes lavere omkostninger til behandling af diabetiske komplikationer.

Et amerikansk randomiseret studie¹²⁵ har undersøgt effekten af at tilbyde patienter regelmæssige gruppekonsultationer i lægepraksis. Studiet omfattede en række lægepraksis, som blev inddelt i henholdsvis en forsøgsgruppe og en kontrolgruppe.

¹²¹ "Type 2-diabetes", Klaringsrapport (Beck-Nielsen et al. 2000).

¹²² Ibid.

¹²³ "Diabetesbehandling i Danmark" (Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende diabetesbehandling 1994).

¹²⁴ "RCT of structured personal care of type 2 diabetes mellitus", (de Fine Olivarius et al. 2001).

¹²⁵ "Chronic care clinics for Diabetes in primary care", (Wagner et al. 2001).

Interventionen bestod i, at diabetespatienter tilknyttet de lægepraksis, der indgik i forsøget, blev inviteret til gruppekonsultationer (bestående af 6-10 patienter) hver 3.-6. måned. Hver gruppekonsultation bestod dels af en individuel konsultation hos den praktiserende læge, en sygeplejerske og en klinisk farmaceut, dels en gruppesession med det formål at vejlede og uddanne patienterne.

Efter 24 måneder havde interventionsgruppen en signifikant højere generel sundhedsstatus og færre sengeliggende dage¹²⁶. Derudover havde gruppen færre ambulatorie- og skadestuebesøg. Ikke alle patienter i interventionsgruppen deltog i gruppekonsultationerne. En analyse viste, at jo flere gruppekonsultationer patienterne havde deltaget i, jo højere patienttilfredshed, færre sengeliggende dage og lavere blodsukker.

KOL

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) er en kronisk lungesygdom, som udover at indebære en kraftig reduceret livskvalitet medfører store samfundsmæssige omkostninger. Af en undersøgelse gennemført af DSI¹²⁷ af de samfundsmæssige omkostninger ved KOL fremgår, at omkostningerne ved behandling af patientgruppen udgør 10% af de samlede sygehus- og sygesikringsomkostninger vedrørende patienter over 40 år. Til behandlingsomkostningerne skal lægges kommunale omkostninger til hjemmehjælp og hjemmesygepleje samt udgifter til medicin. Den største andel af behandlingsomkostningerne vedrører sygehusindlæggelser. Patienterne er i gennemsnit indlagt 11 dage pr. år, og en opgørelse foretaget på Hillerød Sygehus¹²⁸ viser, at 15-20% af alle indlagte på de medicinske afdelinger er KOL-patienter. Patienterne har i gennemsnit 20 kontakter med praktiserende læge om året mod gennemsnitligt 9 kontakter for alle patienter (over 40 år).

I perioden 1998-2000 gennemførte man et forsøg med intensiveret sygeplejefaglig og pædagogisk indsats over for KOL-patienter, der har været indlagt på medicinsk afdeling B, Hillerød Sygehus¹²⁹. Interventionen bestod i 1) undervisning af patient og pårørende, 2) opfølgende hjemmebesøg henholdsvis 2 uger, 3 måneder og 1 år efter udskrivelsen, 3) opfølgende telefonkontakt 6 måneder og 9 måneder efter udskrivelsen, 4) tilkaldefunktion, hvor patienten telefonisk kunne aftale yderligere besøg, samt 5) samarbejde med den primære sundhedstjeneste. Samtlige tiltag blev gennemført af en projekt-sygeplejerske.

Effekten af intervention blev bl.a. målt som en før-/efterundersøgelse af antallet af indlæggelsesdage for de patienter, der deltog i projektet. Opgørelsen viste, at det samlede antal indlæggelsesdage for gruppen faldt fra 908 sengedage i året før interventio-

¹²⁶ Sengeliggende dage i eget hjem - ikke på hospital.

¹²⁷ "Omkostninger ved patienter med KOL...", (Bilde & Svenning 2004).

¹²⁸ "Sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter", (Thune Jacobsen, Vinther, Vejlsø Rasmussen, & Kürstein 2002).

¹²⁹ Ibid.

nen til 668 sengedage i interventionsåret, svarende til et fald på 26%. Målt pr. patient var der tale om et fald fra 20,3 til 15,5 dage. Årsagen til faldet var primært kortere indlæggelsestid pr. indlæggelse. Som årsag til den kortere indlæggelsestid peges der i rapporten på, at personale og patienter følte sig trygge ved, at projektsygeplejersken ville komme på besøg hos patienten kort tid efter udskrivelsen.

At KOL-patienter er en gruppe, som kræver særlig indsats for at opnå en effekt i forbruget af sundhedsydelser, fremgår af et forsøg gennemført i Australien, hvor man tilbød patienter 2 sygeplejebesøg i hjemmet henholdsvis en uge og en måned efter udskriving¹³⁰. I besøgene indgik bl.a. vejledning, undervisning og opfølgning på patientens tilstand. Ved sammenligning med en randomiseret kontrolgruppe fandt man ingen forskel i patienternes indlæggelseshyppighed, men til gengæld i patienternes kendskab til sygdommen og fysiske funktionsevne. Artiklens forfattere konkluderer, at sygeplejebesøg alene ikke kan bevirke en reduktion i patienters og pårørendes bekymring og dermed behovet for indlæggelser.

Som det fremgår, er interventionen i det danske projekt mere omfattende end i det australske, hvilket tilsyneladende har været udslagsgivende for effekten i de to forsøg. Det skal dog også bemærkes, at evalueringen af den australske ordning er gennemført ved et randomiseret forsøg, mens det danske er baseret på en før-/eftermåling, som generelt betragtes som en mere svag videnskabelig metode.

Forbedret indsats overfor kronikere generelt

I en artikel af Thomas Bodenheimer m.fl.¹³¹ gennemgås eksisterende forskning vedrørende effekten, herunder reduktionen i behandlingsomkostningerne af en intensiveret indsats overfor patienter med kroniske sygdomme. De gennemgåede studier, der er afgrænset til diabetespatienter, er alle baseret på randomiserede forsøg.

Ved gennemgangen er studierne opdelt efter, om de indeholder én eller flere af følgende typer interventioner:

- Støtte til egenomsorg
- Beslutningsstøtte til læger (uddannelsesmateriale, konferencer)
- Organisering af indsatsen (case managers, tværfaglige teams, planlægning af kontrolbesøg)
- IT-støttesystemer.

¹³⁰ "Randomised controlled trial of home based care of patients with COPD", (Hermiz et al. 2002).

¹³¹ "Improving primary care for patients with chronic illness", (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach 2002).

Studierne blev derudover inddelt efter, om effekten blev målt som forbedring i:

- Behandlingsprocessen (fx regelmæssige blod- og urinprøvetagning)
- og/eller i behandlingsresultatet (fx niveau for blodsukker eller forekomst af komplikationer).

Gennemgangen viste, at ud af de 39 gennemgåede studier havde de 32 forbedret effekt på mindst én proces- eller resultatparameter. Det er ikke muligt på grundlag af studiet at afgøre, hvilke interventioner der gav størst effekt, eller om flere interventioner samtidig gav bedre resultat. Dog fremgår det, at støtte til egenomsorg gennemgående synes at have en sikker effekt.

Sammenfatning og diskussion

På det foreliggende grundlag er det ikke muligt at værdisætte de samfundsøkonomiske konsekvenser af etablering af kronikercentre i Frederiksborg Amt. De direkte omkostninger vil bl.a. afhænge af, om centrene bemandes med eksisterende personale, eller om der sker nyansættelser. Derudover vil meromkostningerne afhænge af, om etableringen af centrene i sig selv medfører en udvidelse af den eksisterende aktivitet.

Med hensyn til henholdsvis de afledte konsekvenser for patienternes sundhedstilstand og for behandlingsudgifterne indikerer de præsenterede undersøgelser, at øget indsats i den primære sundhedstjeneste, fx i form af:

- øget uddannelse og vejledning af patienter,
- oprustning af den primære sundhedstjeneste gennem dannelse af tværfaglige teams og gennem øget repræsentation af specialister, samt
- øget støtte til og uddannelse af fagpersoner fx praktiserende læger,

har afledte konsekvenser i form af en forbedring af behandlingsprocessen, reducerede risikofaktorer samt reduktion i forbruget af dyre hospitalspladser.

Fælles for flere af de beskrevne undersøgelser er, at de direkte meromkostninger er beskedne.

Flere af undersøgelserne vedrører organisationsændringer med flere indsatsområder, og det er ikke muligt at afgøre, hvilken del af indsatsen der er afgørende for effekten, eller om kombinationen af flere indsatsområder er afgørende. I sidste ende kan et positivt resultat være afhængigt af de personer (personligheder), der indgår i projektet.

Resultaterne kan ikke overføres direkte til Frederiksborg Amt. Det skyldes flere forhold. For det første er der tale om interventioner af forskelligt indhold, og for det andet kan konsekvenserne af ændringer i ét sundhedssystem ikke overføres direkte til et andet system, bl.a. fordi udgangspunktet vil være forskelligt.

KONKLUSION OG RESUMÉ

Formålet med denne rapport har været at konkretisere, hvorledes sundhedscenter-tanken kan realiseres i Frederiksborg Amt samt opstille og vurdere scenarier for sundhedscentre.

Sundhedscenterbegrebet er ikke nogen entydig størrelse. Rapporten har derfor valgt at tage udgangspunkt i en præciserende og afgrænsende rammedefinition:

”Et *sundhedscenter* er betegnelsen for en organisering af sociale og/eller sundhedsmæssige funktioner og aktiviteter, som er fysisk integrerede, dvs. indgår i et bygningsmæssigt fællesskab. Sundhedscentre har ikke sengepladser. Funktionerne behøver ikke at være organiseret under samme myndighed eller sektor”.¹³²

Sundhedscentre er således en del af primærsektoren. De er ikke et alternativ til indlæggelse, da de ikke har sengepladser.

Følgende forudsætninger lagt til grund for rapportens scenarier: Sundhedscentre skal kun etableres, hvis de kan medvirke til at skabe mere rationelle og sammenhængende patientforløb, bedre kvalitet i det samlede patientforløb og bedre ressourceanvendelse. Desuden bør sundhedscentre medvirke til at samle patientforløb på samme eller færre antal enheder, sikre lokal forankring og virke netværksopbyggende i forhold til primærsektoren.

Der har pågået en noget upræcis debat om sundhedscentre i Danmark. Rapporten har derfor analyseret debatten og de eksisterende typer af sundhedscentre for at skabe et overblik over aktuelle status.

Blandt de mange typer af organisationer, der enten kalder sig sundhedscentre af navn, eller mere er det af gavn, blev fire overordnede typer identificeret:

- *Sundhedscentre etableret i nedlagte sygehuse*: Primært amtslige og ofte med videreførelse af tidligere ambulante funktioner. Eksisterende bygninger udnyttes, idet amtet lejer lokaler ud – ofte til forskellige typer af aktører på tværs af sektorer.
- *Store (tværfaglige) lægehuse*: Private initiativer fra aktører med (amtslige) ydernumre. Kan udvikle sig i mere eller mindre tværfaglig retning. Kan – alt afhængig af størrelse – varetage langt flere funktioner end en monofaglig solopraksis.
- *Udvidede plejehjem*: Kommunale centre, dog ofte med amtslig medfinansiering af de ekstra sengepladser, der ofte er i denne type sundhedscenter. Huser mange typer af

¹³² Definitionen er delvist inspireret af Eva T. Jacobsen, ”*Sundhedscentre i Danmark*”, (Thune Jacobsen 1991).

aktiverende, forebyggende og rehabiliterende eller vedligeholdelsestrænende aktiviteter. Kun rettet mod ældre.

- *Sygeplejebaserede organisationer:* Kommunale initiativer, hvor kernen er behandlersygeplejersker og evt. andet sundhedsfagligt personale.

Debatten om sundhedscentre i Danmark forholder sig til mange forskellige typer af tiltag og organisationsdannelser, der adskiller sig på flere parametre. Imidlertid er udviklingen i retning af flere typer sundhedscentre allerede i fuld gang, hvilket til dels forklarer, hvorfor man i debatten bruger betegnelsen sundhedscentre om vidt forskellige organisationer.

Et fællestræk i debatten er imidlertid anerkendelsen af behovet for at skabe øget sammenhæng i ydelser og patientforløb på tværs af sektorer, som er præget af specialisering og differentiering i mange nye typer af lokale sundhedstilbud.

Analysen af debatten viser, at en del af uenigheden omkring sundhedscentre går mere specifikt på forskellige typer af modeller: Fx om sundhedscentre skal have uvisiteret adgang eller ikke, eller om de skal udgøre døgnåbne alternativer til hospitalsindlæggelse.

I forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport er der afholdt fire workshops med praktikere fra det amtslige sundhedsvæsen såvel som den kommunale sektor.

Tre af de fire workshops har været tematiseret omkring emner, der udgør udfordringer i (fremtidens) sundhedsvæsen: Ældre, genoptræning og kronisk sygdom (med fokus på KOL og diabetes). Den sidste workshop var åben, men det viste sig, at de tre temaer fra de foregående workshops – specielt ældreområdet – gik igen her. Budskabet fra de afholdte workshops er, at der er god grund til at arbejde målrettet med forbedringer på alle tre områder. Dette kan på ingen måde undre, og denne tendens er ikke unik for Frederiksborg Amt, idet disse områder længe har været i søgelyset på nationalt plan.

Analyserne peger imidlertid på, at kronikerområdet ud fra et amtsligt (regionalt) synspunkt umiddelbart er det område, hvor der er størst indikation for at arbejde videre med sundhedscenterkonceptet. Dette skal bl.a. ses i lyset af den nuværende opgavefordeling i den offentlige sektor mellem regionalt og lokalt niveau og med reference til den (efter al sandsynlighed) kommende strukturreform.

Kronikerområdet afgrænses i denne rapport til KOL og diabetes, men kan sandsynligvis med fordel inkludere andre typer af kroniske lidelser. Dette må dog bero på en nærmere analyse af udvalgte områder. Set fra et organisatorisk perspektiv er kronikerne karakteriseret ved at have langvarige og permanente forløb, som involverer mange typer af aktører i sundhedsvæsenet. Da tilstandene ikke kan helbredes, men senfølger og forværringer kun lindres, udskydes eller helt undgås, bruges ordet "håndtering" om den fler-

strengede indsats, som kroniske lidelser kræver. Centrale elementer i håndteringen heraf er korrekt medicinering og medicinindtagelse, bibeholdelse af funktionsniveau, egenomsorg og bedre sygdomsforståelse, tidlig opsporing samt bedre udnyttelse af terapeutiske muligheder.

Forslag til mulige scenarier har trukket på relevante erfaringer fra allerede eksisterende typer af sundhedscentre (herunder store lægehuse), men peger ikke direkte på nogen af de kendte modeller. Der opstilles følgende tre scenarier, som overordnet set indeholder følgende elementer.

Figur 2 (gentaget): Oversigt over scenarier for sundhedscentre

Model 1: Basismodel	Model 2: Inkl. amb. satellit	Model 3: Inkl. almen med. og amb. satellit
Vedligeholdelse af funktionsniveau	Vedligeholdelse af funktionsniveau	Vedligeholdelse af funktionsniveau
Bearbejdning af sygdomsforståelse	Bearbejdning af sygdomsforståelse	Bearbejdning af sygdomsforståelse
	Ambulatorielæge	Ambulatorielæge
		Praktiserende læger

Scenarierne indeholder et idékatalog til aktører og funktioner, der er centrale i et kronikercentre omkring elementerne vedligeholdelse af funktionsniveau og bearbejdning af sygdomsforståelsen. Disse er beskrevet og nærmere i rapporten, men listes her kort:

Aktører og funktioner i kronikercentre

- Samlet rehabilitering af KOL (herunder patientskoler)
- Patientskoler/patientuddannelse (Diabetesskole/Lungehold)
- Tovholderfunktion for svage patientgrupper, samt rådgivning: Sygeplejersker (specialiseret i KOL og DIAB)
- Fodterapeuter
- Ergo- og fysioterapeuter – og aktiviteter som fx Motion på Recept
- Diætist
- Rygestop
- Laboratoriefunktion
- Øvrig diagnostik
- Farmakologisk rådgivning – både til patienter og til fagpersoner
- Psykolog
- Udgående ordninger
- Base for netværksgrupper af patienter / Kontakt til patientforeninger

(Se s. 45ff for uddybning)

På det foreliggende grundlag gør analysen af de mulige samfundsøkonomiske konsekvenser det ikke muligt at værdisætte de tre scenarier præcist. De direkte omkostninger vil bl.a. afhænge af, om centrene bemannes med eksisterende personale, eller om der sker nyansættelser. I de tre modeller lægger der op til, at centrene i vidt omfang bemannes med eksisterende personale; dog foreslås en tovholder-ordning indført for de svageste patienter, og det vil kræve nyansættelser. Derudover vil meromkostningerne afhænge

af, om etableringen af centrene i sig selv medfører en udvidelse af den eksisterende aktivitet.

Med hensyn til de afledte konsekvenser for patienternes sundhedstilstand og for behandlingsudgifterne indikerer de undersøgelser, som gennemgås i rapporten, at en øget indsats over for kronikere i den primære sundhedstjeneste har afledte konsekvenser i form af en forbedring i behandlingsprocessen, reducerede risikofaktorer samt en reduktion i forbruget af dyre hospitalsenge. Fælles for flere af de i rapporten beskrevne undersøgelser er, at de direkte meromkostninger er beskedne.

Rapporten udgør således en grov skitse, der indikerer:

- 1) at behovet for at håndtere kronisk sygdom i primærsektoren er voksende, og at presset på sekundærsektoren ved ikke optimal håndtering vil vokse støt fremover,
- 2) at der eksisterer et klart kvalitets- og ressourcemæssigt potentiale i at søge forbedringer i håndteringen af kroniske sygdomme i hverdagen, og
- 3) at en centerdannelse, som kan samle aktører omkring håndtering af kronisk sygdom, er et bud på, hvordan man kan forankre og fastholde en sådan forbedringsstrategi i primærsektoren.

Fordele og ulemper ved de tre modeller er diskuteret i rapporten. Det er vigtigt at pointere, at centerdannelse i alle tilfælde kan betragtes som en nødvendig, men samtidig utilstrækkelig forudsætning for at opnå de skitserede kvalitets- og ressourcemæssige gevinster.

Modellerne adskiller sig ved graden af lægelig involvering.

Model 1 er den mindst omfattende, men også den mest realistiske, idet den ikke involverer reallokering af nogen former for læger andre steder i sundhedsvæsenet. Desuden tager model 1 udgangspunkt i den del af kronikerhåndteringen, som halter mest, nemlig bedre vedligeholdelse af funktionsniveau og bearbejdning af sygdomsforståelsen i retning af øget egenomsorgskapacitet.

Model 2 indeholder ambulatorie-satellitter. Rapporten har peget på, at modellen fungerer andre steder i Danmark og tillige anbefales af fagfolk¹³³. En direkte anbefaling af modellen kan dog ikke foretages på grundlag af denne rapports analyser, men bør bero på nærmere analyse af de konkrete erfaringer med andre satellit-/nær-ambulatorier samt analyse af ambulatoriefunktionerne i amtet i dag. Det er dog DSI's opfattelse, at der på baggrund af denne rapport er grundlag for at foretage en sådan undersøgelse i en fase 2.

¹³³ (Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003).

Model 3 indeholder praktiserende læger. Rapporten peger på, at erfaringer fra andre sundhedscentre viser, at praktiserende læger kan være svære at tiltrække, og der ikke er klare indikationer af, at forbedret håndtering af kronisk sygdom kræver bygningsfællesskab med (nogle) af de praktiserende læger. DSI kan derfor ikke anbefale denne model. DSI mener heller ikke, at en nærmere undersøgelse af mulighederne for integration af praktiserende læger bør inkluderes i en fase 2. De centre, som har praktiserende læger, bliver i sagens natur mere brede sundhedscentre, idet praktiserende læger er og bliver generalister. Denne rapport anbefaler, at etableres relativt fokuserede centre til håndtering af kroniske lidelser. Et tæt samarbejde med almen praksis er dog en forudsætning for en markant forbedring i håndteringen af kronisk sygdom. DSI anbefaler imidlertid, at denne etableres på anden vis end ved bygningsfællesskab. Tilknytning af evt. specialiserede praksiskonsulenter og opbygning af fælles kommunikations-infrastruktur er mere realistiske bud på, hvordan dette samarbejde kan styrkes.

Det er også en mulighed, at centrene kan få så udstrakt et selvstyre med hensyn til, hvilke øvrige aktører der inviteres ind i kronikercentre, at der kunne laves lokalt tilpassede løsninger – alt efter behov og lokalesituation. DSI må dog advare mod, at lokal tilpasning og variation også medfører i uigennemsigtig struktur.

På grundlag af denne rapports analysearbejde anbefaler DSI, at der igangsættes en **fase 2**, hvor potentialet og mulighederne for opbygning af kronikercentre undersøges mere detaljeret. De konkrete erfaringer med ændret organisering af kronikerbehandling bør analyseres nærmere, og de danske erfaringer med nærambulatorier ligeså. Desuden bør de konkrete muligheder og den nuværende organisering i amtet ligeledes analyseres nærmere. Arbejdet bør være relativt omfattende og detaljeret, da evt. beslutning om etablering af kronikercentre bør foretages på et solidt grundlag.

DSI foreslår, at det videre arbejde udføres af en gruppe med stærk lokal forankring og viden om de berørte områder. Dog anbefales det, at eksterne aktører – evt. eksperter i andre dele af landet eller i udlandet – konsulteres eller inddrages i arbejdet for at høste inspiration og viden udefra.

BILAG 1: WORKSHOP INDHOLD OG FORLØB

Workshopdeltagerne blev udvalgt med baggrund i en deltagerliste udarbejdet af opdragsgiver. Justeringer og ændringer er foretaget løbende i samarbejde med DSI. Dette var bl.a. nødvendigt, fordi produktionsperioden har været kort, hvilket har betydet, at det i nogle tilfælde var nødvendigt hurtigt at finde suppleanter på grund af afbud.

Alle workshops blev afholdt på Hillerød Sygehus og varede 3 timer. Formen har i vis udstrækning været meget lig den, som kendes fra fokusgruppeinterviews, men DSI ønskede at understrege det element af 'arbejde', der lå i det for deltagernes vedkommende: De var ikke blot indbudt til at sige deres *mening* om sundhedscentre i Frederiksborg Amt; de var indbudt for at *arbejde* med problemer og mulige løsninger med baggrund i den viden, de sad inde med om deres respektive arbejdsområder.

Alle workshops var bygget op i en form, der vekslede mellem individuelt arbejde, gruppearbejde og diskussioner i plenum. Indholdet var struktureret således, at der først skulle arbejdes med problemer/muligheder for forbedringer og derefter med løsninger (i form af centerdannelse i en eller anden form, som deltagerne selv skulle komme med et bud på).

Formålet med denne opbygning var indledningsvis at få et overblik over de problemområder, som deltagerne oplevede i hverdagen. Først derefter blev der arbejdet med forskellige former for centerdannelser som mulige løsninger på (nogle af) de fremførte problemstillinger. Årsagen var, at DSI ønskede at få et billede af, om de problemer, som praktikerne kunne pege på, overhovedet var relateret til organisationsstrukturen og ændringer i denne (i form af en art centerdannelse).

Alle workshops har været præget af en åbenhed overfor problemstillinger med tilknytning til eget arbejdsområde, som har været befordrende for en konstruktiv debat om problemfelter såvel som løsninger. Til alle workshops var repræsentanter fra flere institutioner, sektorer og faggrupper tilstede. Alligevel var tonen ganske åbenhjertig og altovervejende konstruktiv.

BILAG 2: WORKSHOP OM ÆLDREOMRÅDET

Workshoppen om ældreområdet blev afholdt den 20. april 2004 med følgende (7) deltagere: En praktiserende læge fra Helsingør, en praktiserende læge fra Helsingør, en afdelingssygeplejerske fra akut modtageafdeling på Helsingør Sygehus, lederen af plejecentret Kirsebærbacken i Hillerød, en diætist fra medicinsk afdeling på Helsingør Sygehus, en afdelingssygeplejerske fra akutmodtagelsen på Frederikssund Sygehus samt en sygeplejerske fra akut observationsafsnit på Hillerød Sygehus.

På workshoppen blev mange typer af både problemstillinger og løsninger debatteret. Følgende er et uddrag af nogle af de mest centrale temaer fra workshoppen.

Relevante, men forebyggelige indlæggelser på sygehuse

Et resultat af de problemstillinger, der eksisterer omkring den daglige pleje og behandling af ældre er, at nogle af amtets medicinske modtagelser oplever indlæggelser, som efter flere workshopdeltageres vurdering klart er mulige at forebygge. Det drejer sig fx om ældre med væsketab, obstipering eller – som en deltager formulerede det – med den 'ikke-eksisterende' diagnose *causa socialis* (denne diagnose diskuteres mere indgående i forbindelse med genoptræningsområdet, se bilag 4).

Flere af deltagerne peger på, at de mindre relevante indlæggelser er et stort problem, fordi de tager tid og ressourcer fra andre opgaver, men i lige så høj grad fordi det er en stor belastning for de ældre. Flere af deltagerne mener desuden, at disse patienter har lav status i sygehusvæsenet. To afdelingssygeplejersker formulerer det således:

"Det er ikke så interessant på sygehusene at tage sig af det hele menneske. Vi tager os af hellere af *enten* hjerter *eller* lunger. Så de får lidt væske og så tilbage igen."

"Der er en høj grad af specialisering på afdelingerne. De store grupper, der fejler noget alment medicinsk, dem er der ingen, der tager sig af."

En praktiserende læge oplever således det, han beskriver som "*en fragmenteret opdeling i organer*", når han indlægger patienter på sygehuse, bl.a. på grund af specialiseringen, som har gjort, at der ikke længere eksisterer brede almenmedicinske afdelinger.

Ældreområdet opfattes af flere af deltagerne som lav prestige, og specialiseringen på sygehusene gør, at de ikke-specialespecifikke ældre medicinske patienter ikke hører 'naturligt' til noget sted. Dette skal desuden ses i lyset af, at der i Frederiksborg Amts sygehusvæsen ikke findes speciallæger i geriatri (ældresygdomme), og at der således heller ikke findes afdelinger, hvor disse patienter er specialespecifikke og dermed i fokus.

Det er imidlertid værd at bemærke, at problemet er et lokalt differentieret problem. Ifølge deltagerne fra det akutte medicinske indtag på de tre akutsygehuse er situationen bedre i Hillerød end på de andre to sygehuse, hvilket deltagerne i høj grad tilskriver Kirsebærbakken Plejecenters akutpladser.

At undgå (forebyggelige) indlæggelser

Det er klart, at jo ældre man bliver, jo større chancer er der for, at man får brug for sundhedsvæsenets ydelser, herunder også indlæggelse. Men deltagerne mener, at en del indlæggelser af ældre i virkeligheden kunne undgås. Spørgsmålet er, hvad der skal til.

En deltager advarede kraftigt imod at fokusere for meget på den højt specialiserede, men relativt sporadiske indsats. En anden formulerede det således:

"Det er mange gange det helt banale, som fører til, at 'det vælter' og derved ender i en indlæggelse. Det er banale ting, der skal handles på, for hos de ældre er det de banale ting, der er starten på derouten. De banale ting skal tages meget alvorligt. Fx et væggtab – og her er 1-2 kilo alvor!"

En af de praktiserende læger pegede på, at det, der ofte skulle til for at undgå en indlæggelse, var muligheden for at kunne give '*fuld pakke i hjemmet*', som han formulerede det. Hermed refererede han til muligheden for at kunne ordinere hurtig og omfattende pleje, hjælp, genoptræning og evt. også andre fagpersoner alt efter behov. Når denne mulighed ikke eksisterer, er eneste alternativ at indlægge, selvom det rent medicinske problem ikke berettiger hertil og i virkeligheden kunne løses udenfor hospitalsregi. Denne læge så en mulighed i, at sundhedscentret kunne være stedet, hvor man kunne rekvirere dækning af den ældres forskellige, nogle gange akutte behov.

Tidlig opsporing

"Det er banale ting, de ældre fejler. Når det går nedad bakke, hvor er så de aktører, der skal gribe ind, og som ikke har grebet ind i tide?"

Dette spørgsmål fra en af workshopdeltagerne peger i retning af et andet problemkompleks. En forudsætning for at kunne forebygge indlæggelser er, at problemer opspores tidligt – helst før der bliver tale om reelle problemstillinger. Men hvem skal gøre dette og hvordan.

Den praktiserende læge kommer først ind i billedet, når en borger selv vælger at gå til læge. Flere af deltagerne pegede dog på, at tidlig opsporing skal ske langt inden, den ældre selv søger læge. Her kommer de aktører, som evt. allerede færdes i den ældres hjem, ind i billedet - ofte er hjemmeplejen. Effektiv opsporing af problemer kræver, at de aktører, der kommer i hjemmene hos de ældre, har et helhedsorienteret klinisk blik på den ældres situation. Dette kræver ikke nødvendigvis, at alle i hjemmeplejen skal

kunne fortolke og handle på deres observationer, men at de observerer og bringer observationerne videre. Som en deltager formulerede det:

"Det kan godt være, at hjemmehjælperen har lagt mærke til, at den livrem, den hænger noget, men der er ingen, der spørger til hendes observationer, og derfor kommer det ikke videre i systemet, og ingen handler på det".

Tidlig opsporing er således afhængig af, at de aktører, som eksisterer rundt om en ældre borger, reelt kommer til at fungere som et netværk og ikke som løse fragmenter. Til disse aktører hører ud over egen læge ofte hjemmeplejen, hjemmehjælpen og forebyggende hjemmebesøg. Som to deltagere formulerede det:

"Det er vigtigt at vi får koordineret de kræfter, som allerede er omkring den ældre. Det ville kunne forebygge indlæggelser."

"I dag er der mange tiltag, fx forebyggende hjemmebesøg, men ingen følger op."

Følgende dialog mellem to andre af workshopkens deltagere viser tydeligt, at netværksdannelse, koordination og kommunikation blandt de eksisterende aktører ikke fungerer tilfredsstillende, og derfor må forbedres i praksis og i hverdagen, hvis opsporing og forebyggelse af indlæggelser skal lykkes i virkeligheden:

Hospitalsansat: "Det er ved starten af svækkelsen, at systemet skal gå i gang – og følge op! Den praktiserende læge, hjemmehjælpen osv."

Praktiserende læge: "Men de aktører, de er her allerede – men det er det med at koordinere det, at køre efter én drejebog – det mangler endnu."

Hospitalsansat: "Der er brug for en samling af viden."

Praktiserende læge: "Der er brug for et fagligt fællesskab med kontakt til hinanden. Den faglige kontakt vil højne kvaliteten."

Tidlig opsporing er en forudsætning for effektiv forebyggelse af svækkelse, funktionstab og indlæggelser. Deltagerne peger på behovet for bedre samarbejde, vidensdeling og koordination blandt de allerede eksisterende aktører i netværket omkring den ældre borger.

Fragmentering og dårlig koordination – den ældre er ikke i centrum

De problemstillinger, som blev bragt frem omkring muligheden for opsporing og forebyggelse, er ifølge deltagerne generelle for hele ældreområdet:

"Problemet er koordinering! Vi har alle de her ting, men hvem skal koordinere det?"

Situationen blev beskrevet som, at alle aktører ofte gør deres, men det, der mangler, er viden om hinandens aktiviteter, om muligheder og om patienterne. Viden bliver ikke delt. Der findes fragmenter af viden rundt om i systemet, men den kommer ikke videre, og der spørges ikke nok til andres viden. Resultatet er, at der ikke handles på den eksis-

sterende viden, som heller ikke bliver samlet. En deltager formulerede det som *'der mangler netværk i sundhedsvæsenet'*.

Flere deltagere efterlyser en reel tovholderfunktion Hermed forstås, at der reelt er tid til at samle tråde og fragmenter og se helhedsorienteret på den ældres situation – ikke med udgangspunkt i sektorer, men i den ældres aktuelle og fremtidige situation. Som en deltager udtrykte det:

"Man må se fuldstændig anderledes på det. Ikke tage udgangspunkt i de to sektorer. Men i stedet tage udgangspunkt i, at der er brug for en kontaktperson for den ældre – måske fra et sundhedscenter – som kan bruge tværsektorielle ekspertiser."

Tid til at samle fragmenterne

Tiden er et af de store problemer, som deltagerne på denne workshop igen og igen drog frem. Der er mange tilbud, megen viden og mange muligheder, men ingen har tid til at samle trådene og se helhedsorienteret på situationen sammen med den ældre. En deltager formulerer det således:

"Problemerne er komplekse, mange har kroniske handicaps også, og de har behov for at lære mestringsstrategier, men det kræver, at nogen tager sig tid til at tænke i helheder. Det er ikke viden, der mangler. Den er der jo. Det er tid, der mangler."

Andre deltagere oplever også, at de ressourcestærke ældre gerne vil (og kan) lære mestringsstrategier i forhold til deres egen situation, men at der ikke er tid til at lære dem det noget sted i systemet.

Der peges på, at den knappe tid gør, at problemstillingerne - og dermed også problem-løsningen - ofte bliver for fragmenteret og kortsigtet. Fx peges der på, at der ofte ikke er tid til medicinudredning af de multimedicerede ældre, hvilket både kunne spare medicinudgifter og den ældre for at tage dårlig, forkert eller unødvendig medicin.

Ældre og døden

Et sidste tema, som deltagerne drog frem, handler om de ældre og døden. Nogle af deltagerne fra sygehusene oplevede det som et problem, at ældre indlægges fra plejehjem *"for at dø"*, som en deltager formulerede det. Og på hospitalet gør sygehuslæger *"for meget for at holde liv i de ældre i stedet for at lade dem dø"*, mente en afdelings-sygeplejerske. En anden deltager formulerede det således:

"Man må ikke dø på et hospital – døden er en fiasko!"

De seneste års opgradering af apopleksiområdet har ifølge nogle af deltagerne medført, at der nu reddes alt for mange, idet nogle af de overlevende ældre i dag af en deltager beskrives som *'levende grøntsager, levende lig!'*. Desuden pegede deltagerne på, at der i dag er for få og for dårlige muligheder for den ældre at dø efter ønske - fx i eget hjem

eller på plejehjem. Et kommende hospice vil løse noget af problemet, men langt fra dække hele behovet.

BILAG 3: WORKSHOP OM KRONIKEROMRÅDET

Denne workshop blev afholdt den 21. april 2004 med følgende (7) deltagere: Tre overlæger (heraf to fra medicinsk afdeling F og en fra medicinsk afdeling B), Hillerød Sygehus, en sygeplejerske fra palliativt team, Helsingør Sygehus, en sygeplejerske fra akutteam, Helsingør Kommune, en praktiserende læge fra Nivå samt en fysioterapeut fra Diabetesklinikken, Hillerød Sygehus. Deltagerne var valgt med udgangspunkt i to store patientgrupper med kronisk sygdom: Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og diabetes.

Efter indlæggelse: For dårlig opfølgning

KOL-patienter oplever akutte forværringer, som betyder vejrtrækningsbesvær og ofte fører til indlæggelse. En overlæge gør rede for hans oplevelse:

"Vi oplever, at disse patienter bliver indlagt i en situation, hvor de er desperate og præget af dødsangst. Og indenfor de første timer de ankommer og møder professionelle, der ved, hvad de taler om, så damper de af. Det bliver jo ikke raske, men de damper af. Man kan så retrospektivt sige: Var det nødvendigt at have den indlæggelse? På et eller andet niveau ja. Fordi der er nogle håndgreb, som skal udføres, før man finder ud af, om det var nødvendigt."

Han tilføjer, at selvom KOL de sidste 3 år har været den hyppigste årsag til akutte indlæggelser på afdelingen, så drejer det sig ofte om KOL kombineret med alt muligt andet, da mange også har diabetes, osteoporose og hjertesygdomme.

Når patienterne først er i forværring, og åndenød gør dem desperate, kan akut indlæggelse være eneste mulighed. Spørgsmålet er imidlertid, hvordan man undgår (eller begrænser) denne situation.

Et gennemgående tema omkring KOL er opfølgning *efter* indlæggelse for at undgå genindlæggelser. Denne opfølgning mener flere er for dårlig:

Overlæge: "Der er et kæmpe behov for opfølgning efter indlæggelse. Det gælder både den lægelige opfølgning og den sygeplejefaglige."

Sygeplejerske: "Det er det samme problem, man møder under genindlæggelser: Hvis man har prøvet at få dem i gang med at oplære mestringsstrategier, og der ikke er opfølgning på dem, så er det, at vi ikke når længere. Det kunne fx være manglende opfølgning på rygestop: Når jeg fx forklarer dem, der skal hjælpe patienten i hjemmet bagefter, at der er behov for hjælp med rygestop, så har jeg mødt kommuner, der siger, at det kan de ikke tage sig af. Det synes jeg er skræmmende. Det kan også være opfølgning på respirationsproblemhåndtering, kostopfølgning, træning. Jeg kunne lave en liste med 100 punkter!"

Når netop opfølgning efter indlæggelse trækkes så markant frem, er det værd at bemærke, at man netop på denne afdeling har haft stor succes med struktureret opfølg-

ning af KOL-patienter i hjemmet¹³⁴, men at den nu er ophørt. (Temaet behandles mere indgående i den afsluttende diskussion af scenarier).

En overlæge fra diabetesområdet fremkom med dette interessante og kritiske synspunkt på problematikken omkring den manglende opfølgning set fra et sygehussperspektiv:

"I problemstillingen omkring opfølgning ligger der noget lidt helligt fra vores side på sygehusvæsenet. Vi tænker: 'Nu har vi gjort vores pligt, og så bliver de ikke fulgt op'. Problemet er måske snarere, at der ikke er nogen koordinering af den indsats."

Denne overlæge peger på, at selve diskussionen omkring den manglende opfølgning i nogle tilfælde kan være et udtryk for at skubbe problemet over i en anden sektor. Man synes selv, man har gjort sin del og nogle andre nu *burde* tage over. Spørgsmålet er, om problemet er, at andre ikke (automatisk) gør, som man forventer, eller om der ikke findes en samlet og koordineret indsats omkring opfølgning efter indlæggelse.

Som afslutning på diskussionen om opfølgning efter indlæggelse er det med fysioterapeutens ord værd at minde om, at opfølgning selvfølgelig er forebyggelse:

"Forebyggelse er for mig at se også opfølgning. Det er forebyggelse af, at de falder tilbage. Der har man fat i dem [i forbindelse med indlæggelse, red.]."

At undgå indlæggelse: Tilbud til kronikere i primærsektoren

Et helt centralt problem i forhold til kronikerhåndteringen er den tidlige opsporing og forebyggelse. Men som en praktiserende læge formulerer det:

"90-95% af kronikerne er jo stadig nogen, der ikke rigtig er i kontakt med sygehusvæsenet. Det er stadig dem, der passes ude i almen praksis, der skal have nogle tilbud rettet mod dem. Det er svært at komme ind og få tilbuddene, før du er blevet indlagt. Du skal være rigtig syg, før du kan få tilbuddet."

Situationen kompliceres yderligere af det faktum, at en stor del af kronikerne ikke er diagnosticeret og dermed ikke ved, at de har en sygdom, som bør håndteres for at udgå senfølger og bremse forværringen i tilstanden.

Der er brug for tilbud til de mange kronikere, som håndteres i primærsektoren, for ellers lykkes det ikke at holde dem i primærsektoren. Her peger fysioterapeuten på, at det i høj grad også er i de tidlige faser af kronisk sygdom, der mangler tilbud til patienterne:

"Hvordan undgår vi ude i din [den praktiserende læges, red.] praksis, at de ikke kommer videre? Der mangler simpelthen tilbud til dem, fordi de behøver ikke at være særligt syge, og de *føler* sig jo ikke syge. De kommer måske på grund af noget andet, og så får de lige opdaget diabetes. Der mangler nogle tilbud og noget viden omkring, hvad det er, de skal foretage sig, når nu de tilbud ikke er der. Hvordan kan de selv komme videre derfra? Helt konkret: Hvordan skal du egentlig gå en tur? Det synes jeg mangler i allerhøjeste grad."

¹³⁴ (Thune Jacobsen, Vinther, Vejlb Rasmussen, & Kürstein 2002).

Både indenfor diabetes og KOL opererer man med forskellige sværhedsgrader. Indenfor kronisk sygdom kan patienterne groft inddeles i tre grupper: De meget komplicerede, som har behov for specialiseret sygehusindsats (ambulant); de relativt ukomplicerede, som kan håndteres i primærsektoren alene, og mellemgruppen hvor shared care anbefales. Meget tyder imidlertid på, at det er vigtigt ikke at bagatellisere tidlige stadier af KOL eller nyopdaget 'gammelmandssukkersyge'¹³⁵, og at de ramte patienter – selvom de ikke nødvendigvis *føler* sig så syge – har behov for megen viden og uddannelse for at kunne håndtere sygdommens udvikling fornuftigt.

Evt. etablering af sundhedscentre på kronikerområdet vil naturligvis kræve nærmere præcisering af, hvilke patientgrupper der kan og bør håndteres i relation til et center i primærsektoren. En af de deltagende overlæger på diabetesområdet peger således på, at det fortrinsvis vil være det, han betegner som "den store mellemgruppe", som ville kunne håndteres i sundhedscentre:

Overlæge: "Der er en gruppe type 2 patienter, som alle er enige er bedst tjent med at gå i sygehusvæsenet, fordi de har komplikationer og er meget syge: de kan desuden være hjertesygge eller nyresyge. Men det er den store mellemgruppe, hvor man godt kunne forestille sig, at når vi ikke kan finde ud af at koordinere vores indsats omkring de her patienter, så kunne den mellemgruppe høre til i et sundhedscenter. Hvis man skal se på sygdommen som sådan, så kan 80% af behandlingen af type 2 diabetes indeholdes i et sundhedscenter. Men det er klart det kommer til at give en masse problemer i forhold til de praktiserende læger. Med mindre det er dem, der styrer det".

Flere af deltagerne pegede på, at en omorganisering af kronikerbehandlingen ganske givet ville give anledning til gnidninger og konflikter, hvis en ny type institution skulle indføres og kræfterne samles omkring denne. Det kan let fortolkes som et spørgsmål om mindre selvstyre og indflydelse til andre – både i almen praksis som i sygehusambulatorier. Sådan behøver det imidlertid ikke at gå. Sundhedscentre også betragtes som en organisationstype, der gør det muligt for de praktiserende læger at holde velregulerede kronikerne med stor egenomsorgskapacitet meget længere i primærsektoren.

Kodeordet er samling af aktiviteter – ikke spredning

Deltagerne peger i høj grad på den samme forudsætninger for etablering af sundhedscentre, som DSI i samarbejde med Frederiksborg Amt har lagt til grund for en evt. anbefaling af sundhedscentre, nemlig at de skal medvirke til at styrke sammenhæng og koordinationen i sundhedsvæsenet. Eksempler på, hvordan denne tankegang ytrede sig blandt deltagerne, er følgende to overlæger, som giver udtryk for, hvor vigtigt det er, at centrene reelt kommer til at fungere som en samling af aktiviteter:

¹³⁵ Med hensyn til problemer med bagatellisering af diabetes som "bare en gammelmandssukkersyge" peger en diabetessygeplejerske på, at denne holdning alt for ofte fører til dysregulerede patienter, som alt for tidligt får alvorlige senfølger og derfor kommer ind i sygehusvæsenets regi. (Lund Nielsen & Vinge 2004), kapitel om Diabetesundervisning og forebyggelse i Ribe amt.

Overlæge: "Det, som skal være kendetegnet ved et center, er, at man skal kunne integrere indsatsen med alle de aktører, som skal være der. Patienterne skal ikke dér hen til det, og dér hen til det. De skal have det hele i en samlet pakke det samme sted. Og så er behandlingen den samme, om du er overvægtig og ikke har fået sukkersyge endnu, eller om du har fået sukkersyge. Og så kan man udspecialisere inden for centret alt efter om behandlingen skal være farmakologisk eller noget andet".

Overlæge: "Hvis man skal have sundhedscenter, skal man eksperimentere med at lave et center, som kan varetage størstedelen af behandlingen omkring en situation eller en tilstand. Dvs. man kan samle diabetesbehandlingen, kardiell rehabilitering, alt der er beslægtet, måske også hypertensionsbehandlingen, i et sundhedscenter. Der kan man have lægelige specialister, som måske ikke er fuldtidsansatte, men som kommer fra andre steder og arbejder der nogle dage om ugen, og så skulle der være nogle sygeplejersker, som bandt det hele sammen og sørgede for egenomsorg osv. Og så skulle der være mulighed for at gennemføre non-farmakologisk behandling, træningsprogrammer, se på deres fødder inden for samme hus."

I det sidste citat foreslås satellit-ambulatorier ["lægelige specialiser, som ikke er fuldtidsansatte, men kommer nogle dage om ugen"] som led i ambitionen om at samle aktiviteter og faglighed omkring patientforløb.

I diskussionen omkring koordinering og samling af patientforløbene fremkom en af deltagerne med et forslag, som muligvis ikke er realistisk, men for nytænkningens skyld fortjener at blive bragt frem, nemlig at de praktiserende læger ikke skulle håndtere kroniske sygdomme, men at det i stedet alene skulle foregå i sundhedscentret, og så længe som muligt:

"Man kunne også sige, at de praktiserende læger slet ikke skulle tage sig af det! Diabetes, det kun var i det center. Først når centret ikke kunne klare det, kunne patienterne overgå til en højt specialiseret diabetesklinik. Det kunne et sundhedscenter sagtens klare."

Selvom idéen nok ikke er realistisk, er det værd at pege på, at Sundhedsstyrelsen i sin diabetesredegørelse også gør opmærksom på vigtigheden af, at de praktiserende læger, som vælger at behandle diabetikere selv, bør have udvist dokumenteret interesse for området og have opdateret viden om det. De praktiserende læger skal være generalister, og spørgsmålet er selvfølgelig, om man finder det realistisk, at de kan yde kvalificeret og opdateret behandling af alle grupper af kronisk syge, som håndteres i primærsektoren.

Sundhedscentre som rammen om rehabilitering

Det blev afvist, at et sundhedscenter kunne være et alternativ til indlæggelse ved patienter, som reelt er indlæggelseskrævende, men betød ikke en afvisning af centerdannelser som sådan. En overlæge redegør her for, hvilken mulighed han ser i relation til at få lagt rehabilitering i fastere rammer ved at forankre det i et sundhedscenter:

"Det er vist for KOL, at pulminær rehabilitering, som omfatter både fysisk træning og undervisning, socialrådgivning, tilbud om psykologkontakt, ernæringsrådgivning,

det har en effekt på både funktionskapacitet og oplevelse af eget helbred i positiv retning. Det reducerer antallet af akutte indlæggelser, og det reducerer medicinforbruget. Det er et oplagt tilbud. De undersøgelser, der ligger nu, de viser, at man får den bedste effekt, hvis man starter det i relation til en specialiseret enhed og så flytter det ud efter et par måneder. Med den model kan man gøre det for omkring 10.000 kr. pr. patientforløb. Og så kunne man sagtens forestille sig, at opfølgningen og vedligeholdelse kunne ligge i et sundhedscenter. (...) Vi taler om lunge-rehabilitering, og det dækker akkurat det samme som diabetesskolen. Det er nu blevet etableret på de fire sygehuse, men kunne flyttes ud i primær som opfølgning."

Overlægen peger på, at den nærmere rollefordeling mellem sygehuset og sundhedscentret omkring opfølgning efter indlæggelse og lungerehabilitering skal fastlægges nærmere. Det er dog hans vurdering, at der vil være fordele ved at lægge rehabiliteringen ud i lokale enheder efter nogen tid.

Sundhedscentre og samling af flere typer kronikerhåndtering

Selvom deltagerne peger på, at der er meget forskel på de to udvalgte grupper af kronisk syge, så er nogle forhold samtidig ens. I et evt. sundhedscenter ville det derfor ikke være alle aktiviteter, der skulle være sygdomsspecifikke. En overlæge forklarer:

"Det, der skal foregå i en patientskole, er jo fælles for, om det er en pensionist, en KOL eller en diabetiker. Det er nemlig noget med samvær, egenomsorg, det er mad, og det er idræt. Det behøver ikke at være sygdomsspecifikt. Det sygdomsspecifikke skal selvfølgelig varetages af egen læge eller specialambulatorium. Men der er mange ting, der er fælles, som vi ikke behøver at blande os i. Hvordan er det at være pårørende til én, der er kronisk syg? Hvordan er det at være kroniker i et komplekst samfund? Den slags ting er fælles."

En anden overlæge så fordele i at samle tiden til patientundervisning og oplæring i mestringsstrategier:

Hospitalsoverlæge (primært diabetesområdet): "I øjeblikket er det sådan, at du har 5 minutter 3 gange om året til at oplære patienten, og i det omfang de kan huske det, bruger de det måske. Så kommer de hos [den praktiserende læge, red.], han har også tilsvarende tid. Det, jeg forestiller mig, er, at man bruger holdundervisning, men der er også forskel på de enkelte patienter. Du kan ikke bare køre ét hold. Der er nogle, der er ingeniører, og nogle er folkeskolelærere, og de skal altså have det forskelligt. Man kan altså bruge mere tid ved at samle introduktionerne osv. Det er os [sygehyslægerne] der gør det i dag, men vi gør det ikke godt nok!"

Ikke blot lægerne, men også fysioterapeuten så fordele i at integrere flere grupper kronikere i rehabiliterings- og træningsprogrammerne:

Fysioterapeut: "For mig er der ikke forskel i virkeligheden på, hvordan man vil træne en kronisk rygpatient og en med type 2 diabetes. De kan gå med stave begge to. Så kan de gå og snakke om deres skavanker og få noget ud af det. Så der er stor dynamik i at få det ind der. Men det kræver, at man må holde op med speciale-tankegangen".

Det er imidlertid værd at lægge mærke til, at specialiseringstankegangen ikke er i overensstemmelse med de synspunkter, som fremkommer her: nemlig at meget af det, som foregår omkring kronisk syge er generelt og ikke specialespecifikt.

Kommunikationssystemer og shared care

Patienter med kroniske lidelser er ofte i kontakt med mange dele af sundhedsvæsenet som led i den daglige håndtering af deres sygdom. Centrale aktører er den praktiserende læge, sygehusambulatoriet og hjemme(syge)plejen. Derfor kom diskussionen naturligt nok til også at dreje sig om, hvorvidt den kommunale hjemmepleje – eller dele af den – kunne integreres i sundhedscentre. Hos flere var holdningen, at der var behov for at få et betydeligt bedre og tættere samarbejde med hjemmeplejen, men at denne ikke skulle have til huse i evt. sundhedscentre. En praktiserende læge havde imidlertid denne pointe omkring muligheden for reelt at få de mange aktører omkring håndteringen af kronisk sygdom til at fungere som et vidensdelende netværk – i stedet for et sæt af fragmenter:

”Vi skal ikke inkludere hjemmeplejen sundhedscentre. De kan slet ikke følge med. De er ikke IT-agtige. Vi kan ikke lave fælles journaler med dem. Ville meget gerne have kommunerne meldt ind i højere grad, men vi kan jo ikke kommunikere med dem. Det er min opfattelse. Hvis vi skal lave noget shared care, bliver vi nødt til at have fælles databaser, vi skriver ind i. Hvis vi ikke gør det, er det svært at finde ud af, om de behandlingsplaner vi laver, bliver fulgt. Jeg synes kommunerne har et meget stort problem, fordi de er så lang tid om at blive IT-agtige.”

Den praktiserende læge var ikke alene om at se en tæt kobling mellem visionen om shared care og de reelle kommunikationssystemer i praksis. En overlæge på diabetesområdet (hvor shared care eller delekontroller de sidste ca. 10 år har været en vision for behandlingen af mange patienter) tilføjer således:

Overlæge: ”Vi har slet ikke shared care. Det har vi ikke reelt. Vi har ikke sat os ned og lavet kontrakter endnu. Vi er ikke enige om, hvem der gør hvad, eller hvor grænsen går. Det næste er, at der er behov for et fælles kommunikationssystem. Inden for diabetesområdet skal vi have en fælles diabetesdatabase, som begge sektorer kan læse og lægge data ind i, ellers så kommer vi ikke videre.”

Deltagerne på kronikerområdet peger således på, at organisationsdannelser kan være hensigtsmæssige for at samle nogle funktioner, men at fælles kommunikationssystemer og databaser på tværs af sektorer og aktører er en forudsætning for, at patientforløbene reelt bliver sammenhængende.

Kompetenceløft i primærsektoren

Generelt afviser deltagerne på denne workshop, at den kommunale hjemmepleje skal forankres i sundhedscentre. Hertil kan føjes, at hjemmeplejen i sagens natur er en

udgående funktion, som bruger det meste af tiden ude hos borgerne, så personalet vil under alle omstændigheder have begrænset tid i sundhedscentrene, i fald man valgte at huse dem her. Men selvom deltagerne mener, de ikke bør integreres i sundhedscentre, lagde de stor vægt på hjemmeplejens helt centrale rolle i forhold patienterne. Mange af deltagerne mente, at der var behov for uddannelse og mere viden blandt hjemmeplejens medarbejdere.

En overlæge (KOL-området): "Et af de steder, hvor jeg tror vi kan hente en rigtig stor gevinst, er ved over en årrække virkelig at løfte kompetencen hos de sygeplejersker, der kører i primærplejen. Og de er utroligt interesserede. En forudsætning for at kunne afhjælpe de behov, som de borgere her har, er jo at kunne forstå den sygdom, de har. Og det kan de ikke. Det er de nødt til at lære. Vi må give en kompetence til de mennesker, som vi beder om at passe på de patienter, når vi har udskrevet dem. Men så er jeg i øvrigt enig i, at der er en stor gruppe af patienter, som først kommer til os om måske 10 år, men som vi måske kunne gøre noget for, så færre af dem kom."

Overlægen før således opmærksom på, at det efterlyste kompetenceløft i primærsektoren handler om to ting: at gøre personalet her i stand til at håndtere de tungeste grupper *efter* udskrivelse og hjælpe de mindre syge med at *undgå* indlæggelse.

En sygeplejerske tilføjer: "Hvis man skal være god til at hjælpe de KOL-patienter, som den praktiserende læge møder, men som man ikke har mødt på sygehusene endnu, så skal man have fat i dem, som er der, hvor de syge faktisk er. Man skal have prøvet at passe dem, før man kan yde det, der er nødvendigt i den forebyggende fase. Jeg synes nogle af de forsøg, der er rundt omkring i vores amt, hvor der er nogle stillinger, der er finansieret halvt af kommunerne og halvt af amtet, er en god idé. Måske skulle det også være et krav, at de havde nogle timer, hvor de var i den relevante afdeling."

En sygeplejerske fra primærsektoren: "Vi snakkede om at undervise sygeplejersker fra hjemmeplejen. Det tror jeg stadigvæk er godt at have som mål, for så får du kompetencen ud i hjemmeplejen også. Jeg mener helt klart, at sundhedscentret skal have en uddannelsesopgave. Vi siger jo 'længst muligt i eget hjem'. Og kronikere bliver jo i eget hjem. Derfor er det vigtigt, der er kvalificeret personale til at passe dem."

Et sundhedscenter for denne gruppe af patienter burde således ifølge deltagerne varetage en meget eksplicit uddannelses-, undervisnings- og muligvis også udvekslingsfunktion i forhold til det kommunale personale i hjemmeplejen.

BILAG 4: WORKSOP OM GENOPTRÆNINGSSOMRÅDET

Denne workshop blev afholdt den 4. maj 2004, med følgende (7) deltagere: En lægechef og en chefterapeut, begge fra Neurologi- og Genoptræningsenhed, Hillerød Sygehus, en overlæge fra genoptræningscentret ved Esbønderup Sygehus, en områdeleder, fysioterapeut fra "Kirsebærbacken" i Hillerød, en ledende ergoterapeut fra Fysio- og Ergoterapien, Hillerød Sygehus, en kommunal chefkoordinator samt en ledende terapeut fra Træningssektionen i Hillerød.

Det bør bemærkes, at der hverken var praktiserende læger eller praktiserende fysioterapeuter til stede under denne workshop. Det første fordi ingen af de indbudte praktiserende læger havde mulighed for at deltage; det andet fordi praktiserende terapeuter i udgangspunktet ikke var tænkt som primære interessenter i forhold til etablering af amtslige sundhedscentre. Det betød på den ene side, at frustration og skepsis overfor netop disse to gruppers indsats på området kunne komme til udtryk hos nogle af workshoppens deltagere, og på den anden side at repræsentanter fra disse to grupper ikke kunne gøre deres synspunkter og perspektiver på de samme problemstillinger gældende.

Overlevering - et evindeligt problem

Det første, der blev peget klart og utvetydigt på, var en særdeles velkendt problemstilling på genoptræningsområdet, nemlig at overlevering mellem sektorerne er et problemområde¹³⁶. En deltager formulerede det således:

"Der er ikke nogen overlevering fra sektor til sektor - det er borgeren selv, der skal være bindeleddet."

Denne rolle magter nogle patienter, men netop de resourcesvage og voldsomt svækkede, som har mest brug for en god overlevering og kommer til at opleve den største krise omkring funktionstab i hverdagen, magter ofte ikke denne rolle.

Flere af deltagerne peger på, at overleveringsproblemerne også bunder i kulturforskelle mellem sektorerne, hvilket er en af rødderne til problemet og dets permanens. En deltager påpeger, at: "*Vi har forskellig opfattelse i kommunalt og i amtsligt regi*" - både af systemets rolle, af hvilken rolle andre aktører i systemet spiller, af patienterne og af begrebet 'færdigbehandlet'. En sygehusansat læge formulerer det således:

"Jeg tror ikke, vi ser patienten som helhed! I øjeblikket overleverer vi patienterne til en kommune, hvor hele deres [kommunens, red.] attitude til patienten er anderledes, og de har nogle helt andre forventninger. Vi går meget mere ind i et sygdoms-

¹³⁶ Se fx analysen af genoptræningsområdet i Skagen i "*Lokale Sundhedstilbud*", (Lund Nielsen & Vinge 2004)

begreb, og måske ser vi ikke alt for meget på, hvordan de fungerer i en køkken-situation."

En anden deltager peger på et andet problem: *"Vi har ikke overblik over, hvilke tilbud der er i andre sektorer"*, hvilket i høj grad forringer muligheden for at skabe sammenhængende forløb i overgangen fra sektor til sektor.

Når overlevering er så vigtig for netop patienter i genoptræning, så handler det ofte om, at tilbagevenden til eget hjem er ensbetydende med en krisefase for patienterne: Det er her, ændringerne i hverdagen for alvor melder sig:

"En borger kommer hjem fra Esbønderup og er vred på Esbønderup. Borgeren hænger sig helt klart ikke i behandlingen på Esbønderup, men at det er utroligt svært at opleve sig selv som en apopleksiramt og ikke kunne klare tingene i sin egen hverdag. Der er en kriseproblematik, som er overleveringen mellem Esbønderup og kommunen, og som fra borgerens perspektiv ikke er godt nok. Det sker, når man kommer hjem og skal på sit eget toilet, op af sin egen trappe, man oplever, at det kan man ikke: 'Det virkede, som om det gik jo meget godt, da jeg var i de trygge rammer og der var nogen til at tage sig af mig. Men når man så kommer i overgangen, og lægen siger, man er færdigbehandlet fra ét regi, og det oplever jeg ikke, at man er (færdigbehandlet, red.). Jeg ser det fra borgerperspektivet, og det har man ikke taget nok hånd om. Det her handler om komplekse patienter, fx komplekse hoftefrakturer uden familie, amputationer og apopleksipatienter. Det handler om kompleksiteten, hvor det sociale kommer til at spille ind på det neurologiske og det medicinske. Det er dem, der er så svære."

En mulig løsning på overleveringsproblemerne er overlapning. En deltager refererer til en model, der bruges i Lemvig, men også er velkendt mange andre steder:

"Det er overlapningen, som går galt: man kan bruge Lemvigmodellen, hvor man kommer fra hospitalet ud i kommunerne, og kommunerne kommer ind til hospitalet, så man faktisk får lavet en rigtig god overlevering. Det oplever jeg ikke sker her. Der mangler en god udslusning. Vi forsøger alle, så godt vi kan og laver lappeløsninger, men det er ikke godt nok set fra borgerens perspektiv."

Der findes i dag værktøjer til at forbedre samarbejdet mellem sektorerne. Ved nogle af de mere komplekse patienter holdes der en decideret udskrivningskonference, hvor den berørte kommune inviteres med. Desuden findes der genoptræningsplaner, men disse fungerer efter deltagernes mening ikke godt nok i praksis. Én ting er nemlig planen, noget andet er, om nogen tager ansvar for den og for at den implementeres i virkeligheden. På spørgsmålet om, hvorvidt den praktiserende læge kunne udfylde denne rolle, svarer en hospitalsansat kort og godt, at vedkommendes oplevelse er, at dette er urealistisk, idet vedkommende har følgende billede af de praktiserende læger:

"De praktiserende læger er jo ikke interesserede i det her område. Vores erfaring omkring kommunikation efter indlæggelse det er, at patienterne får deres recepter fornyet. Men hvad der ellers sker genoptræningsmæssigt, det interesserer dem ikke en tøddel."

Uanset hvor og hos hvem problemerne ligger, må man ende med at konstatere følgende - som en kommunalt ansat formulerer det:

"Udformningen af genoptræningsplanen er ikke god nok til, at vi laver et godt samarbejde om patienterne."

Det er klart, at overleveringsproblemerne berører de patienter, det drejer sig om, meget. Men hertil bør tilføjes, at også de pårørende berøres i høj grad. En sygehusansat læge refererer følgende situation, som taler for sig selv:

"En 18-årig dreng har ligget 9 måneder på Dianalund og bliver sendt hjem om 14 dage, og der er ikke taget det mindste højde for, hvad der skal ske med ham. Der ringede en fortvivlet far til mig og spørger, hvad de skal gøre? Jeg sagde, 'Se at få sendt ham på en institution inden I bliver skilt.'"

Mellem to stole

Den diskussion, som har domineret debatten på genoptræningsområdet i en årrække, er, som indikeret i rapportens indledning, en diskussion om gråzoner mellem amter og kommuner. Gråzoneproblematikken gennemsyrede også denne workshop. Som en deltager formulerede det:

"Der er ikke nogen definition for øjeblikket af, hvornår man er 'færdigbehandlet', af hvornår det er kommunens, og hvornår det er amtets ansvar."

Sandheden er, at der er *mange* definitioner af, hvornår patienterne er færdigbehandlet, hvilket skaber gråzonen.

At overleveringsproblematikken var central for deltagerne i denne workshop, kan bl.a. ses som et symptom på denne overordnede problemstilling omkring gråzoner. Der var enighed om mange af problemstillingerernes relevans, og at det var til skade for de borgere, det berørte. Men samtidig var debatten også til tider klart præget af en fornemmelse af, at 'den anden side' ikke løftede sin del af opgaven. Således peges der fra kommunal side på problemer, der opfattes som for tidligt opgivne patienter og ikke genoptrænede patienter. Samtidig peger amtslige aktører bl.a. på manglende kommunal vedligeholdelsestræning for mange grupper, både blandt ældre og lunge- og hjertepatienter, samt at der ikke er nok træning på plejehjemmene - hvis overhovedet nogen.

Mindre grupper – store problemer

Deltagerne diskuterede en del forskellige patientgrupper, som de fandt problematiske. Mange af disse grupper er karakteriseret ved at være små og måske netop derfor kommer de til at udgøre store, men efter deltagernes mening også relativt oversete problemer. De er for få til at komme forrest i køen over fokuseret opmærksomhed og indsats, men mange af dem har massive problemer. Nogle af de patientgrupper der nævnes i det følgende er dog ikke karakteriseret ved at være små, men snarere ved at deltagerne mener, at de eksisterende tilbud til disse grupper ikke er gode nok i dag. Følgende sam-

ling af citater – i tilfældig rækkefølge – giver et indblik i hvilke grupper, der blev peget på i diskussionerne:

"På sygehuset har vi mange patienter, der ikke fylder så meget. Genoptræning ved brud eller *skade på bevægeapparatet*, de får ingen genoptræning. Vi har ikke ressourcer, og de kommer så hurtigt ind og ud. Det gælder fx *skulderfrakturer*. Og i de fleste ortopædkirurgiske ambulatorier bliver der ikke rådgivet i genoptræning. *Osteoporosepatienter* kan også med fordel genoptrænes."

"En anden gruppe er *parkinsonpatienter*. De er ilde stedt i dette amt. De får nogle piller, men de har et genoptræningsbehov. Og *hoftefrakturpatienter* er et stort problem. Kun ganske få vender tilbage til deres udgangspunkt. Mange bliver kørt hjem, og så sidder de i lejligheden og tør ikke gå ud. Vi har brug for at få relateret deres genoptræning til deres hverdag derhjemme. De bliver tabt."

"I dag er der ikke noget tilbud hverken til *apopleksipatienter*, til hoftefraktur eller til alle *de alment svækkede*. De ressourcer der er i sygehusregi, de bliver brugt til helt specifikke grupper."

"Et lille gråzoneområde er *kvinder med inkontinens, bækkenbundsskader og efterfødselsskader*. De hører egentlig til ude i primærsektoren, men der er ikke mange fysioterapeuter, der kan det. Ekspertisen er på sygehusene, men de praktiserende læger kan ikke henvise til det."

"*Cancerpatienter* og andre med *maligne sygdomme* har også behov for bedre træning. Der bliver peget på, at der har været en voldsom udvikling i behandlingen på disse områder. Fx lever cancer- og aidspatienter længere i dag, og derfor er behovet for træning øget for disse grupper."

"Mange *neurologiske patienter* får ikke den træning de skal have, når de kommer hjem."

Derudover diskuterede deltagerne også *smerte- og rygmærvspatienter*, samt problemstillinger specifikt om *børn og unges* behov for træning.

Blandt de øvrige patientgrupper, som blev diskuteret mere indgående, var *spastiske børn (cerebral parese)*. Problemet opstår i høj grad, når de bliver voksne, mener en overlæge:

"I det øjeblik de går fra børn til voksne, er der ingen, der tager sig af dem. De er anonyme. Nogle er så dårlige, at de ligger på plejehjem, men ellers er de hjemme."

Mens en sygehusansat terapeut peger på, at:

"De er et problem allerede når de bliver født. De var måske noget bedre hjulpet, hvis nogen tog sig af dem, allerede når de blev født."

En anden gruppe, som kom til diskussion, er de *hjerneskadede* (bl.a. *hjernebetændelse* og *traumatisk hjerneskade*). Deltagerne var enige om, at disse patienter har store problemer i systemet, men de var ikke enige om, hvad problemerne egentlig er – og dermed løsningen. En deltager tager et patientforløb op til illustration af problemet:

"Vi har en borger i Hillerød Kommune, som man har sagt [i hospitalsregi, red.] er uden for terapeutisk rækkevidde. Er det rigtigt? En 39-årig kvinde. Har man haft lang nok tid, har man sat ind, før man opgiver?"

En sygehusansat læge peger på, at der er det, han betegner som et grænseland mellem det somatiske og det psykiske, som gør netop denne patientgruppe meget svær at håndtere, givet den måde systemets kategorier og opdelinger fungerer på:

"Nogle af de hjerneskadede viser sig ved psykiske symptomer og bizar adfærd. De er meget dårligt hjulpet på sygehuset. Selvom der går måneder på sygehuset, er det stadig for kort tid. Man har en lang periode, hvor de er så dårlige, at de ikke kan medvirke til en egentlig rehabilitering, hvor det mere handler om pleje og beskyttelse, før man kan se, om de er tilgængelige for egentlig rehabilitering. De passer ikke ind i den rehabilitering, vi tilbyder og råder over. Det handler om, at de er på en akut sengeafdeling, hvor patienter i gennemsnit ligger en uge, hvor klokker ringer, og der er skiftende personaler i døgnnet, der kommer forbi denne patient, der ikke kan huske fra næse til mund. I nuværende fase kan denne patient ikke genoptrænes. Prognosen for, at det bliver godt, både om et halvt eller et helt år, den er beskeden. De pårørende og kommunens folk, der skal overtage denne unge og tidligere raske person, oplever, at patienten er "opgivet" efter tre måneder på sygehuset. Hvad gør vi så ved dem? De skal huses, have tryghed og pædagogiske rammer."

Spørgsmålet er, hvordan, hvor og i hvilket regi bedre rammer kan skabes. I primærsektoren opleves patienterne ved overlevering som opgivet, men på sygehuset mener man heller ikke, at man har de rette rammer til at rehabilitere disse patienter. Løsningsmulighederne ligger ikke lige for hos deltagerne, men som en kommunal terapeut opsummerer diskussionen, så er hun ganske enig med sygehuslægen:

"Rammerne for rehabilitering, i forhold til lige netop de her patienter, er ikke gode nok!"

Indlæggelse af sociale årsager

Indlæggelse på et hospital kræver en diagnose, eller rettere mistanke om en diagnose, som er indlæggelseskrævende, altså *behandlingskrævende*. Imidlertid er det et ganske velkendt fænomen, at patienter i nogle tilfælde også indlægges på grund af et bredt spektrum af andre – ofte mere sociale – årsager. Disse patienter benævnes ofte "causa soc" – indlagt af sociale årsager. Causa soc er ikke en indlæggelseskrævende diagnose – men patienter indlægges alligevel causa soc.

Causa soc patienterne var ikke en del af oplægget til genoptræningsworkshoppen, men de blev diskuteret, fordi deltagerne fandt det relevant og bragte emnet op. Problemstillingen er tværgående og omhandler i lige så høj grad ældreområdet, hvor problemerne også kort blev nævnt. En kommunalt ansat terapeut forklarer:

"Hvad med det, som vi ikke må sige: Causa soc.? De svage ældre, som kommer på hospitalet af mærkelige årsager. Der er en aftale mellem amt og kommune om, at der ikke må være nogen ventedage på hospitalet. Hvor skal de hen, når de ikke kan være i egen bolig? Så ender det med at vi modtager dem på Kirsebærbacken [som

har genoptræningspladser, red.]. Der mangler handleplansmøder, når man oplever det her. De har ikke genoptræningsbehov.”

En hospitalslæge supplerer:

”Jeg kalder dem ’medicinsk minor disease’. Vi arbejdede faktisk med dem i Hillerød, hvor vi forsøgte at få en ordentlig kommunikation og udredning. Men det blev sparet væk.”

Hospitalsterapeuten mener, at en del af problemet også er træningsrelateret, men at det er den forebyggende vedligeholdelsestræning i kommunalt regi, som halter nogle steder:

”Men det er jo et problem, at de ikke fik noget vedligeholdende træning derhjemme, inden det gik så galt.”

Problemstillingen er i høj grad et placeringsproblem, der opstår, fordi en gruppe af borgere med behov for hjælp ikke passer ind i systemets kategorier. Problemerne kompliceres yderligere af, at forskellige sektorer og aktører har divergerende opfattelser af deres rolle og dermed ansvar. En af konsekvenserne af det implicitte klassifikations-system, som er indbygget i velfærdsstatens institutioner – skellet mellem social- og sundhedsvæsen og skellet mellem forebyggelse, behandling og genoptræning – gør, at de, der ikke passer ind i kategorierne, meget nemt falder mellem to stole. Men faktum er, at disse patienter eksisterer, og problemet bliver til et placeringsproblem, hvor taberen er patienten. Et eksempel, som en deltager drog frem i diskussionen, er denne patient, som ikke nødvendigvis er indlagt under causa soc, men som ender med at blive et placeringsproblem for det nuværende system:

”En kvinde bliver indlagt mange gange på kirurgisk afdeling med mavesmerter. Der er ingenting, siger kirurgerne, men hun bliver indlagt igen og igen. Jeg får at vide af den kirurgiske afdeling, at hun er klar til at blive udskrevet, de kan ikke gøre mere for hende. Jeg går op og snakker med hende. Hun vil ikke ned på Kirsebærbakken, men hun kan ikke være derhjemme. Hun oplever hospitalet som ubehageligt, fordi de siger ’Farvel og tak, vi kan ikke gøre mere for dig’. Vi er ikke gode nok, for hun har ikke lyst til at være på Kirsebærbakken, men hun kan heller ikke være derhjemme, fordi hjemmeplejen ikke kan varetage hendes pleje derhjemme. Hun synes, det hele er ganske forfærdeligt. Hun vil bare gerne være derhjemme.”

Dette eksempel afstedkom en diskussion, hvor ingen af deltagerne var uenige, i at problemstillingen var relevant. Der blev bl.a. rejst tvivl om, hvorvidt udredningen af komplekse patienter er god nok. De praktiserende læger indlægger patienter for en bestemt mistanke, men når denne mistanke evt. afkræftes på en specialafdeling, hvad sker der så videre med disse patienter? Nogle oplever, at de udskrives, selvom det står klart, at de kun er delvist udredte: Én mistanke er afkræftet, men det har patienten ikke fået det bedre af. Som en hospitalsansat deltager udtrykte det:

”Vi udreder ikke patienterne godt nok ved udskrivningen.”

Som nævnt er *causa socialis* og placeringsproblemer ikke nødvendigvis specifikke genoptræningsproblemer. Det er netop problemer, som er karakteriseret ved *ikke* at følge systemets logik og afgrænsninger. Imidlertid føler nogle af praktikerne inden for genoptræningsområdet, at problemet så at sige lander hos dem, fordi det behandlende system giver op.

Kronikernes behov for genoptræning og rehabilitering

I forhold til centerdannelse ud fra et rehabiliterings- og genoptræningsperspektiv, pegede workshoppens deltagere også på at kronikergruppen er central. Blandt de relevante patientgrupper pegede deltagerne på diabetespatienter samt lunge- og hjertepatienter. Indenfor disse grupper er det specielt forebyggelse (især sekundær og tertiær profylakse) og rehabilitering (lungehold kan med fordel flyttes fra sygehusene ud i centre, mener flere deltagere). Der peges fra flere deltageres side på, at overvægt også er et problem, som skal håndteres inden for kroniker/genoptræningsområdet.

Forholdet mellem hjemmehjælp og genoptræning

Også på denne workshop kom hjemmehjælp til diskussion¹³⁷. Deltagerne diskuterede forholdet mellem hjemmehjælp og genoptræning – altså forholdet mellem at hjælpe og at yde aktiv hjælp til selvhjælp. Udgangspunktet var bl.a. et projekt i en kommune, hvor man i stedet for at visitere til rengøring alene overvejer, om man skal starte med at bevilge tre besøg af en ergoterapeut til at undervise i arbejdsstillinger og -metoder.

Deltagerne var enige om, at der er behov for uddannet personale til at bedrive træning, men samtidig pegede de på behovet for at gøre træningen til en mere integreret del af hverdagen. Som en deltager formulerede det:

"En effektiv genoptræningsindsats skulle gerne mindske behovet for pleje. Men samtidig skal man dele den genoptræning ud, så både de pårørende, patienter og plejepersonalet skal have ansvar og hjælpe til med træningen."

Fra flere sider blev der dog peget på, at der er stort behov for at forbedre kompetencerne i hjemmehjælp, hvis den skal være i stand til at medvirke aktivt til at sikre hjælp til selvhjælp, så de ældre får brug for mindre praktisk hjælp. Opgaven kan formuleres således:

"Der er brug for en kulturændring i hjemmehjælp. Vi skal være mere aktive og mindre plejende."

¹³⁷ Det er markant og interessant at en analyse af genoptræningsområdet med udgangspunkt i Skagen Træningscenter i høj grad rummer de samme perspektiver og synspunkter blandt praktikerne netop omkring hjemmehjælp, som den tværfaglige workshop i Frederiksborg Amt. Se evt. case nr. 1 i (Lund Nielsen & Vinge 2004).

På tværs af sektorerne havde deltagerne generelt den opfattelse, at opgaven er omfattende:

Deltager 1: "Jeg har for mange år siden undervist hjemmehjælpere, det var et stort chok, hold da op, de anede simpelthen ingenting."

Deltager 2: "Problemet for kommunerne er, hvor de rekrutterer de hjemmehjælpere fra. Hvilket socialt lag. Hvor meget uddannelse de kan tilbyde dem, og omvendt hvor meget den gruppe kan modtage. De ligger med meget højt sygefravær og de er for dårligt uddannede."

Deltager 3: "De er husmor afløsere, ikke sundhedspersonale. Der er faldende uddannelsesniveau de sidste år."

Deltager 1: "Deres sygdomsforståelse er meget beskeden. Men det er vigtigt med sygdomsforståelse, for nogle af de neurologiske patienter ændrer karakter, og det er vigtigt at vide, at det er på grund af sygdommen."

Deltager 4: "Man skal også give den gruppe medarbejdere det løft, der hedder respekt for deres arbejde. Bl.a. ved at inddrage dem i handleplansmøder, så man får en fælles holdning til tingene med dem, der er helt ude ved borgerne. Frederiksborg Amt har kørt et projekt, der hedder rekruttering i eget hjem. Handleplansmøder, hvor man har opkvalificeret frontpersonalet. Et treårigt projekt. Der er sat ekstra ressourcer af til at uddanne. Alt det skal jo med for at løfte folk. Men det er en svag gruppe."

Som deltager 4 påpeger, så er der behov for at inddrage frontpersonalet i det sundhedsfaglige arbejde, hvis niveauet skal løftes. Spørgsmålet er, hvordan det kan gøres. Diskussionen af problemer i relation til hjemmehjælpen blev relateret til de konkrete forslag til træningscentre, bl.a. ved at der blev lagt vægt på at lave en struktur, der specifikt påtog sig at gøre kommunernes personale bedre fagligt rustet til opgaven. Her påpegede en kommunal aktør, at dette kræver et større fagligt felt, end det kommunerne i dag kan mønstre:

"Det kan kun lade sig gøre ved at have et fagligt sparringsfelt. Og det har man ikke, hvis man er en eller to [terapeuter, red.].

Flere andre deltagere var enige og mente, at der burde laves deciderede sundhedscentre, som kunne løfte de opgaver på træningsområdet, som i dag ikke løses (godt nok), og at hjemmeplejen bl.a. derfor burde have til huse i et sådant center. Som svar på ovenstående citat påpegede to andre deltagere:

"Lige præcis. Derfor skal man have det center. Vi skulle måske bo sammen."

"Centret skal have et samarbejde med hjemmeplejen – og man kunne sagtens forestille sig, at de skulle have hjemsted i centret."

Andre deltagere mente dog, at det hverken var nødvendigt eller realistisk at hjemmeplejen fik til huse i centre – bl.a. fordi det ville forøge transporttiden, og desuden ville hjemmeplejen ikke automatisk blive en del af centret, fordi den i så høj grad er udkø-

rende. Men der var bred enighed om, at uddannelse og sparring i relation til hjemmeplejen skulle forankres i centrene.

Skepsis overfor den vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende terapeuter

Som tidligere nævnt deltog ingen praktiserende fysioterapeuter på denne workshop. Derfor kommer den kritik, som blev rejst af den vederlagsfri fysioterapi, i høj grad til at stå ganske uimodsagt hen. Imidlertid var denne tendens så klar, at den ikke må overses. Deltagerne havde generelt en klar skepsis over for den vederlagsfri terapi. Følgende indikerer, hvori skepsisen består:

Overlæge 1: "For dem, der er derhjemme, er vederlagsfri fysioterapi et tag-selv-bord. Vederlagsfri fysioterapi to gange om ugen fra de er 25 til de dør som 85-årige. Er det nu rimeligt, og er der fagligt grundlag for det? Har man fx osteoporose, har man ret til fysioterapi. Men det er ikke sikkert, at der er brug for den træning hele tiden i samme omfang og karakter. Der mangler måske en faglig styring af den ambulante træning for dem, der har fribillet. Det gælder også svære neurologiske hjerne-skader og gigtsygdomme."

Overlæge 2: "Der er også et fagligt aspekt: De praktiserende fysioterapeuter på sy-ge sikring egner sig ikke til den form for behandling."

Overlæge 3: "Jeg er enig med [overlæge 2]: Ikke nok med at det kan være dyrt, og man måske ikke får nok ud af det, men det er det helt forkerte, man får ud af det."

Andre deltagere fra sygehussektoren pegede på at man herfra havde foreslået, at den vederlagsfri terapi blev lagt ind under sygehusene, men at det var strandet på *"en politisk holdning om, at man gerne vil understøtte de liberale erhverv."*

Deltagerne foreslog, at den gruppe patienter, som i dag har vederlagsfri fysioterapi - bl.a. rygtræning hos private - lægges over i centre.

Patientforløb på færre hænder

Deltagerne lagde stor vægt på behovet for samling og sammenhæng, hvilket hele diskussionen af overlevering da også vidner om. Men lige meget hvor god denne overlevering bliver, mener flere af deltagerne stadig, at den helt store barriere for at lave sammenhængende patientforløb ikke kun er den organisatoriske, men også den økonomiske adskillelse af de to sektorer. Som en deltager formulerede det:

"Kassetænkningen mellem amt og kommune er stadig den helt store forhindring for, at vi får ordentlige patientforløb."

En grad af fælles økonomisk ansvar blev således af nogle deltagere set som en nødvendig forudsætning for at skabe reelt sammenhængende forløb.

En konsekvens af de mange problemer, som deltagerne mente, at den økonomiske adskillelse af genoptræningsområdet i de to sektorer afstedkommer, er, at sundhedscentre blev set som et middel til at skabe en struktur, der så at sige samlede kasserne – altså en form for samfinansiering.

"Sundhedscentre ville være bedre, men de skal være fællesfinansierede for at undgå, at vi skubber tingene over til hinanden."

"Man skal lave en organisation, hvor alle føler de arbejder på det samme område, i den samme organisation. For at droppe kassetænkningen. Hjemmeplejen er her også på en eller anden måde."

"Det skal slås sammen til én stor kasse. For det er megen tid, vi bruger [på kassetænkning, red.], og det giver en dårligere løsning."

"Vi skal have en organisation, så vi slipper for al den kassetænkning, for det er den, der blokerer os gang på gang!"

Som citaterne indikerer, var denne opfattelse generel. Men der blev peget på andre fordele ved at samle patientforløbene på færre hænder:

"Den nuværende deling i sektorer deler ikke kun pengene op – også erfaring og viden."

"Patientforløbene bliver forbedret af et sundhedscenter, hvis vi laver de store centre, hvor vi har fælles ansvar for det hele."

"Det handler om hele kommunikationen og koordinationsproblemerne. Det er sammenhængende patientforløb, der tilgodeses."

"Opsporing er vigtig. Et eksempel: En dame er meget fed og kommer til genoptræning. Så kan jeg sige: Nu går vi over til diætisten og kan tage sygeplejersken eller terapeutten med, og så får vi sat noget i værk her. Vi får en bedre opsporing via flerfaglighed."

Det, som her beskrives som opsporing, er i høj grad sammenfaldende med sekundær forebyggelse. Flere af deltagerne mente, at den type relation mellem flere typer af faglighed ville have bedre vilkår i et center, end den har i dag.

Et vigtigt omdrejningspunkt for deltagerne i arbejdet med at konstruere modeller for genoptræningscentre var således at *samle* patientforløb:

Kommunal aktør: "Jeg synes ikke kun et sundhedscenter skal klare de opgaver, der i dag skal klares på sygehuset. Jeg mener netop noget af problemet i dag er, at borgeren får fysioterapi fra tre forskellige instanser: amtet, kommunen og de privatpraktiserende. De fleste ambulante funktioner kunne ligge ude i centrene."

Overlæge (Esbønderup): "Centrene kunne godt erstatte en del af Esbønderup-funktionen. Men man skal sikre sig, at centerfunktionen er så stor, at man kan opretholde den faglige kvalitet."

Hospitalsansat: "Centrene kunne erstatte en del af ambulantfunktionen."

Flere af deltagerne kunne således se perspektiver i, at de i givet fald skulle afgive patientgrupper og opgaver til sundhedscentre – under forudsætning af, at fagligheden og kvaliteten ikke falder i niveau.

Samlingssted for udgående funktioner

Samlingen af funktioner behøver imidlertid ikke at betyde, at alle nu skal ansættes i en ny type 'superorganisation'. Men det betyder, at et genoptræningscenter på forskellig vis kunne være rammen omkring mødet mellem aktører fra forskellige sektorer. Diskussionen af hjemmeplejens forandring er et eksempel på, at tilknytning kan ske på mange måder – fx gennem uddannelse og mulighed for at kunne trække på en faglig sparring og viden.

Inden for genoptræningsområdet har deltagerne en klar bevidsthed om, at succeskriteriet er at få borgerne til at fungere i eget hjem igen – ikke i en træningssituation blandt professionelle, om end flere af de hospitalsansatte selv påpeger, at dette ikke altid gennemsyrrer hospitalets måde at agere på. Men netop på grund af denne bevidsthed blev der i høj grad peget på muligheden af, at sundhedscentre kunne være den organisatoriske og faglige ramme omkring en højere grad af udgående funktioner.

Hospitalsansat: "Hoftefrakturernes genoptræningsbehov retter sig mod hjemlige færdigheder. Der skal være en udgående funktion fra et sundhedscenter, hvor fysioterapeuten og ergoterapeuten tager ud i hjemmet og træner i meningsfulde omgivelser."

Kommunalt ansat: "Sundhedscentre skal håndtere patienter, der bor hjemme."

Kommunalt ansat: "Det skal være et træningscenter med udgående funktioner, der kan klare udslusning."

Der peges her på flere typer af fordele ved de udgående funktioner: For det første at patienten trænes i de omgivelser, som vedkommende skal lære at fungere i, og for det andet at centrene herved kan være med til at løse overleveringsproblemet og overgangen fra institution til hjemmet.

Stort fagligt miljø versus nærhed

Deltagerne i denne workshop så mange muligheder i sundhedscentre inden for genoptræningsområdet, men diskussionen af konkrete modeller for sundhedscentre var præget af ét overordnet dilemma. To citater fra en overlæge og en kommunalt ansat illustrerer dette:

Overlæge: "Vi skal have en ordentlig faglighed ind i det. Jo større volumen i sådan en enhed, jo bedre kvalitet. Der bliver bedre uddannelsesmuligheder og bedre muligheder for at få folk genoptrænet og rehabiliteret."

Kommunal aktør: "Mange af de tiltag, vi laver i kommunen, som rigtig rykker, det kan være omkring misbrugsproblemer, fedmeproblemer eller andet, det foregår helt lokalt."

Der er fordele og ulemper ved både centralisering og decentralisering, og et valg vil selvfølgelig altid bero på en konkret afvejning af disse i praksis.

Men deltagerne var i højere grad enige om, hvilke grupper der ville være relevante for centre. Halvdelen af deltagerne – både amtslige og kommunale – præsenterede deres oplæg til sundhedscentre på basis af et gruppearbejde og formulerede perspektivet således:

"Vi ser et perspektiv for den gruppe af patienter, som har sluppet sygehusvæsenet, men hvor man har brug for længerevarende forløb, og hvor man har brug for koordination og sammenhæng. Men også for nogen af dem, som slet ikke har været inde på sygehus, og hvor det har et mere forebyggende sigte. Fra sygehuset ville det specielt være apopleksier, hjerneskade og hoftefraktur. Men der skal også foregå forebyggende træning og sekundær profylakse i forbindelse med overvægt, diabetes, lunge- og hjertelidelser. Det centrale er, at man er ansat samme sted: Der er slet ikke to lejre, alle er ansat i centret. Grænsen mellem kommune og amt er udslettet. Der skal være én, der løser borgerens problem, lige meget om de er ude i hjemmet eller inde på sygehuset."

Blandt de grupper, som *ikke* burde tilknyttes et center, blev nævnt de patienter, der har brug for en meget specialiseret indsats, fx håndkirurgi, og de patientgrupper, hvor der er brug for tæt tværfagligt samarbejde mellem læge og terapeut.

Dette førte naturligt nok til en diskussion af lægelige specialisters rolle i sådanne centre, hvilket også afhænger af spørgsmålet om centrenes størrelse. En deltager beskrev holdningen hos halvdelen af deltagerne efter et gruppearbejde således:

"Vi var inde på at drøfte, om der nu skulle kunne komme speciallæger – fx neurolog, reumatolog, kardiolog - efter behov. Men vi mener ikke det er hensigtsmæssigt, fordi det er at skruer et serviceniveau op, som er helt urealistisk. Der er et umætteligt behov for at møde specialister. Det skal et sundhedscenter ikke dække, det handler i stedet om genoptræning og service i forhold til, at man kan få rådgivning og måske blodprøvetagning."

Det betyder, at deltagerne generelt set var enige om, at den personalemæssige tyngde i centrene skulle være terapeuter (både ergo- og fysioterapeuter), men at der også ville være behov for andre grupper – bl.a. til kronikerrehabiliteringsopgaver – så som sygeplejersker og diætister.

De sygehusansatte havde af flere årsager en klar tendens til at foreslå færre centre. For det første fordi de lagde mere vægt på, at kvalitet kræver volumen, og sekundært fordi de oplever et stort behov for større ensartethed og færre lokale ordninger. Denne tendens gik igen i diskussionerne på andre workshops: Set ud fra et sygehusperspektiv udgør forskellene i kommunernes tilbud et langt større problem, end det gør for kommunerne. Sygehusets ansatte oplever forskellene som irriterende, fordi der bliver mange flere

lokale forhold at skulle forholde sig til for at skabe gode patientforløb og udskrivninger. Desuden opleves den forskelsbehandling af borgere, der sker, meget mere direkte – og for en sundhedsfagligt uddannet person, der er fagligt skolet til, at der skal være lige behandling for alle, virker den i mange tilfælde også provokerende i forhold til værdigrundlaget i sundhedsvæsenet. Således pegede en sygehusansat på en model med ét center, som havde ”knowhow”, og som så havde et antal satellitter. En begrundelse var, at tilbuddet skal være ens, uanset hvor patienterne bor:

”Borgerne burde have det samme tilbud i Frederiksborg Amt, når de bliver udskrevet, men det har de altså ikke. Derfor ville centre være bedre.”

Deltagerne var imidlertid også klar over, at dette hensyn kolliderede med princippet om det kommunale selvstyre. Som én formulerede det:

”Det er jo det kommunale selvstyre, vi er i gang med at rode rundt i!”

Set fra et kommunalt synspunkt, er en opbygning af træningscentre en *centralisering*. Som en kommunal aktør tidligere gjorde opmærksom på, var det ikke muligt at lave et ordentligt fagligt miljø med 2 terapeuter – her ville centre i enheder med omkring 35.000 borgere i optageområdet (ca. 10 i alt) udgøre en samling rent fagligt. Men set ud fra aktørerne i sygehusvæsenet gør det stik modsatte sig gældende: De ser i højere grad centre som en *decentralisering* og dermed som en forringelse af det faglige miljø. Dermed ikke være sagt, at sygehusaktørerne ikke kan se fordele i centerdannelser – det kan de i høj grad – idet god genoptræning og rehabilitering handler nemlig om meget andet, end om man er organiseret i store enheder. Perspektivforskellen mellem de to sektorer er dog markant.

BILAG 5: ÅBEN WORKSHOP

Denne workshop blev afholdt den 6. maj 2004, med følgende (6) deltagere: en konsultationssygeplejerske, en kommunal sundhedschef, en afdelingssygeplejerske fra akut observationsafsnit på Hillerød Sygehus, en bioanalytiker med udkørende funktion, en praktiserende læge fra Vejby og lederen af akutteamet i Helsingør. Formen på denne workshop var noget anderledes end de tre andre, da der her ikke var lagt en temaramme for workshoppen og deltagerkredsen som følge heraf ikke var udvalgt inden for et enkelt område. På workshoppen blev der debatteret mange typer problemstillinger og løsninger. Følgende er et uddrag af de mest centrale temaer.

Undgå indlæggelser

For deltagerne på den åbne workshop var det et væsentligt problem, at mange indlæggelser på sygehuse kunne og brude undgås. De fremhævede særligt tre områder, hvor antallet af indlæggelser kunne nedbringes: diagnostik, kroniker- og ældreområdet. Dette er i høj grad parallelt med ældreworkshoppens, og kronikerworkshoppens konklusioner.

Lettere adgang til diagnostik

Det var bred enighed blandt workshopdeltagerne om, at der kunne spares mange senge-dage ved, at flere undersøgelser kunne foregå uden for sygehuset. Eksempelvis oplevede praktiserende læger, at de foretog mange 'unødige' indlæggelser. En praktiserende læge påpegede:

"Patienterne er ikke indlæggelseskrævende, men vi må indlægge dem for at få en hurtig diagnose. Det er der, det halter. Det er, fordi det er et stort tungt system."

Dette problem kunne afhjælpes ved, at de praktiserende læger havde lettere adgang til diagnostik, særligt billeddiagnostik. Dermed kunne det undgås at implicere det store tunge system, som sygehuset ifølge deltagerne er.

"Flere patienter siger [om sygehuset, red.]: "Her sker ingenting". De kunne lige så godt være på et center. Så de, der venter på undersøgelser og har en seng stående, de kunne komme på et center."

Deltagerne pegede således på, at en lettere adgang til diagnostik og undersøgelser generelt ville lette forløbet for mange patienter og samtidig spare sygehuse for flere senge-dage.

Sundhedscentre - særligt god idé for kronikere

Kronikerområdet var fremtrædende i diskussionen om sundhedscentre på den åbne workshop. Det var blandt kronikerne, at deltagerne så det største potentiale ved sundhedscentre i amtsligt regi, om end denne workshops deltagere mente, at der i langt højere grad var behov for centre med sengepladser i kommunalt regi. Et af de problemer, der blev bragt frem i diskussionen omkring kronikere, var, at de fylder meget i almen praksis:

"Kronikerne er dem, vi ser meget i praksis, og som også er socialt tunge. De bruger almen praksis til omsorgsbesøg. [...] Det er jo imponerende, hvad den praktiserende læge skal tage sig af af praktiske ting, som patienten ikke kan finde ud af. Betale sine regninger mv. [...] Der mangler en, der kan gå derude og hjælpe dem, der hvor de er."

Som løsning på dette problem pegede flere af workshopdeltagerne på den amerikanske model, hvor man har 'social workers' ansat, som tager sig af alt det praktiske arbejde omkring patienten. Sådanne kunne med fordel indgå som en del af et sundhedscenter. Dette ligger tæt op af det behov for en tovholderfunktion, som blev peget på i andre workshops, dog her med et mere direkte ikke-sundhedsfagligt sigte.

Hovedproblematikken omkring kronikere var dog at undgå, at de 'vælter', dvs. undgår indlæggelse. Her fremhævede workshopdeltagerne sundhedscentre som en løsning. En deltager fra primærsektoren formulerede det således:

"Jeg er for sundhedscentre, det er en knaldgod idé. Der skal være praktiserende læger, specialister tilknyttet: fysioterapeuter, diabeteskyndige, kostvejledere. Det vil løse det problem, at nogle mennesker løber ind i perioder, hvor de ryger ind og ud af sygehuset. De vælter og har svært ved at komme op igen. [...] Det er ikke kun behandling, der skal være der, men også et tilbud om profylakse, og det skal være koordineret: 'Det her, det gør vi sammen!'. Mange kronikere bliver ikke set i dag. De sidder alene, indtil de bliver indlagt. Der kommer en masse psykiske overbygninger. De har svært ved at komme op at stå igen."

Det var således vigtigt for workshopdeltagerne, at et sundhedscenter kan tilbyde noget andet end de praktiserende læger og ambulatorierne gør. Det blev understreget, at funktionerne isoleret betragtet mange gange fungerer godt nok disse steder, men sundhedscentre kunne, som en deltager formulerede det, medvirke til at hjælpe kronikere til *"at lære at leve med en kronisk sygdom med professionel assistance."*

Tanken om patientskoler var gennemgående i deltagerne diskussioner om kronikere. Der blev lagt vægt på, at kronikerne skulle knyttes til ét sted, hvor de kunne lære noget om deres egen situation og have mulighed for at være sammen med andre i samme situation. Deltagerne påpegede, at det skulle være et bredt tilbud med både træningscenter, selvhjælpsgrupper og deslige.

Workshopdeltagerne så besparelser for både kommuner og amter ved at oprette patient-skoler eller sundhedscentre. For amterne kunne det medføre besparelser i sengedage på sygehusene og for kommunerne på pensioner.

Generelt må de perspektiver som den åbne workshops deltagere havde på kronikerområdet i høj grad siges at være sammenfaldende med kronikerworkshoppen trods de to workshops forskellige sammensætning. Ingen af deltagerne i den åbne workshop var specialiserede inden for kronikerområdet. Deltagerne var bredt sammensat af generalister fra forskellige områder og sektorer.

En samlet indsats for ældre

Workshopdeltagerne påpegede, at det på ældreområdet såvel som på kronikerområdet handlede om at undgå indlæggelser. Mange ældre patienter har i perioder brug for ekstra pleje, men er af den grund ikke nødvendigvis egentligt indlæggelseskrævende, mente flere deltagere. En deltager formulerede sundhedscenterkonceptet således:

"Vi mangler en slags plejehjem, hvor man kommer hen, før man bliver indlagt."

Samtidig lagde deltagerne vægt på genoptræning af ældre og mente, at man med fordel kunne samle meget af ældreområdet ét sted:

"Skal vi samle ældreområdet, så skal der være dagcenter og café: et visiteret dagcenter med aktivering og socialt samvær, aflastning af ægtefæller, hjælpemidler, døgngenoptræning. Det sidste fordi vi skal bruge de faciliteter og den ekspertise, der er i forvejen."

Et sundhedscenter kunne således medvirke til at forebygge indlæggelser gennem en tidlig indsats og afkorte indlæggelser ved at varetage den mere forebyggende vedligeholdelsestræning. Samtidig ville man skabe et center, som både indeholdt sundhedsmæssige og sociale opgaver. Ikke alle var dog enige i, at døgngenoptræning nødvendigvis skulle være en del af et sådan samlet center.

Fordelen ved at koble et dagcenter til sundhedscentret ville være, at man også fik fat i en del af de svagere ældre, der ikke selv kommer ud, men som bliver kørt til dagcentrene:

"Så kunne de lige futte hen til lægen, de kunne gå til fodterapeut. Hvis nu der var en café der, hvor de også fik mad. Det er et stort hus, vi har bygget!"

Et sådan center, hvor alle kræfter inden for ældreområdet blev samlet, ville give bedre faglig sparring faggrupperne imellem, spare sengepladser for de ældre, der blot afventer genoptræning inden udskrivning fra sygehusene, samt kunne forebygge indlæggelser gennem tidligere opsporing.

Denne form for centerkonstruktion ligger tæt op ad den ene af de modeller, som workshoppen på ældreområdet også kom frem til, og som er karakteriseret ved at ligne den

typologi, som analysen af sundhedscentre i Danmark beskrev som det udvidede plejehjem. Dette er karakteriseret ved at have døgnpladser og være forankret i kommunalt regi.

Egenomsorgen: Sundhedscentre kan øge patientens aktivitet

Flere af workshopdeltagerne påpegede, at sundhedscentre kunne medvirke til at gøre patienterne mere aktive, hvilket der var behov for. Men samtidig var det vigtigt "at gøre egenomsorgen til andet end pas dig selv". Som en deltager formulerede det:

"Det er jo at sygeliggøre folk, at man ikke selv skal bevæge sig hen for fx at få skiftet sår, få antabus mv.. Det er vigtigt at gøre mennesket aktivt i stedet for passivt."

I et sundhedscenter ville patienterne kunne komme og få den behandling, de havde brug for. Samtidig pegede deltagerne dog på, at der også skulle være tilknyttet en udgående funktion – både med omsorgsbesøg og et akutteam – for at nå de allersvageste ældre. Der blev gjort opmærksom på, at erfaringerne med akutteamet viser, at det mindsker overbelægning på sygehusene og giver tryk for patienterne.

Større enheder, kommunikation og tværfaglighed

Deltagerne på den åbne workshop debatterede også de praktiserende lægers rolle. Flere deltagere så klare fordele i at samle de praktiserende læger i større enheder. Det ville øge kommunikationen og mulighederne for samarbejde både mellem de praktiserende læger internt og med andre faggrupper. Som en af deltagerne fra almen praksis udtrykte det:

"Den praktiserende læge er den koordinerende i forhold til alt, der foregår med patienten udadtil. De har så travlt, at de ikke har tid til at tale med dig. De lukker telefonerne ned, så de kun er åbne to timer. Vi kan ikke engang komme i kontakt med hinanden indbyrdes, praksisserne i mellem. Hvis man rent administrativt slog dem sammen, så kunne der sidde nogen og tage telefon, så man kunne snakke sammen."

Udover at forbedre mulighederne for samarbejde og kommunikation mente nogle af deltagerne, at andre faggrupper med fordel kunne inddrages i de praktiserende lægers arbejde:

"De praktiserende læger burde samles i en større funktionel enhed. Nogle opgaver kunne varetages bedre, som fx ernæring. Der er meget idé i at arbejde profylaktisk og tænke praktiserende læger ind i den sammenhæng. Det er en måde at tænke alternativ til indlæggelse."

Der blev således peget på, at sådanne større funktionelle enheder med både praktiserende læger og andre faggrupper, som fx diætister og sygeplejersker, kunne medvirke til at nedbringe antallet af indlæggelser gennem en tidligere og forebyggende indsats.

Samtidig blev der peget på, at større enheder også kunne medvirke til et kompetenceløft.

Nogle deltagere mente dog, at det ikke var nødvendigt med strukturelle ændringer for at opnå de større enheder:

"Fremtiden for praktiserende læger er ikke at sidde alene. Over halvdelen i Frederiksborg Amt sidder i større praksis og har ansat andet personale. Det bliver det, for de yngre læger vil slet ikke sidde alene. Det er en udvikling, der kommer automatisk."

For de fleste deltagere på den åbne workshop var den ønskværdige model for et sundhedscenter således en model med praktiserende læger. Dette affødte en diskussion af, hvorvidt praktiserende læger burde være offentligt ansatte i fx sundhedscentre eller privatpraksis.

Udviklingen af større enheder var for deltagerne på workshoppen tæt knyttet til udviklingen af bedre IT-løsninger, der kunne gå på tværs af sektorer:

"Der er en ting, som skal kæde alt det her sammen. Det er, at IT-anvendelsen skal optimeres."

"Mulighederne er der, men det er så tungt at komme i gang. Kommunerne kan heller ikke skrive med de praktiserende læger. Alt det bør ensrettes."

Deltagerne på den åbne workshop vægtede i det hele taget mulighederne for tværfagligt samarbejde og kommunikation højt i deres diskussioner af sundhedscenterkonceptet, hvilket er helt parallelt med præcis den samme problemstilling på kronikerworkshoppen (se bilag 3). Disse muligheder kunne skabes i større enheder og med bedre IT-løsninger, og de større enheder ville være til fordel for både de forskellige faggrupper og de enkelte patienter.

Amt eller kommune?

Deltagerne på den åbne workshop var generelt positive over for sundhedscentre, men samtidig meget kritiske over for tanken om, at sundhedscentre skulle ligge i amtsligt regi. Som noget af det første på denne workshop åbnede en deltager diskussionen med følgende bemærkning:

"Jeg skal lige have vendt hovedet, for jeg kan ikke kapere det med, at det starter i amtet. Hvorfor lave flere amtslige centre?"

Flere deltagere mente, at det ville være mest logisk at have sundhedscentre i kommunalt regi, da de opgaver, de havde peget på, primært var kommunale. Det handlede om at samle nogle af aktiviteterne i kommunerne:

"Nogle af de ting, der foregår i kommunerne, skal blive bedre, og noget af det skal lægges over i nogle lidt større centre."

Selvom sundhedscentrene efter deltagernes opfattelse primært ville varetage kommunale opgaver, mente de dog også, at der burde være tale om amtslig medfinansiering af nogle af opgaverne:

"Det skal ikke være kommunerne, der betaler for rygestopskoler osv., for det er jo i amterne, at man sparer pengene. Kommunerne skal kompenseres for den primærforebyggelse, de laver."

Flere gange nævnte deltagerne dog, at det ikke *nødvendigvis* handlede om at lave strukturændringerne, men om at de eksisterende strukturer og muligheder bliver udnyttet. I en diskussion af ældreområdet udtrykte en af deltagerne det på følgende måde:

"Det er ikke, fordi strukturen ikke er der, den bliver bare ikke brugt. Den bliver ikke bedre af, at man laver halv-amtslige ordninger. De gamle er glade for det lokale, at der er en struktur, de er kendt med og trygge ved."

Deltagerne på den åbne workshop hører således til blandt dem, der er mest kritiske over for sundhedscentre i *amtsligt* regi.

Samlet set var der et markant sammenfald mellem de temaområder, der var valgt som udgangspunkt for de første tre workshops, og de temaer som deltagerne på den åbne workshop bragte frem. Det vidner om, at det hovedsagelig er inden for de valgte områder, at sundhedsfaglige praktikere selv oplever problemstillinger, som sundhedscentre – i en eller anden form – kunne være med til at løse.

BILAG 6: DIABETES OG KOL

Håndtering af diabetes og KOL

Dette afsnit beskriver først kort de to udvalgte kroniske sygdomme, deres karakter og forløb. Dernæst beskrives den daglige håndtering af disse *i det stabile forløb*, dels for at give et indtryk af, hvordan kronisk sygdom påvirker den syges hverdag, dels for at uddybe hvilke ressourcer kronisk sygdom kræver af patient og aktører i sundhedsvæsenet. Idet Frederiksborg Amt i udgangspunktet ikke ønsker at etablere sundhedscentre med sengepladser, er der foretaget en afgrænsning fra den akutte forværring af sygdomme, der kræver sengepladser.

Diabetes

Forløbet af diabetes er livslangt, idet det er en kronisk sygdom, som kun yderst sjældent kan helbredes¹³⁸, men derimod kræver, at man tilrettelægger sin hverdag med medicinsk behandling, kost og motion. Diabetikeren er i kontakt med mange forskellige fagpersoner, både i amtsligt og kommunalt regi afhængig af sygdommens sværhedsgrad.

Man inddeler diabetes i to typer, type 1 og type 2 afhængig af, om patienten selv producerer virksom insulin eller ej. Type 1 kan opstå fra teenagealderen eller senere, mens type 2 opstår uanset alder, ofte på grund af forkert levevis.

Insulin er et livsvigtigt hormon, som produceres i bugspytkirtlen og sørger for, at kroppen kan optage kulhydrater fra maden. Hvis insulinproduktionen er for lille, stiger blodsukkeret, og cellerne mangler sukker, som i stedet ophobes i blodet og medfører en lang række komplikationer i relation til diabetes, , ofte benævnt "senkomplikationer", da disse udvikles over tid.

Problemets omfang og relevans

Indtil opdagelsen af insulin (i 1920'erne) var diabetes type 1 en dødelig sygdom. I dag kan de omkring 50.000 danskere, der lider af den, ved hjælp af insulin og regelmæssige spisevaner leve et næsten symptomfrit liv¹³⁹.

¹³⁸ Transplantation af bugspytkirtel er mulig hos enkelte udvalgte patienter og kan i en årrække sænke blodsukkerniveauet. "Diabetesbehandling i Danmark - fremtidig organisering", (Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende diabetesbehandling 1994).

¹³⁹ "Medicinsk kompendium", (Lorenzen, Bendixen, & Hansen 1999).

Type 2 er fra sygdomsstart ikke insulinkrævende, men mange får efter nogle år behov for insulin. Således behandles 10-20 % af type 2 diabetikere med insulin, hvorefter denne gruppe omtales som "insulinkrævende type 2 diabetikere".

Den livsstilsbetingede diabetes type 2 er et stigende samfundsproblem og er i dag langt mere truende end type 1. "Livsstilsdiabetes" (eller "gammelmandssukkersyge") er i dag så udbredt, at den kaldes en folkesygdom¹⁴⁰. I en Medicinsk Teknologivurdering (MTV)¹⁴¹ om type 2-diabetes er det estimeret, at det bliver én af de største sundhedsmæssige udfordringer for det danske sundhedsvæsen i de kommende år. Sammenlagt anslås, at mellem 200.000 og 300.000 danskere lider af sygdommen. Af disse ved ca. 50% det ikke.

Den øgede forekomst af diabetes forklares primært ved ændret livsstil præget af nedsat fysisk aktivitet og øget forekomst af fedme, idet fedme formentlig forklarer ca. 75 % af al type 2-diabetes¹⁴².

De helbredsmæssige konsekvenser er i værste fald tidlig død, idet dødeligheden for type 2 er 2-3 gange højere end i baggrundsbefolkningen, hvoraf 75 % skyldes karlidelser med deraf følgende dårligt hjerte.

Senkomplikationer viser sig især som øjenforandringer, der kan føre til blindhed, dårlig nyre og hjerte samt fodsår, der kan føre til amputation.

I Frederiksborg Amt har ca. 1.300 personer type 1 diabetes og 8.000 personer type 2¹⁴³.

Udfordringer til sundhedsvæsenet

Fra central side har Sundhedsstyrelsen i en redegørelse¹⁴⁴ fra 1994 skitseret rekommandationer for diabetesbehandlingen i Danmark. De to hovedformål er:

"At bibringe diabetikeren frihed for generende symptomer, der kunne være forårsaget af diabetes, samtidig med at der bibringes en livskvalitet, der stort set ligner baggrundsbefolkningens."

"At behandlingsprogrammerne skal modvirke udvikling af de alvorlige sen-diabetiske komplikationer, som kan forekomme i stort set alle organsystemer, men specielt viser sig i øjne, nyrer, blodkar og nervesystem."

Dette leder frem til *Sundhedsstyrelsens anbefaling* om:

"Self-care begrebet eller egenomsorg anbefales styrket som en hovedhjørnesteen i diabetesomsorgen. Familien må naturligvis ofte inddrages med undervisning og oplysning."

¹⁴⁰ "Lokale sundhedstilbud", (Lund Nielsen & Vinge 2004).

¹⁴¹ "Type 2-diabetes", (Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering 2003).

¹⁴² "Type 2-diabetes", (Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering 2003), s.299.

¹⁴³ "Sundhedsvision Nordsjælland - forslag til udflytning af opgaver til praksissektoren". (Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen 2003).

¹⁴⁴ "Diabetesbehandling i Danmark" (Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende diabetesbehandling 1994).

Ligeledes omtaler Sundhedsstyrelsen diabetesbehandlingen som et teamwork af fagpersoner. Etablering af en diabeteskole i Frederiksborg Amt er en konkret målrettet indsats i tråd med ovenstående.

Diabetes kan i sig selv give generende symptomer, men den væsentligste årsag til at diabetes er en stor og omkostningstung sygdom er, at den som nævnt kan føre til en række diabetiske komplikationer, som kræver medvirken fra mange forskellige sundhedsfaglige personer.

Primær, sekundær og tertiær forebyggelse af diabetes

Den *primære forebyggelse* retter sig mod mennesker med nedsat sukkertolerance (glukosetolerans IGT), så denne gruppe (10-30 % af befolkningen) ikke udvikler type 2 diabetes. Dette er forsøgt ved hjælp af forskellige strategier, der omfatter kost, fysisk aktivitet, adfærdsendring og langvarig opfølgning¹⁴⁵.

Sekundær forebyggelse af diabetes 2 handler om at mindske antallet af personer i risikogruppen på grund af forkert levevis. Det vil i praksis oftest være overvægtige, som får for lidt motion og spiser usundt. Ved at ændre livsstil kan begyndende diabetes 2 forhindres eller udsættes.

Tertiær forebyggelse af diabetes 1 og 2 sigter mod at undgå udviklingen af følgesygdomme. Dette kan ske ved, at patienter undervises i selvbehandling (og følges tæt i sundhedsvæsenet), så de opnår sygdomsindsigt og ved hvad de skal gøre, når blod-sukkeret svinger, forstå betydningen af vægttab, kostomlægning, motion samt rygestop. Desuden at møde til regelmæssig kontrol til opsporing af sendiabetiske komplikationer.

Type 2 diabetes rammer mennesker i alle aldre, idet der både ses flere børn, unge og voksne med symptomerne. "Motion på recept" er en metode, der bl.a. er forsøgt i Ribe Amt¹⁴⁶ som et pilotprojekt rettet mod mennesker med bl.a. livstilssygdommen diabetes. Udover de fysiske gevinster er der også psykiske og sociale gevinster at hente gennem motion.

Den daglige håndtering af type 1 og type 2 diabetes

Den daglige håndtering af diabetes er i princippet ens ved begge typer. Dog adskiller patientpopulationen sig fra hinanden ved, at type 1 som hovedregel ikke er livsstilsbetinget, mens type 2 netop ofte skyldes uhensigtsmæssig levevis.

¹⁴⁵ "Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom". UFL Klaringsrapport (Beck-Nielsen, Henriksen, Hermansen, Dudal Madsen, de Fine Olivarius, Mandrup-Poulsen, Borbye Pedersen, Richelsen, & Schmitz 2000).

¹⁴⁶ www.fysio.dk/sw23814.asp og "Motion på recept. Et forslag til et 1 årigt forsøg i Ribe" (Jacobsen & Iversen 2003).

Centrale elementer i håndteringen af diabetes er korrekt *medicinering*, *kostomlægning* og *motion*. Med den rette levevis kan mange daglige gener og senkomplikationer undgås eller udskydes, og diabetikeren kan leve et næsten normalt liv.

Kosten har en vigtig rolle i forhold til blodsukkerværdierne, ligesom *motion* også påvirker disse. Maden udgør en særlig diæt, som beregnes til den enkelte af en diætist.

Motion nedbringer blodsukkeret og sænker fedtindholdet i blodet. Derudover modvirker motion overvægt og afhjælper et forhøjet blodtryk. Fysisk aktivitet bruges derfor som led i behandlingen af diabetes, hvorved medicinsk behandling kan udskydes eller måske helt undgås (type 2). Årsagen hertil er, at motion øger kroppens følsomhed overfor insulin. En aktiv person skal derfor bruge mindre insulin til at regulere optagelsen af sukker og fedt i cellerne¹⁴⁷.

Sygdomsforståelse og egenomsorg

For at forstå sygdommen og dens behandlingsmuligheder er undervisning og oplæring centrale elementer. Dette gælder både for diabetikeren, dennes pårørende eller hjælper og andre behandlere.

En af de ting, der skal til for at opnå et optimalt forløb, er patientens egen (eller hjælperens) kontrol af sukkersygen med jævnlige målinger af blodsukkerværdier. Disse værdier betinger enten diæt og/eller tabletbehandling for type 2 diabetikeren samt insulindosis til type 1 diabetikeren. Insulin administreres som injektion afhængigt af det målte blodsukker.

Insulinkrævende diabetikere har brug for oplæring og forståelse af regulering i den daglige insulindosering for at undgå situationer med hypoglykæmi (for lavt blodsukker) og hyperglykæmi (for højt blodsukker). Begge tilstande er meget ubehagelige for patienten og medfører en lang række symptomer. Hypoglykæmi kan udvikle sig livstruende, og hyperglykæmi medfører på længere sigt alvorlige senkomplikationer i form af hjertekarproblemer, dårlig nyrefunktion, nedsat syn, diabetiske fodsår mv.

Sygdomsforståelse og egenomsorg er derfor essentielt for insulinkrævende diabetikere, både på kort og lang sigt. Diabetikere, der af forskellige årsager ikke magter dette, har dagligt behov for hjælp til behandling, støtte og vejledning.

Håndteringen af diabetes i ambulatoriet

De næste to afsnit ("håndtering af diabetes i ambulatoriet" og "det ambulante besøg"), er udarbejdet med assistance fra overlæge dr.med. Ole Snorgaard, Frederiksborg Amt.

¹⁴⁷ Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Diabetesambulatorier i Frederiksborg Amt er opbygget med *diabetesteams* i henhold til Sundhedsstyrelsen anbefalinger.

Et diabetesteam består af speciallæger i hormonsygdomme (varetager også akut og blandet intern medicin), specialuddannede diabetessygeplejersker, diætister og fodterapeut. Desuden skal der være adgang til karkirurg, ortopæd, øjenlæge, nyrespecialist og hjertelæge.

I diabetesambulatorierne kommer insulinkrævende type 1 diabetikere og hovedparten af type 2 diabetikere i insulinbehandling samt type 2 diabetikere med svære komplikationer.

Dette forhold planlægges ikke ændret i henhold til den nationale handlingsplan for type 2 diabetes. I tråd med denne har amtet vedtaget og er i gang med at implementere en handlingsplan for type 2 diabetes med almen praksis i centrum assisteret af diabetes-skole, videnscenter for type 2 diabetes (ikke etableret), diabeteskonsulentordning, §2 aftale samt 'shared care' aftale med diabetesambulatorierne.

I Hillerød er diabetesambulatoriet fuldt udbygget og har tilknyttet små 1.500 diabetespatienter, som dels kommer fra Hillerøds optageområde, dels fra resten af amtet (40%). Ambulatoriet er åbent dagligt formiddag og eftermiddag. Ud over samarbejde med ovenstående specialer er der tæt samarbejde med børnelæge om ungdomsdiabetes, nyrelæger om dialysepatienter og fødeafdeling om gravide diabetespatienter. Afdelingen er en uddannelsesafdeling for speciallæger og specialsygeplejersker. Meget få diabetespatienter kontrolleres uden for amtet (Steno, insulinpumpepatienter).

I Hørsholm er der diabetesambulatorium 2 gange om ugen bemandet med læge fra Hillerød, sygeplejerske og diætist. Ca. 300 patienter er tilknyttet.

I Frederikssund er der diabetesambulatorium 2 dage om ugen, hvor ca. 350 patienter er tilknyttet. Der er speciallæger (der også har mange andre opgaver), diabetes-sygeplejerske og diætist.

I Helsingør er der diabetesambulatorium 1 dag ugen, men der er planer om udbygning til 2 dage i samarbejde med Hillerød. Ca. 350 patienter er tilknyttet. Der er speciallæge (der også har mange andre opgaver), sygeplejerske og diætist.

Det ambulante besøg

Ved selve den ambulante kontrol hver 3.-4. måned møder patienterne en diabetes-sygeplejerske, der efter behov tager sig af oplæring i blodsuktermåling, injektionsteknik, måler blodtryk og i det hele taget danner sig et indtryk af, hvor der evt. er problemer.

Sygeplejersken varetager desuden en del af den årlige screening for senfølger i form af fodinspektion. Ved fodsår og efter behov henvises til fodterapeut. Patienter med betændte fodsår eller trussel om koldbrand indlægges.

Resten af årskontrollen varetages i fællesskab med lægen: urinundersøgelse for æggehvide, henvisning til øjenlæge (øjeklinik i Hillerød eller privat praktiserende øjenlæge), kontrol af kolesterol og evt. andre blodprøver.

I lægekonsultationen vurderes insulin- og tabletbehandlingen med henblik på ændringer, og lægen sikrer, at patienten er så velfungerende som muligt, og at evt. senfølger identificeres og behandles. Der henvises efter behov til andre specialer.

Vedrørende diabetiske fodsår har amtet besluttet at oprette en sårklinik i relation til diabetesambulatoriet i Hillerød. Dette er i planlægningsfasen, og specielt en udbygning af den specialuddannede fodterapi mangler. Det er planen, at hele amtet skal kunne sende patienter med diabetiske fodsår til denne klinik – i første omgang fra de andre hospitaler og afdelinger – i anden omgang direkte fra de praktiserende læger. I henhold til den nationale handlingsplan overvejes gennemført et projekt herom.

Vedrørende øjenkontroller er der initiativer i gang i øjeblikket – via det amtslige diabetesudvalg – for at sikre alle amtets diabetikere adgang til foto-screening.

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

KOL er en lidelse, hvor lungefunktionen nedsættes irreversibelt over en årrække, ofte over flere årtier. Symptomerne er hoste, sekretophobning og åndenød. Ofte følger dårlig ernæringstilstand og generelt dårlig fysisk tilstand med sygdommen.¹⁴⁸

KOL skyldes altovervejende rygning og kaldes derfor også for "rygerlunger". Ca. 90% af alle tilfælde af KOL skyldes rygning, mens ca. 15% af alle rygere udvikler KOL.¹⁴⁹

KOL kan ikke helbredes, men forskellige behandlinger kan lette symptomerne og hjælpe til at forebygge tilstødende problemer. Rygestop er den vigtigste behandling. Rygerlunger kan sædvanligvis bremses i sin udvikling, hvis man holder op med at ryge, og ikke har andre kroniske sygdomme så som dårligt hjerte. Det tabte kan dog ikke vindes tilbage, og man kan ikke forhindre det naturlige gradvise funktionsfald, som kommer med alderen. Rygerlunger forkorter livet, hvis man ryger og ikke stopper, eller hvis man har en anden grundlæggende sygdom. Slutstadiet er en særdeles pinefuld død på grund af langsom kvælning, som rammer flere tusinde danskere hvert år.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Sundhedsstyrelsen på: www.sst.dk/forebyggelse/folkesygdomme (opdateret 31.03.04).

¹⁴⁹ "Sygehusbaseret forebyggelse af KOL...", (Thune Jacobsen, Vinther, Vejlø Rasmussen, & Kürstein 2002).

¹⁵⁰ Overlæge Finn V Rasmussen på www.netdoktor.dk/Sygdomme/Fakta/rygelunger.htm.

Problemets omfang og relevans

I Danmark har ca. 200.000 mennesker KOL. Sygdommen fører årligt til ca. 23.000 indlæggelser fordelt på ca. 13.000 personer og ca. 150.000 sengedage. Omkring 25% af de udskrevne patienter genindlægges inden for den første måned.¹⁵¹ KOL er den hyppigste årsag til indlæggelse på medicinske afdelinger.¹⁵²

Imidlertid er det vigtigt ikke blot at se på absolutte tal, men også på vækst. Her viser det sig, at der siden 1990 er sket en fordobling i antallet af KOL-indlæggelser blandt mænd og en tredobling blandt kvinder.¹⁵³ De indlagte er i høj grad ældre: Aldersgruppen 65-74 år tegner sig således for ca. 38% af indlæggelserne, mens 85% er over 55 år.¹⁵⁴

Parallelt med stigningen i indlæggelser er der i perioden 1995-2001 sket en stigning i antallet af ambulante kontroller fra godt 9.000 til 16.000. I samme periode var udviklingen i antallet af skadestuebesøg steget fra 2.800 til 5.400 i 2001.¹⁵⁵

Ud over hospitalsindlæggelser fører KOL til ca. 3.500 dødsfald, hvor sygdommen er direkte dødsårsag.¹⁵⁶ I yderligere 2.200 tilfælde er KOL en medvirkende dødsårsag.¹⁵⁷ KOL er i vækst, og estimeres af bl.a. WHO til at blive den 3. hyppigste dødsårsag i verden i løbet af få år.¹⁵⁸

KOL koster årligt ca. 2 mia. kr. – heraf ca. 470 mio. kr. i førtidspension, 430 mio. skyldes at næsten 3.500 dør årligt, og af dem er ca. 1.000 stadig er i den erhvervsaktive alder. Indlæggelserne koster 520 mio. kr. mens 43 mio. kr. går til ambulante besøg og skadestuebesøg. 62 mio. kr. går til hjemmeilt, og det estimeres, at 50 mio. kr. bruges på ca. 350.000 besøg hos praktiserende læger. Endelig går 170 mio. kr. til medicinforbrug.¹⁵⁹ Trods en tendens til, at de KOL-relaterede indlæggelser bliver kortere, er antallet af forbrugte sengedage stadig stigende.¹⁶⁰

Når omkostningerne forbundet med KOL nævnes her, er det udelukkende for at vise, hvor stor en del af ressourcerne der i dag bruges på at betale for skader, der er sket: Førtidspension, dødsfald og indlæggelser beløber sig til 1,4 mia. kr., mens besøg på ambulatorier, iltbehandling i hjemmet og det skønnede forbrug i almen praksis kun

¹⁵¹ (Sundhedsstyrelsen Viden- og Dokumentationsenheden 2003); *"Fokus på KOL"*, (Danmarks Lungeforening 2004) udtalelser fra Jørgen Vestbo, formand for danske lungemedicinere; *"KOL retningslinjer på vej"* (Stevnhøj 2003).

¹⁵² *"Assisteret hjemmebehandling af eksacerbation i KOL"* (Ringbæk, Eriksen, & Vestbo 2003).

¹⁵³ *"Kronisk Obstruktiv Lungesygdom – en overset folkesygdom"* (Juel & Døssing 2004).

¹⁵⁴ Ibid.

¹⁵⁵ Ibid.

¹⁵⁶ *"Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom"* (Sundhedsstyrelsen Viden- og Dokumentationsenheden 2003); *"KOL retningslinjer på vej"*, (Stevnhøj 2003).

¹⁵⁷ *"KOL-retningslinjer på vej"* (Stevnhøj 2003).

¹⁵⁸ *"Sygehusbaseret forebyggelse for KOL..."*, (Thune Jacobsen, Vinther, Vejøl Rasmussen, & Kürstein 2002) og (Danmarks Lungeforening 2004).

¹⁵⁹ Direktør Jes Søgaard, DSI, på KOL-konferencen d.23. september 2003. Citeret i Lungenyt nr. 4 2003: "KOL koster samfundet næste to mia. kr. årligt." (Arboe-Rasmussen 2003).

¹⁶⁰ *"Eksacerbation i kronisk obstruktiv lungesygdom"* (Vestbo & Ulrik 2003).

beløber sig til en samlet værdi af 155 mio. kr. Dette simple regnestykke må ikke tages for bogstaveligt. Det står klart, at KOL *altid* i et vist omfang vil forårsage indlæggelser og dødsfald – uanset hvor god den samlede håndtering af sygdommen er. Forskning peger dog på, at forværringerne, som fører til indlæggelser, i nogen grad både kan forebygges og behandles bedre, end det sker i dag¹⁶¹. Trods de grove kategoriseringer peger tallene alligevel på, at invaliditet, dødsfald og akutte forværringer koster samfundet meget dyrt. Forebyggelse af disse forhold – og dermed udgifterne hertil – bruges der forholdsvis langt mindre ressourcer på. Spørgsmålet er imidlertid, hvordan balancen mellem en reaktiv og proaktiv indsats kan justeres med en mere rationel anvendelse af de samlede ressourcer til følge.

Håndtering af KOL

Fra Sundhedsstyrelsens side findes der ikke en redegørelse om KOL-behandling i Danmark (som der fx findes inden for diabetesområdet), men guidelines om tidlig opsporing og rehabilitering er undervejs fra Center for Forebyggelse¹⁶². Endvidere har netværk af forebyggende sygehuse i Danmark sidste efterår udgivet en rapport om rehabilitering af KOL¹⁶³.

I 1998 udarbejdede en gruppe af lægelige eksperter en klaringsrapport om KOL. Denne gruppe peger i rapporten på, at der specielt er behov for at fremme indsatsen overfor KOL på følgende områder:

"Tidlig opsporing med henblik på forebyggelse af sygdommen og begrænsning af permanente skader relateret til sygdomsprocessen.

Bedst mulig udnyttelse af de eksisterende terapeutiske muligheder.

*Forbedring af patienternes livskvalitet blandt andet ved at opfordre til oprettelse af rehabiliteringsprogrammer for KOL-patienter"*¹⁶⁴.

De lægelige eksperter bag KOL-rapporten lægger således betydelig vægt på behovet for opsporing, forebyggelse og rehabilitering – ud over en stadig forbedring i udnyttelsen af allerede eksisterende muligheder. Det sidste peger i retning af bedre samarbejde, koordination og vidensdeling.

Samtidig peger en større undersøgelse af indlæggelser på grund af opblussen af KOL på tre afgørende faktorer for at mindske risikoen for genindlæggelse og for død:

"Rygeophør: 63% af de indlagte var imidlertid eksrygere ved indlæggelsen.

¹⁶¹ (Vestbo & Ulrik 2003).

¹⁶² Oplyser Sundhedsstyrelsen, 27.maj 2004. SST henviser til Jette Blandt fra Center for forebyggelse.

¹⁶³ "Rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom" (Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003).

¹⁶⁴ "Diagnostik og behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom", (Lange et al. 1998).

Korrekt medicinering: Næsten 50% var ikke i behandling med inhalationssteroid, hvilket de jf. dokumentationen bag undersøgelsen burde være.

Ambulant rehabilitering: Undersøgelsens forfattere peger på, at "Det er velkendt, at denne patientgruppe er så stor, at systematisk opfølgning sjældent finder sted". Baseret på nuværende viden burde størstedelen af patienterne tilbydes ambulant rehabilitering"¹⁶⁵.

Vær opmærksom på, at disse anbefalinger ikke gælder den samlede KOL-indsats, men kun den gruppe, som allerede er så dårlig, at patienterne indlægges på grund af eksacerbationer.

Der tegner sig et generelt billede af behovet for at forbedre indsatsen på tre områder:

- Tidlig opsporing
- Bedre udnyttelse af eksisterende behandlingsmuligheder (herunder bedre kontrol og kvalitetssikring omkring medicinering)
- Rehabilitering.

Tidlig opsporing af KOL

Overlæge Finn V. Rasmussen peger på, at selvom tidlig opsporing er vigtig, så sker det ikke i fornødent omfang i dag:

"Det er desværre de færreste, som får konstateret det i tide. Sygdommen er meget lumsk. I starten af sygdommen føler man kun svage symptomer. De begynder som regel med morgenhoste."¹⁶⁶

Overlæge Martin Døssing påpeger, at patienterne først opdager, at de er syge, når de har tabt halvdelen af deres lungekapacitet. Kunne man få fat i patienter med forstadier til KOL eller mild KOL, ville der være langt bedre muligheder for at forebygge en alvorlig udvikling af sygdommen¹⁶⁷. Ved tidlig indgriben kan lungefunktionsnedsættelsen bremses¹⁶⁸.

Den tidlige opsporing er helt central for at sætte rettidigt og rigtigt ind over for KOL. Denne indsats kan kun løftes effektivt ved at sætte ind der, hvor borgerne i forvejen er i kontakt med sundhedsvæsenet – altså hos den praktiserende læge. Det peger imidlertid på, at der er en central opgave forbundet med at sprede viden, skabe interesse og bygge netværk til de praktiserende læger inden for realistiske rammer. I diskussionen af indsatsen på enkeltområder kan der undertiden være tendens til at overse, at sundhedsvæsenet, og i særdeleshed de praktiserende læger, skal behandle andet og mere end

¹⁶⁵ "Kronisk Obstruktiv Lungesygdom: Indlæggelse, forløb og prognose", (Eriksen et al. 2003).

¹⁶⁶ Overlæge Finn V Rasmussen på www.netdoktor.dk/Sygdomme/Fakta/rygelunger.htm.

¹⁶⁷ M. Døssing i særnummer af Lungenyt sep 2003 (Døssing 2003).

¹⁶⁸ "Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom" (Sundhedsstyrelsen Viden- og Dokumentationsenheden 2003).

det pågældende enkeltområde. Imidlertid peger en del på, at der er behov for at skabe bedre rammer for tidlig opsporing af kroniske sygdomme – herunder KOL.

Bedre udnyttelse af eksisterende terapeutiske muligheder

Denne opfordring er bred og ikke unik for KOL-området. Som de indledende kapitler har påpeget, er samordnings- og koordinationsproblemet stort i sundhedsvæsenet. Desuden er der langt fra viden til spredning af viden og dermed reel og effektiv handling. Bedre udnyttelse af eksisterende terapeutiske muligheder kræver en markant forøgelse af de sundhedsfagliges praktiske *organisatoriske* kompetencer. Det kræver viden om, hvordan man kommer fra teori til praksis; om hvordan behandlingsstandarder realiseres *i praksis* i en travl organisatorisk hverdag med stor personaleudskiftning; og om hvordan viden om nye terapeutiske tiltag og muligheder kan spredes, så disse muligheder rent faktisk udnyttes af de relevante aktører i det til tider meget løse netværk, som udgør sundhedsvæsenet.

Rehabilitering af KOL-patienter

KOL-rehabilitering kan dække over forskellige typer af flerstrengede og tværfaglige indsatser, som sigter på at optimere patienternes fysiske og sociale formåen og egenomsorgskapacitet. Der findes ikke danske retningslinjer for indholdet af et rehabiliteringsprogram, men i det følgende beskrives de elementer, som oftest indgår.

KOL-rehabilitering er et længerevarende program – ofte mellem 7 uger og 6 måneder – med følgende grundelementer:

- Fysisk træning
- Ergoterapeutisk vejledning
- Hjælp til rygestop
- Ernæringsvejledning ved diætist
- Psykosocial støtte
- Patientundervisning i sygdomsmestring, herunder sygdommens karakter, sygdomsårsager og mestringsstrategier
- Uddannelse af patienter i medicinsk behandling
- Uddannelse i vejrtræknings- og afslapningsteknikker.¹⁶⁹

Effekten af rehabilitering af KOL-patienter er veldokumenteret og effektmæssigt på højde med farmakologisk behandling¹⁷⁰. Cochrane gennemførte i 2001 en metaanalyse,

¹⁶⁹ "Rehabilitering af KOL" (Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003), "Rehabilitering af patienter med KOL" (Sundhedsstyrelsen Viden- og Dokumentationsenheden 2003), Professor Ronald Dahl, Århus Universitetshospital, i "KOL-retningslinjer på vej", (Stevnhøj 2003), "Rehabilitering af KOL", (Ulrik & Lange 2004).

hvor effekten af rehabilitering blev vurderet i 23 randomiserede undersøgelser. Metaanalysen viste, at patienter, der havde deltaget i rehabilitering, havde færre problemer med åndenød, mindre træthed og en bedre mestring af sygdommen samt i mindre grad også bedre fysisk ydeevne. Rehabilitering kan desuden nedsætte antallet af lægekonsultationer og akutte indlæggelser¹⁷¹.

Rehabilitering medfører ikke forbedring af lungefunktionen. Effekten er primært en forbedring af gangdistancen, hvilket har meget stor betydning for patienternes funktionsniveau. Virkningen er desuden en gunstig effekt på patienternes subjektive fornemmelse af angst og depression, på medicinforbrug og på antallet af hospitalsindlæggelser¹⁷².

Virkningen af KOL-rehabilitering er således veldokumenteret – samtidig med, at der ifølge Sundhedsstyrelsen i dag kun i ringe grad findes systematiske, sammenhængende rehabiliteringstilbud til KOL-patienter på danske sygehuse (www.sst.dk om KOL).

Professor Ronald Dahl, Århus Universitetshospital, peger på, at organisationen er en af de store hurdler, når det gælder indsatser, der kræver mere end en enstrengt lægelig behandling:

"Det er en stor udfordring at skabe et behandlingsmodul, der indebærer samarbejde mellem henholdsvis læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og mere socialfaglige folk. Dertil kommer, at den primære sektor nødvendigvis skal involveres i et længerevarende rehabiliteringsprogram"¹⁷³.

Han peger på, at enkeltelementer som fysisk træning eller ny medicin 'alt sammen er meget godt', men skal der virkelig gøres noget for KOL-patienterne, så er systematisk rehabilitering vejen frem. I den forbindelse peger han på, at tværfaglighed er fuldstændig essentiel.

Indlæggelse på sygehus – en del af hverdagen

Som nævnt bliver ca. 13.000 personer med KOL indlagt hvert år. Derfor har alle KOL-patienter med mild eller svær KOL oplevet en sygehusindlæggelse. I det følgende afsnit beskrives kort sygehusindlæggelsen og den ambulante kontrol.

De KOL-patienter, der indlægges, er ofte ældre over 60 år med svær opblussen i den kroniske tilstand, som ofte skyldes en nedre luftvejsinfektion. Patienten oplever besvær med vejtrækningen, hvilket er voldsomt angstfremkaldende. Mange KOL-patienter har desuden konkurrerende sygdomme oveni – typisk hjertesygdom, der forværrer tilstanden.

¹⁷⁰ "KOL retningslinier på vej", (Stevnhøj 2003).

¹⁷¹ "Rehabilitering af patienter med KOL", (Sundhedsstyrelsen Viden- og Dokumentationsenheden 2003).

¹⁷² "Rehabilitering af KOL", (Ulrik & Lange 2004).

¹⁷³ Professor Ronald Dahl, Århus Universitetshospital, i "KOL-retningslinjer på vej" (Stevnhøj 2003).

I den akutte fase iværksættes medicinsk symptombehandling til bekæmpelse af lungebetændelse (antibiotika) samt medicin til bedring af obstruktionen og evt. iltbehandling eller respiratorbehandling ved alvorlige vejrtrækningsproblemer¹⁷⁴.

I nogle tilfælde forekommer opfølgning på lungeambulatoriet efter udskrivelsen. Der er lungeambulatorier tre steder i Frederiksborg Amt (Hillerød, Frederikssund og Helsingør).

Lungeambulatoriets arbejde

Det følgende afsnit er udarbejdet med hjælp fra overlæge, dr.med. Peter Plascke:

Nogle patienter med svær KOL følges på lungeambulatoriet 1-2 gange årligt. Det er patienter med KOL og kronisk respiratorisk insufficiens (kronisk iltmangel) med iltbehandling i hjemmet samt patienter med meget svær KOL, hvor det kan forventes, at der bliver indikation for hjemmeilt i løbet af et års tid. Desuden kontrolleres visse patienter efter akut indlæggelse med svær eksacerbation for at sikre, at behandlingen fungerer og tilstanden er stabil, før de overgår til opfølgning hos deres praktiserende læge.

Der henvises også patienter fra egen læge til udredning af lungesygdom, hvis den praktiserende læge er usikker på diagnosen. Viser det sig efter udredningen at være en person med KOL, ordineres en behandlingsplan, og patienten afsluttes fra ambulatoriet og egen læge overtager atter behandlingsansvaret for patienten, med mindre det drejer sig om svær lungesygdom.

Der er generelt langt mellem kontrollerne, da der ikke er ambulatorieressourcer til tættere kontroller eller til at se patienterne ved behov. Større ambulatorieressourcer kunne skabe en mere fleksibel struktur, så patienterne hurtigere kunne komme til ambulant vurdering ved en begyndende forværring.

Hvis der er behov for kontinuerlig iltbehandling i hjemmet, opstartes og kontrolleres dette altid i lungeambulatoriet eller via lungemedicinsk sengeafsnit. En stor del af dette arbejde foretages af en delvis udkørende "iltsygeplejerske", som kan kontrollere, at iltmætningen i blodet er korrekt. Ved besøg og måling i patientens hjem undgås, at patienten skulle have en "liggende transport" til sygehuset med egen iltflaske under transporten.

På lungeambulatoriet møder KOL-patienten – udover en sekretær – en specialuddannet sygeplejerske. Sygeplejersken foretager spirometri (lungefunktionsundersøgelser) og evt. pulsoximetri (iltmætning af blodet) eller A-punktur (speciel blodprøve). Det kræver, udover specialviden inden for lungesygdomme, pædagogiske evner at vejlede den lunge-

¹⁷⁴ "Diagnostik og behandling af KOL", (Lange, Hansen, Iversen, Madsen, Munch, Vejlø Rasmussen, & Vestbo 1998). Andre sygehusrelaterede behandlingsmuligheder er f.eks. venesection, respiratorbehandling i den akutte fase, mens volumenreducerende kirurgi eller lungetransplantation er behandlingsmuligheder udenfor den akutte fase.

syge i brug af forskellige former for inhalationsmedicin (inhalationspulver eller spray). Der er mange forskellige typer, og uden nøje instruktion og træning er det svært for KOL-patienten at inhalere korrekt og få det fulde udbytte af medicinen.

Andre problemer i relation til sygdommen tages ligeledes op af sygeplejersken med henblik på at afhjælpe disse. Speciallægen regulerer medicinen og ordinerer evt. yderligere undersøgelser eller prøver eller henviser ved behov til andre behandlere. Alle patienter tilbydes hjælp med rygestop og kontakt med rygestopinstruktør.

Der er etableret KOL-rehabilitering i tilknytning til lungeafsnittet, hvor de vigtigste komponenter foruden rygestop er information om sygdommen og oplæring i at håndtere den samt ikke mindst regelmæssig fysisk træning under vejledning af fysioterapeut¹⁷⁵.

Om KOL-området

Litteraturen omkring KOL peger på socialt og psykologisk betingede faktorer omkring sygdommen, som er vigtige at medtænke i relation til en mulig reorganisering af behandlingen i kronikercentre. Kort sagt: KOL er et lavstatusområde! Fremtrædende danske forskere og lægelige praktikere indenfor området peger således på, at:

"KOL har i flere årtier levet en tilbagetrukket tilværelse borte fra mediernes søgelys, politikernes opmærksomhed og sundhedspersonalets bevågenhed. (...) I forhold til sygdommens alvor har den indtil for nylig været relativt beskeden udforsket. (...) I det sidste årti har sygdommen imidlertid tiltrukket sig større og større opmærksomhed, ikke mindst fordi KOL er blevet så hyppig og belastende for sundhedsbudgetterne, at den ikke længere kan ignoreres"¹⁷⁶.

Formanden for Dansk Lungemedicinsk Selskab, professor, dr.med. Jørgen Vestbo mener, at KOL hidtil har været en i høj grad skjult sygdom i Danmark. Han peger bl.a. på, at KOL er:

"Ikke en social retfærdig sygdom. Den præges af lav indkomst og uddannelse"¹⁷⁷.

En rapport udarbejdet i samarbejde mellem DSI og overlæge Finn Vejlø Rasmussen, Hillerød Sygehus og Karna Vinther, tidligere Hillerød Sygehus om forebyggelse for KOL-patienter, laver følgende karakteristisk af området:

"KOL-patienterne var ved projektets start en gruppe patienter, som ikke havde og måske stadig ikke har særlig høj prioritet i sundhedsvæsenet og i den politiske debat, hvor fokus meget har været rettet mod kræft- og hjertepatienterne. KOL-patienterne og deres pårørende var i stor udstrækning en overset gruppe"¹⁷⁸.

¹⁷⁵ Oplyst af overlæge dr. med. Peter Plaschke.

¹⁷⁶ "KOL – en overset folkesygdom" (Juel & Døssing 2004).

¹⁷⁷ J. Vestbo citeret i Lungenyt, nr. 4 2003, (Danmarks Lungeforening 2003).

¹⁷⁸ "Sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter...", (Thune Jacobsen, Vinther, Vejlø Rasmussen, & Kürstein 2002).

Professor Ronald Dahl, Århus Universitetshospital peger på, at *'KOL har været en lav-prestige-sygdom'*:

"Det er traditionelt blevet opfattet som en tung patientgruppe, som det var udsigtsløst at arbejde med. Men i dag ved man, at man så absolut kan gøre noget for gruppen. Man kan ikke nødvendigvis forlænge levetiden, og man kan under ingen omstændigheder helbrede, men man kan ændre betydeligt på livskvalitet og funktionsniveau"¹⁷⁹.

Der er brug for en samlet struktureret indsats, der kan danne rammen omkring en forbedret indsats overfor et så stort, alvorligt og ressourcekrævende problem som KOL.

Livet med KOL: Patientperspektivet

KOL har konsekvenser i dagligdagen. Efterhånden som sygdommen udvikler sig, vil åndenøden hos mange patienter være til stede næsten permanent. Det betyder mange begrænsninger i hverdagen, og livskvaliteten bliver ofte påvirket i negativ retning, og derfor er både angst og depression hyppigt forekommende hos KOL-patienter¹⁸⁰. I dårlige perioder er patienterne mere eller mindre lænket til hjemmet uden kontakt med omverdenen. Det piner mange, at de på grund af åndenød er så fysisk handicappede, at deres bevægelsesfrihed er indskrænket¹⁸¹. Den gradvise fremadskriden betyder ofte skjulte handicap og isolation¹⁸². Jo dårligere lungefunktionen bliver, jo flere hospitalsindlæggelser¹⁸³. Ca. 90% af de, der indlægges med KOL (som aktionsdiagnose), har svær KOL. En integreret del af KOL er således store psykologiske og sociale følgevirkninger.

Et af de problemer, som præger området, er bl.a. det, der kaldes *'kompliance-problemer'* – hvilket populært sagt betyder, at det ikke lykkes det faglige personale at få patienterne til at tage deres medicin som foreskrevet:

"Det er et kendt problem i den medicinske verden, at kun omkring halvdelen af alle patienter indtager medicin som foreskrevet. Erfaringer fra afdelingen [i Hillerød, red.] viser da også, at der er complianceproblemer for KOL-patienterne"¹⁸⁴.

Dette kan skyldes mange forskellige forhold, men faktum er, at kompetent håndtering af KOL kræver andre kompetencer af det sundhedsfaglige personel end evnen til at ordinere behandling.

¹⁷⁹ "KOL retningslinier på vej", (Stevnhøj 2003).

¹⁸⁰ "Den behandlende sygeplejerske", (Willemann, Vested, & Tang 2003) samt konsensusrapport fra Dansk Lungemedicinsk, (Lange 1992).

¹⁸¹ "Bedre livskvalitet for lunge-syge", (Thune Jacobsen 2003).

¹⁸² "Den behandlende sygeplejerske", (Willemann, Vested, & Tang 2003).

¹⁸³ (Thune Jacobsen, Vinther, Vejlø Rasmussen, & Kürstein 2002).

¹⁸⁴ (Thune Jacobsen, Vinther, Vejlø Rasmussen, & Kürstein 2002). Desuden: En undersøgelse af "Behandlingskompliance hos patienter med KOL i behandling med ilt i hjemmet", peger på at hos ca. 25% af KOL-patienterne i hjemmeiltbehandling fandtes nedsat behandlingskompliance. Der peges derfor på behovet for opfølgning af patienter med hjemmeilt med mere fokus på patientens aktive rolle – herunder overholdelse af daglig behandlingsvarighed – i forhold til behandlingen med hjemmeilt. (Abdulla et al. 2001).

En interviewundersøgelse blandt KOL-patienter peger bl.a. på, at der er meget stor forskel på, hvordan patienterne håndterer deres hverdagsliv. Patienterne anvender meget forskellige typer af mestringsstrategier, hvilket betyder, at det er en stor både faglig såvel som menneskelig opgave at arbejde effektivt med KOL-patienter. I forbindelse med et interventionsprojekt viste det sig således, at patienternes personlighed og ressourcer var anderledes end det medicinske perspektiv, de blev præsenteret for, hvilket betød, at den vejledning, de fik i forbindelse med interventionen, ikke altid blev fulgt. I stedet for blot at klassificere denne handling som 'non-compliance' peger forskeren bag undersøgelsen på, at:

"Patienterne kan have et andet rationale, som for dem er udtryk for compliance, og som giver mening i relation til den kontekst, som patienten er en del af. Hvis patientens logik accepteres af den sundhedsprofessionelle, kan den bruges til at justere eller redefinere den sundhedsprofessionelles indsats hen imod en anden løsning end den på forhånd tænkte"¹⁸⁵.

KOL er en lungesygdom. Men forskningen viser, at hvis der skal ske en effektiv håndtering af KOL – som kronisk tilstand og ikke blot som et medicinsk problem i forbindelse med akutte forværringer – er det centralt, at det sundhedsfaglige personale har en dybdegående forståelse for de psykologiske samt sociale forhold omkring sygdommen, for patienternes egenomsorgskapacitet - og allervigtigst, at det sundhedsfaglige personale har reelle kompetencer til at rådgive og vejlede inden for disse områder¹⁸⁶. Når KOL-patienter tidligere er blevet anset for en 'tung gruppe', som det var 'nytteløst at arbejde med', er det nærliggende at fundere over, om antagelsen om nyttesløshed ikke snarere skyldes systemets begrænsede kompetencer inden for effektiv (individuelt tilpasset) rådgivning og vejledning – på patienternes vilkår og ud fra deres perspektiv.

¹⁸⁵ "Bedre livskvalitet for lungesygge", Sygeplejersken 2003 (Thune Jacobsen 2003).

¹⁸⁶ Se desuden delrapport 1: "Overordnede strategier for implementering af rehabilitering af KOL som driftsopgave" (s.31f), (Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003).

LITTERATURLISTE

Litteraturlisten er omfattende og indeholder både direkte anvendte referencer samt baggrundslitteratur. Det hele er medtaget her for at videregive en litteraturliste til Frederiksborg Amt, som kan være nyttig i forbindelse med et eventuelt videre arbejde omkring sundhedscentre.

Aagaard, P. 2004, "Sundhed er populært personalegode -klinikker halverer ansattes sygedage.", Dit Liv - Sundhed for alle, vol. 2004, no. 2, p. 7.

Abdulla, J., Pisinger, C., Wennike, P. J. W., Godtfredsen, N., & Tønnesen, P. 2001, "Behandlingskomplians hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom i behandling med ilt i hjemmet.", Ugeskrift for Læger, vol. 163, no. 42, pp. 5824-5827.

Aggernæs, K. 2004, "Vedr. Sundhedscenter Hørsholm - en grovskitse år 2000". Notat til stabschef Marianne Ingeholm Larsen den 23. marts 2004. Hillerød.

Albinus, S. 1988, "Læger er nøglepersoner i lokalt sundhedscenter.", Ugeskrift for Læger, vol. 150, no. 9, pp. 569-571.

Amtsrådsforeningen 2003, "Sundhedscentre". Notat fra Amtsrådsforeningen 13-06-2003. København.

Amtsrådsforeningen. "Eksempelsamling: Udgående teams og lokale sundhedstilbud." <http://www.arf.dk/Strukturkommissionen/Sundhed/Analyser/UdgaaendeTeamsOg-LokaleSundhedstilbud.htm>. Sidst opdateret: 28-3-2004. Udskrevet: 2-6-2004.

Andersen, C. 2003, "Behovet i midten.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 46, pp. 4370-4372.

Andersen, C. 2003, "Stort nej til "Minihospitaler". Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 23, pp. 2363-2366.

Andersen, C. 2003, "Mens vi venter på det der sundhedscenter". Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 46, p. 4374.

Andersen, C. 2003, "Sygeplejersken som gatekeeper". Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 26, pp. 2629-2632.

Andersen, C. 2003, "De tusinde sundhedscentres land". Ugeskrift for Læger, vol. 2003, no. 165, pp. 35-3299.

Arboe-Rasmussen, C. 2003, "KOL koster samfundet næsten to mia. kr. årligt". KOL-konferencen den 23. september hos Bojesen på Axelborg", Lungenyt, vol. 12, no. 4, pp. 6-7.

Bach, D. 2004, "Rammer for sundhedscentre mangler.", Nyhedsmagasinet Danske Kommuner, vol. 35, no. 7, pp. 28-30.

Beck-Nielsen, H., Henriksen, J. E., Hermansen, K., Dudal Madsen, L., de Fine Olivarius, N., Mandrup-Poulsen, T. R., Borbye Pedersen, O., Richelsen, B., & Schmitz, O. E. "Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom - diagnostik og behandling". Lægeforeningens Forlag, København. Klaringsrapport Nr. 6, 2000

Berg, O. 1987, "Medisinens logikk". Universitetsforlaget, Oslo.

Bilde, L. & Svenning, A. R. 2004, "Omkostninger ved behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Bjørnsson, K. 1991, "Lille sygehus får nyt sundhedscenter.", Sygeplejersken, vol. 91, no. 49, pp. 32-34.

Bjørnsson, K. 1991, "Forebyggelsen udgår fra sygehuset.", Sygeplejersken, vol. 91, no. 49, pp. 35-36.

Bjørnsson, K. 2004, "Uden henvisning og tidsbestilling.", Sygeplejersken, vol. 104, no. 4, p. 12.

Bjørnsson, K. 2004, "Sundhedscentre lukket.", Sygeplejersken, vol. 104, no. 4, pp. 10-13.

Bjørnsson, K. 2004, "Patienterne søger til walk-in centre.", Sygeplejersken, vol. 104, no. 4, pp. 22-23.

Bjørnsson, K. 2004, "Central rolle til sygeplejersker.", Sygeplejersken, vol. 104, no. 4, pp. 24-25.

BMJ 2002, "Chronic diseases in a changing world." Temanummer af British Medical Journal, vol. 325, no. 7370.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. 2002, "Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, Part 2.", Journal of American Medical Association, vol. 288, no. 15, pp. 1909-1914.

Boll Hansen, E., Eskelinen, L., Sejr, T., & Wagner, L. 1997, "Ældrevenlige behandlingsforløb. En analyse af fem indsats typer". AKF og DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Brockenhuus-Schack, A., Høeg, D., Johannesen, A., & Svendsen, C. 2002, "Kan gamle genoptrænes - og nytter det noget? Antologi om rehabilitering og genoptræning". Videncenter på Ældreområdet, Hellerup.

Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering 2003, "Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark". Sundhedsstyrelsen, København.

Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering 2003, "Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling". Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, København. Medicinsk Teknologivurdering 2003; 5(1)

Christensen, M. & Ankjær-jensen, A. 2003, "De små sygehuses rolle i den fremtidige sygehusstruktur. Lokale ambulancecentre kunne være en mulighed.", Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, vol. 79, no. 5, pp. 164-166.

Christiansen, B., Kjær, L., Lauritzen, T., Pedersen, G., Rahbek, J., Olesen, H., Mogenssen, S. M., Kjær, L., Skytt-Hansen, J., & Wittrup, P. 1988, Sundhedscenter i Ebeltoft. Ebeltoft.

Danmarks Lungeforening 2001, "Patientens bog. KOL Kronisk Obstruktiv Lungesygdom". Danmarks Lungeforening, København.

Danmarks Lungeforening 2004, "Fokus på KOL i Danmark.", Lungenyt, vol. 12, no. Særnummer, pp. 1-4.

Danneskiold-Samsøe, B., Lipczak, H., & Engberg, L. 2003, "Det finske sundhedsvæsen". Udarbejdet af DSI Institut for Sundhedsvæsen for Amtsrådsforeningen. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Dansk Selskab for Almen Medicin 1990, "Referat af Dansk selskab for almen medicin's seminar om sundhedscentre", den 7. oktober 1989. Dansk selskab for almen medicin, København.

de Fine Olivarius, N., Beck-Nielsen, H., Helms Andreasen, A., Hørder, M., & Pedersen, P. A. 2001, "Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus.", British Medical Journal, vol. 323, pp. 970-975.

Diabetesforeningen i Danmark. "Udarbejdelse af handlings- og gennemførelsesplan vedrørende Frederiksborg Amts diabetesbehandling". www.diabetes.dk/wm3198. Sidst opdateret: 25-1-2002. Udskrevet: 2-6-2004.

DSI Institut for Sundhedsvæsen 1999, "Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsvæsenet. DSI's indsats i de kommende år". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Døssing, M. 2003, "Tidlig diagnostik er vigtig", Lungenyt, vol. 12, no. Særnummer, pp. 1-4.

Enevoldsen, K. 2002, "Samarbejde om genoptræning amt og kommune". En rapport fra arbejdsgruppen i Ribe Amt. Ribe Amt, Ribe.

Engberg, L., Søgaard, J., & Tang, K. 2000, "Kortlægning af ressourceforbruget på kommunalt niveau til træning af ældre". En sammenligning af 1996 og 1999 med hovedvægten på genoptræning. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Engberg, L. & Tang, K. 2000, "Genoptræning af ældre i kommunerne - baseret på seks interviews". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Engberg, L., Danneskiold-Samsøe, B., & Lipczak, H. 2003, "Det finske sundhedsvæsen. Nogle karakteristika og udviklingstendenser med udgangspunkt i nuværende administration, organisation og finansiering". Udarbejdet af DSI Institut for Sundhedsvæsen for Amtsrådsforeningen. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Eriksen, N., Frausing Hansen, E., Munch, E. P., Vejøl Rasmussen, F., & Vestbo, J. 2003, "Kronisk obstruktiv lungesygdom. Indlæggelse, forløb og prognose.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 37, pp. 3499-3502.

Feachem, R. G. A., Sekhri, N. K., & White, K. L. 2002, "Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente.", British Medical Journal, vol. 324, pp. 135-143.

Felsby, O. & Ebdrup, M. 2003, "Amter og 100.000 ansatte indgår historisk kompromis. Læger, sygeplejersker og amterne bilægger strid om sundhedscentre.", Dagens Medicin no. 25, p. 8.

Forsom, L., Grindsted, P., Ralov, H., & Rubak, J. M. 2001, "Praksiskonsulentordningen i Danmark". Statusrapport 2000. DSAM, København.

Foucault, M. 2000, "Klinikkens fødsel". Hans Reitzel, København.

Frederiksborg Amt 2001, "Sundhedsplan 2001 – 2004". Frederiksborg Amt, Hillerød.

Frederiksborg Amt 2002, "Handlingsplan for den fremtidige behandling af type 2 diabetikere i Frederiksborg Amt". Notat fra Planlægnings- og forebyggelsesafdelingen den 9. april 2002. Hillerød.

Frederiksborg Amt 2003, "Arbejdet med strukturkommissionen - lokale sundhedstilbud". Notat fra Frederiksborg Amt til Amtsrådsforeningen den 08.10. 2003 Hillerød.

Frederiksborg Amt 2003, "Konkretisering af Sundhedsvision Nordsjælland - forebyggelse og sundhedsfremme". Notat fra Frederiksborg Amt, Planlægnings- og Økonomi-afdelingen, 27. juni 2003. Hillerød.

Frederiksborg Amt 2003, "Sundhedsvision Nordsjælland - forslag til omlægning af medicinsk basisbehandling". Notat fra Frederiksborg Amt, Planlægnings- og Økonomi-afdelingen, 27. juni 2003. Hillerød.

Frederiksborg Amt 2004, "Betænkningen fra Strukturkommissionen". Notat fra Frederiksborg Amt til Amtsrådsforeningen 25.03.2004. Hillerød.

Frederiksborg Amt 2004, "Diverse materiale vedr. organisering af Funktions-enhedsledelser". Notat fra Frederiksborg Amtsråd. Hillerød.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen 2001, "Aftale mellem Hillerød Kommune og Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen". Notat fra Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen juli 2001. Hillerød.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen 2001, "Aftale mellem Stenløse Kommune og Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen". Notat fra Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen juli 2001. Hillerød.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen 2003, "Sundhedsvision Nordsjælland - forslag til udflytning af opgaver til praksissektoren". Notat fra Frederiksborg Amt, Planlægnings- og Økonomiafdelingen, 27. juni 2003. Hillerød.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen 2003, "Statusrapport om genoptræning i Frederiksborg Amt og kommunerne i amtet". December 2003. Frederiksborg Amt, Hillerød.

Freil, M., Gut, R., Gothen, I., & Petersen, J. 2003, "Patienters vurdering af landets sygehuse 2002. Spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 patienter". Enheden for brugerundersøgelser på vegne af Amterne, H:S, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Enheden for Brugerundersøgelser, Glostrup.

Guldager, A. 2004, "På vej mod sundhedscentre.", Fysioterapeuten, vol. 86, no. 3, pp. 24-26.

Ham, C., York, N., Sutch, S., & Shaw, R. 2003, "Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data.", British Medical Journal, vol. 327, pp. 1257-1260.

Hede, A. & Højgaard, J. A. 2004, "Genoptræning - fra problem til princip". Huset Mandag Morgen, København.

Heick, A. 1995, "Sundhedens pris. En debatbog om sundhedssektoren". Rhodos, København.

Helledi Kristensen, G., Nøhr, C., & Svendsen, O. 1984, "Lokale sundhedscentre. En analyse af sygdomsbegreber og et forslag til ændret praksis". Ålborg Universitetscenter, Ålborg.

Hermiz, O., Comino, E., Marks, G., Daffurn, K., Wilson, S., & Harris, M. 2002, "Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease.", British Medical Journal, vol. 325, pp. 938-940.

Hjørring-Brønderslev Sygehus & Nordjyllands amt 2001, "Sundhedsfremmekontrakt mellem Hjørring-Brønderslev Sygehus og Nordjyllands Amt". Notat, september 2001.

Holmsted, K. 2003, "Fysioterapeuter på recept.", Fysioterapeuten, vol. 85, no. 22, pp. 43-45.

Hørsholm Kommune & Frederiksborg Amt 2000, "Forslag til Etablering af Sundhedscenter Hørsholm - en grovskitse". Hørsholm.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Rådgivende Udvalg 2003, "Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer". Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Institut for Fremtidssforskning 1999, "Sundhedsvæsenet i fremtiden". Rapport udarb. for Sundhedsministeriet Sundhedsministeriet, København.

Iversen, J. 1991, "Fra sygehus til sundhedscenter.", Tidsskrift for danske sygehuse, vol. 67, no. 1, pp. 5-6.

Jakobsen, B. H. & Iversen, L. 2003, "Motion på recept. Et forslag til et etårigt forsøg i Ribe Amt". Ribe Amt, Ribe.

Juel, K. & Døssing, M. 2004, "Kronisk obstruktiv lungesygdom - en overset folkesygdom.", Ugeskrift for Læger, vol. 166, no. 14, pp. 1308-1310.

Juul Jørgensen, S. & Hendriksen, C. 2003, "Det udgående hospital. Projekt i H:S om ændrede behandlingsforløb med udgående funktioner fra hospitalerne.", Lægen pp. 22-23.

Karlebo Kommune. "Sundhedscenter Mergeltoften". www.karlebo.dk/Sundhedscenter-Mergeltoften.htm. Sidst opdateret: 26-2-2003. Udskrevet: 12-3-2004.

Karlebo Kommune. "Sundhedscenter Brønsholmdal". www.karlebo.dk/Sundhedscenter-Brhdal.htm. Sidst opdateret: 17-2-2004. Udskrevet: 2-4-2004.

Klarlund Pedersen, B. & Saltin, B. 2003, "Fysisk aktivitet. Håndbog om forebyggelse og behandling". Sundhedsstyrelsen, København.

Knudsen, M. S., Christensen, J. K., Friis, S., & Wagner, L. 1999, "Skævingeprojektet 10 år efter. Undersøgelse af en integreret sundhedsordning". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.(DSI rapport 99.03)

Kommunernes Landsforening 2003, "Lokale sundhedscentre i kommunerne.", Nyt fra KL's bestyrelse, Sænummer.

Kommunernes Landsforening. "Lægehus i Nr. Lyndelse". www.kl.dk/301025. Sidst opdateret: 27-11-2003. Udskrevet: 17-3-2004.

Kommunernes Landsforening. "Genoptræningscenter i Søllerød - del af det "murstensløse" sundhedshus." www.kl.dk/300962. Sidst opdateret: 27-11-2003. Udskrevet: 17-3-2004.

Kommunernes Landsforening. "Lokalcenter Åbyhøj sundhedsklinik". www.kl.dk/300957. Sidst opdateret: 27-11-2003. Udskrevet: 17-3-2004.

Kommunernes Landsforening. "Terndrup sundhedscenter". www.kl.dk/300960. Sidst opdateret: 27-11-2003. Udskrevet: 17-3-2004.

Kommunernes Landsforening. "Hobro sundhedscenter". www.kl.dk/300958. Sidst opdateret: 27-11-2003. Udskrevet: 17-3-2004.

Lange, P. 1992, "Kronisk obstruktiv lungesygdom. Forebyggelse og behandling - en konsensusrapport fra Dansk Lungemedicinsk Selskab". Dansk Lungemedicinsk Selskab, Vanløse.

Lange, P., Hansen, J. G., Iversen, M., Madsen, F., Munch, E., Vejlø Rasmussen, F., & Vestbo, J. 1998, "Diagnostik og behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom. Oversigt og vejledende retningslinjer". Den Almindelige Danske Lægeforening, København. Klarringsrapport nr. 1, 1998

Leick, C. 2004, "Sundhedscentre i Danmark. Så langt er amterne kommet med at planlægge sundhedscentre.", Sygeplejersken, vol. 104, no. 4, pp. 14-15.

Leick, C. 2004, "Fem skarpe til Connie Kruckow om sundhedscentre.", Sygeplejersken, vol. 104, no. 4, p. 9.

Lorenzen, I., Bendixen, G., & Hansen, N. E. 1999, "Medicinsk kompendium". 15. udg. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Lund Nielsen, M. & Vinge, S. 2004, "Lokale sundhedstilbud. Fire caseanalyser af lokale sundhedsnetværk". Amtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Lundsgaard Olsen, F. 2003, "Bedste offentlige arbejdsplads.", Sygeplejersken, vol. 103, no. 50, p. 5.

Lægeforeningen, Sundhedskartellet, Sygehusbranchen i Det kommunale Kartel, Amtsrådsforeningen 2003, "Det sammenhængende sundhedsvæsen skal udvikles - ikke fastlåses!", Pressemeddelelse 11.09.03

Lægehusgruppen i Billund 1980, "Hvordan ændres behandlerrollen? Et forsøg på at etablere et sundhedscenter indenfor rammerne af det danske sundhedsvæsen". Lægeforeningens Forlag, København.

Mintzberg, H. 1979, "The structuring of organizations. A synthesis of the research". Prentice-Hall, Englewood Cliffs .

Mintzberg, H. 1983, "Structure in fives. Designing effective organizations." Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Moe, J. B. 2003, "Et storcenter med sundhed.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 34, pp. 3252-3255.

Moe, J. B. 2003, "En finsk faldgrube", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 28, pp. 2834-2837.

Mølgaard, M. 2004, "Et fremskudt dige i lokalområdet. Kampen om sundhedscentrene. Klinikkerne må selv byde ind.", Fysioterapeuten, vol. 86, no. 2, pp. 4-10.

Mølgaard, M. "Flere skal have motion på recept." www.fysio.dk/sw23814.asp. Sidst opdateret: 4-2-2004.

Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003, KOL-Kronisk Obstruktiv Lunge-sygdom". 2 Bd. I: "Rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - fakta, definitioner og anbefalinger". II "Delrapporter 1-4." Slutprodukt fra Netværksgruppen. Høringsudgave Ordinært repræsentantskabemøde 27. oktober 2003 Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, København.

Nibe Kommune 1986, "På vej mod Nibe Sundhedscenter". Rapport nr. 1. Nibe Sundhedscenter. Nibe Kommune, Nibe.

Nibe Kommune 1987, "På vej mod Nibe Sundhedscenter". Forprojekt, oktober 1987. Rapport nr. 3 Nibe Kommune, Nibe.

Nibe Kommune 1989, "En beskrivelse af Nibe Sundhedscenter". Rapport nr. 4. Nibe Kommune, Nibe.

Nordjyllands amt. "Skagen Sundhedscenter".
www.nja.dk/SubSites/SygehusVendsyssel/ForBorgere/Afdelinger/MedicinskAfdeling/Skagen_sundhedscenter.htm. Sidst opdateret: 10-3-2004. Udskrevet: 28-5-2004.

Nordjyllands amt. "Et sundhedscenter kan være mange ting".
www.nja.dk/SenesteNyt/BagOmNordjylland/Etsundhedscenterkanvære.htm. Sidst opdateret: 28-1-2004. Udskrevet: 28-5-2004.

Nordjyllands Amt, Aalborg Sygehus og Århus Universitet 2002, "Evaluering af Projekt Gero-team, Skagen Sygehus". Udarbejdet af afdelingen for Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt i samarbejde med Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aalborg Sygehus og Århus Universitet. Aalborg, 2002.

Norling, K. 1981, "Sundhedscenter i Stenløse.", Farmaceutisk tidende, vol. 91, no. 35, pp. 621-627.

Nørbæk, L. & Pedersen, L. 2003, "Lokale sundhedscentre i et sammenhængende sundhedsvæsen". Notat fra Amtsrådsforeningen 09-09-2003. København.

Nørbæk, L. 2003, "Bærende principper for tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets tilbud". Notat fra Amtsrådsforeningen 24-06-2003. København.

Olesen, F. 2004, "Fastholdelse og udbygning af et sammenhængende sundhedsvæsen" i Brudstykker eller sammenhæng? - En antologi om forudsætningen for en offentlig strukturreform., FOKUS, København, pp. 306-322.

Opgavekommissionen 1998, "Fordelingen af opgaver i den offentlige sektor. Indenrigsministeriet", København. Betænkning nr. 1366

Pagh, A. G. 2002, "Evaluering af projekt akut stue på plejehjem og akut vagt i eget hjem". Vestsjællands Amt, Sorø.

Palsbo, S. 1987, "Center for sundhed i stedet for sygdom.", Sygeplejersken, vol. 87, no. 40, pp. 4-8.

Pedersen, H. 2003, "Præsentation af Træningscenter Skagen" ved fuldmægtig Henrik H. Pedersen, Nordjyllands Amt (Socialministeriets konference om "Samarbejde mellem amt og kommune - om genoptræning af ældre", sept. 2003).

Pedersen, L. 2003, "De praktiserende læger og kommunale sundhedscentre". Notat fra Amdsrådsforeningen 09-05-2003. København.

P.L.O. 1988, "Sundhedscentre - spændetrøje eller udvikling?" P.L.O.'s åbne møde den 7. maj 1988 i Sønderborg.", Ugeskrift for Læger, vol. 150, no. 27, pp. 1699-1703.

Poulsen, A. G. 2003, "Alle vil have sundhedscentre - undtagen fagfolk og eksperter.", Mandat, vol. 1, no. 5, pp. 8-12.

Poulsen, A. G. 2003, "Forkert at skille almen praksis fra sygehuse. Professor i almen medicin Frede Olesen.", Mandat, vol. 1, no. 5, p. 10.

Poulsen, J. 2003, "Sundhedscentre som metervare.", Mandat, vol. 1, no. 10, pp. 36-37.

Poulsen, J. 2003, "Sundhedscentre (leder).", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 26, p. 2625.

Poulsen, J., Nielsen, K., Worsøe, M., & Lassen, J. 2003, "Strukturkommissionen og sundhedssektoren (leder).", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 26, p. 2627.

Rasmussen, E. W. 2003, "Den politiske proces efter kommissionen.", Nyt fra KL's bestyrelse no. Særnummer, pp. 1-4.

Rasmussen, J. H. & Gjørup, T. 2003, "Kan indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital?", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 48, pp. 4640-4645.

Regeringen 2002, "Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10". Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Regeringen 2004, "Det nye Danmark". Regeringen, København.

Ribe Sundhedscenter. "Ribe Sundhedscenter".
www.sundhedscenter.ribeamt.dk/index.asp?hrefid=791A324468DBDB7441256D890029858C&menuid=9. Sidst opdateret: 21-11-2003. Udskrevet: 27-2-2004.

Riis, E. Foreløbige erfaringer med motion på recept på klinikker for fysioterapi.
www.sst.dk/upload/foreloeberfa_motion_recept_amterne.pdf. Sidst opdateret: 2003. Udskrevet: 9-6-2004.

Ringbæk, T. J. 2001, "Reviderede guidelines ved kronisk behandling i hjemmet.", Ugeskrift for Læger, vol. 163, no. 34, p. 4605.

Ringbæk, T. J., Eriksen, N., & Vestbo, J. 2003, "Assisteret hjemmebehandling af eksacerbation i kronisk obstruktiv lungesygdom. Fremskyndet udskrivelse til fortsat behand-

ling, monitorering og pleje i eget hjem varetaget af lungesygeplejerske.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 20, pp. 2091-2095.

Rix, B. 2003, "Projekt Personlig Læge i H:S. Rapport om projektforløb fra Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet". Intern H:S rapport. Bispebjerg Hospital, København.

Rønnov, F. 2003, "Sundhedscentre er kommet for at blive.", Ugebrevet Mandag Morgen no. 24, pp. 32-35.

Samordningsudvalget for Sundhedsvæsenet 1985, "Samordning i sundhedsvæsenet". Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet. København. Betænkning nr. 1044.

Samuel, J. 2003, "Samarbejde i snitfladerne mellem amt, kommune og praksissektor." Notat fra Amtsrådsforeningen 05-11-2003. København.

Skagen Kommune & Nordjyllands Amt 1996, "Sundhedsaftale mellem Skagen kommune og Nordjyllands Amt". Skagen Kommune, Skagen.

Skagen Sygehus og Skagen kommune 1997, "Rapport vedrørende etablering af fælles træningscenter for Skagen kommune og Skagen Sygehus". Frederikshavn.

Skagen Sygehus 1998, "Projektbeskrivelse vedrørende etablering af Gero-team funktion på Skagen Sygehus". Skagen.

Skanderborg Sundhedscenter. "Skanderborg Sundhedscenter. Sådan blev sundhedscentret til". www.skanderborg-sundhedscenter.dk/. Sidst opdateret: 6-2-2004. Udskrevet: 27-2-2004.

Skævinge Kommune 2001, "Akutpladser og rehabiliteringspladser i Skævinge Kommune". Samarbejdsaftale af 1.1.2001 mellem Skævinge Kommune, Frederikssund Sygehus, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Skævinge.

Steenberger, A. 2003, "Nærbillede af et sundhedscenter.", Mandat, vol. 1, no. 9, pp. 14-15.

Steenberger, A. 2003, "Dårlig idé at skille sygehuse og praksislæger.", Mandat, vol. 1, no. 10, pp. 12-14.

Stevnhøj, A. L. 2003, "Lægehuset med 20 medarbejdere.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 33, pp. 3182-3183.

Stevnhøj, A. L. 2003, "KOL-retningslinjer på vej.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 25, pp. 2588-2589.

Stevnhøj, A. L. 2003, "Tehnologi og tillid.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 36, pp. 3447-3448.

Strauss, A., Suczek, B., & Wiener, C. 1997, "Social organization of medical work". Transaction Publishers, New Brunswick.

Strukturkommissionen 2004, "Strukturkommissionens Betænkning". Bd. 1-3 København. Betænkning 1434

Stubkjær, J. 2002, "Læge i spidsen for Bornholm.", Ugeskrift for Læger, vol. 164, no. 32, pp. 3602-3603.

Stubkjær, J. 2002, "Bornholm går egne veje.", Sygeplejersken, vol. 102, no. 8, pp. 12-14.

Sundhedsfagligt Forum 2004, "Sammenhæng i søgelyset. Fremtidens sundhedsvæsen til debat". Amsrådsforeningen, København.

Sundhedskartellet. "Gør sygehuset endnu bedre".
www.sygeplejersken.dk/msite/text.asp?pdfid=789092&id=46&TextID=3441. Sidst opdateret: 26-6-2003. Udskrevet: 2-6-2004.

Sundhedskartellet 2003, "Sundhedscentre - Nødvendige lokale sundhedstilbud". Sundhedskartellet, København.

Sundhedskartellet 2003, "Sundhedscentre - Nye veje til mere sundhed for pengene". Sundhedskartellet, København.

Sundhedskartellet. Sundhedscentret Sygehus Fyn.
www.sygeplejersken.dk/msite/text.asp?id=46&TextID=4357. Sidst opdateret: 20-1-2004. Udskrevet: 12-3-2004.

Sundhedsministeriet 1994, "Mellem to stole. Temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver". Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsministeriet 1999, "Sundhedssektoren - Status & fremtidsperspektiver". Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsministeriet 2001, "Den ældre medicinske patient". Rapport Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsstyrelsen Viden- og Dokumentationsenheden 2003, "Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom". Notat fra Sundhedsstyrelsen, Viden- og Dokumentationsenheden december 2003. København.

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende diabetesbehandling 1994, "Diabetesbehandling i Danmark - fremtidig organisering". Redegørelse. Sundhedsstyrelsen, København.

Sygehus Fyn Ærøskøbing. "Sundhedscenter". Sygehus Fyn Ærøskøbing.
www.shfaeroe.dk/afdelinger/sundhedscenter.htm. Sidst opdateret: 4-11-2001. Udskrevet: 12-3-2004.

Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt 2002, "Evaluering af Projekt Gero-team Skagen Sygehus". Nordjyllands Amt, Aalborg.

Søllerød Kommune 2004. "Rejsegilde på Skovbrynet i Holte".
www.sollerod.dk/document.asp?page=document&objno=55104. Sidst opdateret: 25-3-2004. Udskrevet: 4-6-2004.

Søndergaard, B. & Herborg, H. 2004, "Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer". Evidensrapport 7. Pharmakon, Hillerød.

Sønderjyllands Amt 2002. "Notat om sundhedscenter". Sønderjyllands Amt, Sundhedsforvaltningen den 17. april 2002.
www.sja.dk/sja/sjamt.nsf/links/1848F809D282F0C2C1256BA60040A83E. Sidst opdateret: 25-6-2002. Udskrevet: 27-2-2004.

Sørensen, H. A. 2004, "Type 1 sukkersyge (Diabetes mellitus type 1)".
www.netpatient.dk/IDDM.htm. Sidst opdateret: 3-2-2004. Udskrevet: 26-5-2004.

Tang, K. & Engberg, L. 2003, "Genoptræning af ældre i amter og kommuner". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Thune Jacobsen, E. 1988, "Sundhedscentre som tilbud i lokalmiljøet". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Thune Jacobsen, E. 1990, "Hvordan står det til med sundhedscenterideen i Danmark", i Sundhedscentre i lokalsamfundet., E. Thune Jacobsen, ed., Dansk Sygehus Institut, København, pp. 20-24.

Thune Jacobsen, E. 1991, "Sundhedscentre i lokalsamfundet. Konferencerapport". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Thune Jacobsen, E., Vinther, K., Vejlø Rasmussen, F., & Kürstein, P. 2002, "Sygehus-baseret forebyggelse for KOL-patienter under indlæggelse og i hjemmet. Kvantitativ og kvalitativ evaluering af et 1-årigt interventionsprojekt rettet mod patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.(DSI rapport 2002.03)

Thune Jacobsen, E. 2003, "Bedre livskvalitet for lungesyge.", Sygeplejersken, vol. 103, no. 16, pp. 20-23.

Ulrik, C. S. & Lange, P. 2004, "Rehabilitering ved kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Dansk Lungemedicinsk Selskab.", Ugeskrift for Læger, vol. 166, no. 12, p. 1114.

Vestbo, J., Lange, P., & Frausing Hansen, E. 2002, "Kronisk obstruktiv lungesygdom. COPD-verdensdag 2002.", Ugeskrift for Læger, vol. 164, no. 47, p. 5510.

Vestbo, J. & Ulrik, C. S. 2003, "Eksacerbation i kronisk obstruktiv lungesygdom - bedre forebyggelse og behandling.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 12, p. 1243.

Vestbo, J. 2003, "Nytænkning og KOL.", Ugeskrift for Læger, vol. 165, no. 45, p. 4319.

Vibe-Petersen, J., Puggaard, L., Kohlwes, S., Røjen, D., Iversen, M., Bondorph Nielsen, P., & Hoffmann, H. 2003, "Type 2 diabetes håndbog for social- og sundhedshjælpere". Type2dialog, København.

Vinge, S. 2003, "Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse". Ph.d.-afhandling. Handelshøjskolen i København, København. (Ph.d.-serie 9.2003)

Wagner, E. H., Grothaus, L. C., Sandhu, N., Galvin, M. S., McGregor, M., Artz, K., & Coleman, E. A. 2001, "Chronic care clinics for diabetes in primary care. A system-wide randomized trial.", Diabetes Care, vol. 25, no. 4, pp. 695-700.

Wagner, L. 1990, "Græsted-Gilleleje Sundhedsprojekt. Sundhedscentre i lokalmiljøer". Projektbeskrivelse 1988-1993. Græsted-Gilleleje Kommune, Græsted-Gilleleje.

Weil, H. M. 2004, "En tur i sundhedscentret.", Sygeplejersken, vol. 104, no. 4, p. 7.

Westphal Christensen, B. 1988, "Hvilken udformning får sundhedscenterideen i Danmark?", Fokus på sygeplejen no. 89, pp. 161-167.

Willemann, M., Vested, S. H., & Tang, K. 2003, "Den behandlende sygeplejerske - erfaringer med behandlersygeplejersker i akut- og skadestuefunktioner i England og Danmark". DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.(DSI rapport 2003.02)

Østergaard, P. 2001, "Evaluerings af Ribe Plejecenter der er etableret i et samarbejde mellem Ribe Amt og Ribe Kommune". Ribe Plejecenter, Ribe.

Århus Amt. "Sundhedscentre".
www.aaa.dk/aaa/index/serviceomraader/sundhed/sundhedscentre.htm. Sidst opdateret: 5-1-2004. Udskrevet: 5-4-2004.

Århus Amtskommune 1987, "Rapport om sygehusbaseret sundhedscenter i Ebeltøft". Århus Amtskommune, Sygehusvæsenet, Århus.