

# Deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Barrierer og muligheder for udvalgte borgeres deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud



*Deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud  
– Barrierer og muligheder for udvalgte borgeres deltagelse i Københavns Kommunes  
rehabiliterings- og forebyggelsestilbud*

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-392-5

Projekt: 302841

Finansiering: Københavns Kommune, Center for Forebyggelse og Folkesundhed og Center for Sundhed og Rehabilitering

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



## Forord

Flere ældre borgere og flere borgere med kroniske sygdomme kombineret med større rekrutteringsudfordringer i sundhedssektoren stiller stigende krav til, at borgere holdes raske og sunde så længe som muligt. VIVE har gennemført en undersøgelse for Københavns Kommune, der skal bidrage med viden om muligheder og barrierer for udvalgte borgeres deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Undersøgelsen bygger på interviews med borgere, ledere og sundhedsfaglige medarbejdere, praktiserende læger og praksispersonale samt andre aktører i kontakt med borgere med behov for rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. VIVE retter en stor tak til alle, der har deltaget i interviews, og alle, der har bidraget til, at VIVE kunne deltage i udvalgte holdtilbud. Endelig rettes en tak til de to eksterne reviewere, som har læst og kommenteret et tidligere udkast til denne rapport.

Målgruppen for undersøgelsens resultater er ledere, medarbejdere og politikere i Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, herunder i de bydækkende enheder. Viden fra undersøgelsen skal indgå i kommunens videre arbejde med at udvikle kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Rapporten henvender sig dog også til ledere, sundhedsfaglige medarbejdere og politikere i andre kommuner.

*Sanne Schioldann Haase*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
Afrapportering	15
1 Indledning	16
1.1 Undersøgelsens formål	18
1.2 Afgrænsning af borgere i målgruppe for denne undersøgelse	19
1.3 Afgrænsning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	22
1.4 Læsevejledning	22
2 Kontekst for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde	24
2.1 Politisk og strategisk kontekst	24
2.2 Organisering af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	25
2.3 Samarbejdet med almen praksis	27
3 Individuelle barrierer for målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	28
3.1 Det første initiativ: Borgeres henvendelse og fagpersoners motivation	30
3.2 Borgeres forventninger og tidligere erfaringer	31
3.3 Sygdom og sociale udfordringer	33
4 Barrierer ved opsporing og henvisning	39
4.1 Almen praksis: En vigtig aktør i opsporing og henvisning af målgruppen	40
4.2 Andre veje til opsporing og henvisning	45
4.3 Hvilke borgere henvises ikke?	47
5 Barrierer knyttet til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	49
5.1 Fra henvisning til opstart: Betydningen af hurtig kontakt og ventetid	50
5.2 Organisering og tilrettelæggelse af tilbud	53
5.3 Forløbsafslutning og planlægning af det næste skridt	62
6 Fokusområder for målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	64

6.1	Fokusområde 1: Samarbejde om opsporing og henvisning	66
6.2	Fokusområde 2: Information om rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	69
6.3	Fokusområde 3: Tilpasning af eksisterende rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	73
6.4	Fokusområde 4: Muligheder efter endt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	75
<hr/>		
	Litteratur	79
<hr/>		
	Dokumentation	84
<hr/>		
7	Metode	85
7.1	Interview i almen praksis	85
7.2	Bydækkende enheder: Observation og interviews med ledere, sundhedsfaglige medarbejdere og borgere	87
7.3	Interview med andre aktører	92
7.4	Afgrænsning af undersøgelsens målgruppe i forbindelse med interviews	93
7.5	Databehandling og analyse	94

# Hovedresultater

I en kontekst af stigende gennemsnitsalder, flere borgere med helbredsudfordringer og stigende rekrutteringsudfordringer i sundhedssektoren er der et tiltagende behov for, at flest mulige borgere holdes raske og sunde i så lang tid som muligt.<sup>1</sup> På linje med udviklingen i resten af landet forventes andelen af ældre borgere også at stige i Københavns Kommune de kommende år. Københavns Kommune tilbyder en række rehabiliterings- og forebyggelsestilbud rettet mod borgere med helbredsudfordringer, herunder en række tilbud målrettet borgere med kronisk sygdom som KOL, diabetes, hjertesygdom og kræft. Disse tilbud søges løbende udviklet og tilpasset den københavnske befolkning, og som del af kommunens sundhedspolitik 2015-2025 og strategiske indsatser er der bl.a. fokus på at reducere ulighed i sundhed og fremme livskvalitet.

VIVE har gennemført en undersøgelse for Københavns Kommune, der skal bidrage til Københavns Kommunes indsats for, at flest mulige borgere, som vil have gavn af et kommunalt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, gør brug heraf. Der er med denne undersøgelse en særlig interesse for at bidrage til Københavns Kommunes overordnede fokus på at nedbringe ulighed i sundhed og derfor et særligt fokus på den gruppe borgere, som i Københavns Kommune betegnes som 'gul klynge'.

'Gul klynge' udgør 1 ud af 4 klynger, der på baggrund af en klyngeanalyse karakteriserer borgere over 65 år i Københavns Kommune (se de fire klynger i Figur 1). 'Gul klynge' er bl.a. karakteriseret ved forekomst af nogle alvorlige sygdomme, et plejebehov og risikofaktorer for sygdom, fx rygning, kost og alkohol, samt en række sociodemografiske faktorer. 'Gul klynge' (i det følgende: 'undersøgelsens målgruppe', 'borgere i målgruppen' eller 'målgruppen') er udvalgt af Københavns Kommune som målgruppe for denne undersøgelse ud fra en vurdering af, at der for denne gruppe af borgere er et særligt sundhedsfremmende potentiale. Med henblik på også at kunne fokusere på potentialerne for en tidlig rehabiliterings- og forebyggelsesindsats inkluderes borgere i alderen 45+ år.

Opdelingen af borgere i de fire klynger er en analytisk opdeling, som kan bruges til at skabe et overblik over borgeres forskellige behov og forudsætninger for livskvalitet og sundhed. Denne undersøgelse afgrænser sig således fra borgere med de mest alvorlige psykiske og sociale problemstillinger, men 'gul klynge' ligner både 'rød klynge' og 'de grønne klynger' (se Figur 1) på nogle parametre for sygdomsbelastning, forekomst af risikofaktorer, uddannelsesniveau m.m. I undersøgelsen har

---

<sup>1</sup> Undersøgelsen tager udgangspunkt i WHO's definition af sundhed, der ikke kun fokuserer på fravær af fysisk sygdom, men trivsel i en bredere forstand: *Sundhed er en tilstand hos et individ eller en gruppe af individer karakteriseret ved fysisk, mental og social trivsel.*

det således ikke været muligt at undgå at berøre borgere, som bevæger sig i grænselandet mellem særligt 'gul klynge' og 'rød klynge', og nogle af de barrierer, muligheder og potentialer, som fremhæves i denne rapport, vil formentlig også komme 'rød klynge' til gavn.

**Figur 1 Københavns Kommunes inddeling af borgere i fire klynger**

Figuren illustrerer fire klynger – to grønne, en gul og en rød klynge – med hver deres karakteristika i forhold til sygdomsbelastning og plejebæhov, arbejdsmarkedstilknytning, uddannelsesniveau, civilstatus m.m.



Kilde: Københavns Kommune (2023).

## Undersøgelsens formål

Undersøgelsen er tilrettelagt med udgangspunkt i følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke barrierer, muligheder og potentialer påvirker, at borgere i målgruppen kan deltage i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?

- Hvilke barrierer, muligheder og potentialer præger samarbejdet mellem almen praksis og Københavns Kommune i opsporing og henvisning af borgere i målgruppen til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?
- Hvilke fokusområder kan udpeges for at styrke Københavns Kommunes fortsatte arbejde med at sikre, at flest mulige borgere i målgruppen deltager i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interviews med udgangspunkt i seks bydækkende enheder målrettet borgere med langvarig eller kronisk sygdom, ledighed samt mental mistrivsel. De seks enheder er Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Center for Lungesygdomme, Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse, Center for Mental Sundhed, Center for Kræft og Sundhed og Center for Genoptræning<sup>2</sup>. Der er dog ikke tale om en evaluering af de enkelte bydækkende enheder eller af Københavns Kommunes forebyggende indsats som helhed.

### **Samspil mellem individuelle og tilbudsspecifikke barrierer har betydning for deltagelse**

Undersøgelsen fremhæver en række barrierer for borgere i målgruppens deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Nogle af disse kan knyttes til individuelle faktorer i relation til borgere i målgruppen, andre kan knyttes til faktorer i relation til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene og den omgivende organisering samt strukturen for samarbejde med andre aktører i og uden for sundhedsvæsenet.

De individuelle barrierer har bl.a. betydning for, hvordan nogle borgere i målgruppen selv opsøger og gør brug af de tilbud, som er til rådighed i sundhedsvæsenet, herunder Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Disse barrierer spiller sammen med de tilbudsspecifikke og organisatoriske faktorer og giver anledning til en række fokusområder, som kan inddrages i den videre udvikling af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud afhængigt af politiske, økonomiske og faglige prioriteringer og muligheder.

### **Individuelle barrierer: Borgeres forventninger, samlede situation og ressourcer**

Borgere i målgruppen er ikke en homogen gruppe, men spænder over borgere med en eller flere kroniske sygdomme til borgere med uspecifikke symptomer uden en diagnose, og som også kan have varierende sociale og mentale udfordringer. På linje med anden litteratur om social ulighed peger denne undersøgelse på følgende

---

<sup>2</sup> I Center for Genoptræning er der kun fokus på tilbud, som *ikke* er målrettet borgere med midlertidigt genoptræningsbehov (§ 140).



individuelle faktorer, som kan få betydning for borgere i målgruppens deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud:

- **Borgeres forventninger og tidligere erfaringer:** Negative forventninger til tilbuddenes format (fx for meget 'skole' og 'undervisning'); en bekymring for, om man passer ind i et gruppetilbud; en grundlæggende oplevelse af skyld og skam knyttet til at have fået en adfærdsbetinget sygdom; generel mistillid til kommunale tilbud og negative forventninger til udbyttet af et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.
- **Sygdomsrelaterede faktorer:** Sygdomme kan komme til udtryk på en måde, som gør det vanskeligt at møde op og deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud (fx begrænset energi, bekymring for smitterisici eller angstsymptomer). Nogle borgere er desuden så belastede af deres sygdomsforløb, at de ikke kan overskue at deltage.
- **Flere samtidige udfordringer:** Udfordringer, der rækker ud over borgernes helbredstilstand. Det kan være sociale, økonomiske eller familiære udfordringer, som er mere påtrængende at tage sig af end egen sundhed, og som også påvirker overskuddet til selv at søge hjælp hertil.
- **Sygdomsforståelse og sygdomshåndtering:** Nogle borgere i målgruppen har svært ved at forstå alvoren af deres sygdom, og de opfatter ikke sig selv som 'kronisk syge'. Dertil har nogle svært ved at navigere i sundhedssystemet, efter-spørger ikke ydelser og stiller få eller ingen krav til velfærdssamfundet.

Der er altså tale om en gruppe af borgere, der ikke i samme grad som mere ressourcestærke borgere er proaktive i forhold til at håndtere egen sundhed og søge fagpersoners hjælp hertil, og som oftere oplever udfordringer med både den fysiske, mentale og sociale trivsel. Samtidig er det karakteristisk for borgere i målgruppen, at de har behov for støtte og motivation til at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, hvilket stiller krav til de aktører – fx almen praksis – som har en nøglerolle i forhold til opsporing og henvisning af målgruppen.

#### **Tilbudsspecifikke barrierer: ventetider, specialiseret organisering og holdformat**

Målgruppeborgeres deltagelse og fastholdelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud påvirkes af en række faktorer knyttet til den eksisterende organisering og tilrettelæggelse af tilbuddene. Dette selvom om de bydækkende enheder forsøger at være opmærksomme på målgruppens behov og at tilpasse eksisterende tilbud hertil i det omfang, det er muligt.

- **Ventetid fra henvisning til opstart** kan betyde, at borgere i målgruppen mister den motivation, som fx er opbygget i almen praksis. I nogle bydækkende enheder, fx Center for Mental Sundhed, opleves større efterspørgsel efter tilbud, end der er kapacitet til.
- **Organisering omkring diagnoser** i de bydækkende enheder kan betyde, at det kan være svært for henvisende aktører at finde relevante tilbud til borgere, der er i risiko for sygdom, eller som har flere samtidige sygdomme eller udfordringer.
- **Behov for individuelt tilpassede tilbud** er særligt stort for borgere i målgruppen karakteriseret ved flere samtidige sygdomme eller andre samtidige udfordringer. Muligheden for individuelt tilpassede løsninger er dog udfordret af fx de kommunale økonomiske rammer.
- **Holdtilbuddets sociale element** kan være en fordel for borgere i målgruppen i form af oplevet fællesskab og gensidig støtte, men kan også være en barriere for de borgere, der ikke føler sig komfortable i gruppesammenhænge, fx borgere med mentale helbredsudfordringer eller borgere, som ikke taler dansk.

### **Almen praksis: Viden og overblik som barriere for henvisninger**

Almen praksis har generelt en vigtig rolle i henvisning af borgere til Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og for borgere i undersøgelsen en yderligere vigtig rolle i forhold til at opspore og motivere til deltagelse.

Fra almen praksis' side vurderes det, 1) at den nuværende infrastruktur ([www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk)) for deling af information om Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er brugbar og giver et godt overblik, 2) at rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er fagligt gode og kan fungere som aflastning for almen praksis i en travl hverdag, og 3) at det generelt er let at henvise borgere til kommunens tilbud.

Opsporing og henvisning i almen praksis udfordres dog af følgende:

- **Generelt tidspres i almen praksis**, som bliver en barriere for "at få stoppet op" og undersøgt borgere, som ville have gavn af at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.
- **Variierende opmærksomhed på og viden om kommunens aktuelle tilbud** på tværs af de praktiserende læger i kommunen og en tendens til, at praktiserende læger henviser til de samme allerede kendte tilbud. Der er desuden tvivl blandt nogle praktiserende læger og praksispersonale om, hvad de enkelte tilbud indebærer, og hvem de er målrettet til.

- **Begrænset overblik over, hvor man skal henvende sig**, når der er tale om borgere i målgruppen, som har flere samtidige sygdomme eller udfordringer ud over helbredsrelaterede, og hvor det ikke er helt tydeligt, om borgeren passer ind i et givent rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.
- **Begrænset overblik over sociale indsatser i Københavns Kommune** og dermed indblik i nogle af de tilbud, som borgere i målgruppen i lige så høj grad har brug for som de tilbud, der udgår fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

### **Fokusområder, som kan bidrage til målgruppens deltagelse**

Med udgangspunkt i barriererne for målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er der identificeret en række fokusområder, som Københavns Kommune kan arbejde videre med i udvikling og justering af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud afhængigt af økonomiske, faglige og politiske prioriteringer og muligheder.

#### *Fokusområde 1: Samarbejde om opsporing og henvisning*

I relation til de borgere, som ikke selv er proaktive og ikke har en kontinuerlig kontakt til sundhedsvæsenet – herunder almen praksis – er der et potentiale i at fokusere på det opsporende arbejde i samarbejde med de henvisende aktører.

- Screening af borgere, der kan have gavn af et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Nogle kommuner har afprøvet modeller for screening og triagering på baggrund af et spørgeskema sendt til alle borgere og derigennem opsporet borgere, som kunne have gavn af sundhedstilbud, og som ikke opspores andre steder, fx pga. sparsom kontakt til henvisende aktører.

- Styrkede muligheder for henvisning fra flere aktører

Flere borgere i målgruppen har forskellige kontaktflader i kommune og civilsamfund, som ikke er relateret til deres sundhed, men som kan bidrage til at identificere og eventuelt henvise til rehabiliterings- og sundhedstilbud. Denne mulighed er etableret i Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse og kan eventuelt overføres til andre bydækkende enheder.

- Enklere kommunikationsveje: En indgang til kommunen

Praktiserende læger efterspørger én indgang til kommunen som hjælp til at navigere i Københavns Kommunes organisation med henblik på at finde det rette tilbud til borgere i målgruppen. Dette skal ses som supplement til den eksisterende og vel-fungerende hjemmeside [www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk) og en struktur for at kunne tage en dialog om borgere, hvor det ikke er lige til at finde et passende tilbud. Undersøgelser peger på, at enkle og tydelige kommunikationsveje fremmer samarbejdet mellem kommune og almen praksis, men det er uklart, om det bidrager til, at flere borgere deltager i sundhedstilbud.

- Ventetid og hurtig kontakt

Der er risiko for, at borgere falder fra, hvis der er for lang tid fra henvisning til opstart i et rehabiliterings- og sundhedstilbud. Det er derfor vigtigt, at efterspørgsel på rehabiliterings- og forebyggelsestilbud står mål med kapaciteten i de bydækkende enheder.

#### *Fokusområde 2: Information om rehabiliterings- og forebyggelsestilbud*

Der er behov for vedvarende information om de aktuelle rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til både borgere og de henvisende aktører, herunder almen praksis.

- Information til og kommunikation med almen praksis

**Tydelighed om tilbuddenes indhold og relevans for målgruppen:** Der er i almen praksis uklarhed om, hvorvidt rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene favner borgere med flere samtidige sygdomme, borgere, som er i risiko for kronisk sygdom, men ikke har en diagnose, og borgere med primært sociale behov.

**Fælles udviklingsprojekter mellem almen praksis og Københavns Kommune:** Fælles udviklingsprojekter kan bidrage til gensidig viden om tilbud og arbejdsgange, og de praktiserende lægers kvalitetsklynger fremhæves ligeledes som relevant forum for gensidig vidensdeling.

**Information målrettet praksispersonale:** Praksispersonalet har ofte tæt kontakt til borgere med kronisk sygdom, og der er derfor et potentiale i også at målrette information om rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til denne gruppe.

- Information til borgere om rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Information til borgere kan indgå som vigtig del af de henvisende aktørers bidrag til at motivere borgere til deltagelse, herunder fx "gode historier" og anbefalinger fra

andre borgere. Der eksisterer allerede en del informationsmateriale rettet mod borgere, men som ikke er kendt af alle henvisende aktører.

### *Fokusområde 3: Tilpasning af eksisterende rehabiliterings- og forebyggelsestilbud*

Det er en væsentlig konklusion, at der er behov for tilbud med et bredere fokus end enkeltstående diagnoser og sygdomsområder, og at behovet for individuel tilpasning af tilbuddene stiger med kompleksiteten af borgeres sygdoms- og udfordringsbillede.

#### ■ Trinvis og tilpassede tilbud

Borgere i målgruppen har behov for tilpasning af indhold, fokus, lokation og form. Dette er der opmærksomhed på i de bydækkende enheder, som søges løst inden for de eksisterende ressourcemæssige rammer. Muligheden for individuel tilpasning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er således afhængig af ledelsesmæssig opbakning og ressourcer, der understøtter den mere individuelle tilgang.

#### ■ Ikke-diagnosespecifikke tilbud

I undersøgelsen fremgår en efterspørgsel på tilbud, der går på tværs af diagnoser. Herunder hører både tilbud rettet mod risikofaktorer og mere socialt sigte.

### *Fokusområde 4: Aktiviteter efter endt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud*

Der er behov for tilbud målrettet borgere i målgruppen, som de kan deltage i efter endt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, og desuden brug for støtte af borgere i målgruppen til at deltage heri.

#### ■ Udslusnings- og brobygningsaktiviteter tilpasset målgruppen

For mange borgere i målgruppen er der behov for udslusning eller brobygning til andre tilbud, hvor borgerne kan fastholdes i de vaner og den adfærd, de har lært i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene. Der er dog få relevante muligheder for borgere i målgruppen. I etableringen af nye brobygningsaktiviteter bør der være fokus på, at de er økonomisk og geografisk tilgængelige for målgruppen, at de viderefører nogle af de elementer, som de allerede kender fra de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, og at der er mulighed for, at fællesskab og socialt udbytte kan integreres som et selvstændigt mål med henblik på at fastholde borgere i aktiviteterne.

#### ■ Overblik over eksisterende og manglende brobygningsaktiviteter

Der er behov for en systematisk afdækning af eksisterende brobygningsaktiviteter og af, hvor der mangler tilbud for den mere sårbare målgruppe – både inden for det sundhedsmæssige og det sociale område samt i de forskellige bydele.

## Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interviews med praktiserende læger og praksispersonale, ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de udvalgte kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, borgere, som er henvist til og/eller har deltaget i et forløb i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud samt andre aktører i berøring med undersøgelsens målgruppe.

Der er i alt gennemført interviews med:

- 12 praktiserende læger og 4 praksispersonaler
- 2 ledere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
- 8 ledere og 7 sundhedsfaglige medarbejdere i de udvalgte bydækkende enheder
- 24 borgere henvist til seks udvalgte rehabiliterings- og forebyggelsestilbud\*
- 5 andre aktører i berøring med målgruppen, herunder en repræsentant for Lungeforeningen, en socialrådgiver, en socialsygeplejerske og medarbejdere i andre bydækkende enheder end de udvalgte.

Der er desuden gennemført observationsbesøg i de udvalgte rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

\* Herunder 1) borgere i gang med rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, 2) borgere henvist til, men som ikke har opstartet rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, og 3) borgere, som er opstartet, men ikke har gennemført et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

# > **Afrapportering**

# 1 Indledning

Gennemsnitsalderen er stigende i Danmark. Dette er i sig selv en positiv udvikling, men med stigende alder følger flere helbredsudfordringer og en større søgning efter ydelser i sundhedsvæsenet (Det Tværgående Analysekontor & Klimaenheden, 2022; Københavns Kommune, 2023; Udesen et al., 2020). Dette ses i alle sektorer, og ikke mindst i kommunerne, hvor kommunale sundhedsydelser og kommunale udgifter til genoptræning er steget over en årrække (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023). Samtidig ses stigende rekrutteringsudfordringer i det danske sundhedsvæsen, hvilket understreger behovet for at holde flest mulige borgere raske og sunde i så lang tid som muligt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023).

Larsen og Sodeman (2024) beskriver, hvordan social ulighed i sundhed produceres og reproduceres af individuelle, sociale og samfundsmæssige forhold. Disse forhold

har bl.a. betydning for, hvordan borgere tilgår velfærdssamfundets institutioner – herunder sundhedsvæsenet og kommunale sundheds tilbud. I Københavns Kommune er der, som del af kommunens sundhedspolitik for 2015-2025 (Københavns Kommune, 2015) særligt fokus på at reducere ulighed i sundhed. Dette ses også i konkrete handleplaner for udvalgte sygdomsområder (fx Københavns Kommune, 2022) og i den strategiske indsats, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune lancerede i 2021 med overskriften 'Flere sunde leveår for københavnere'.

## Sundhed i denne undersøgelse

Undersøgelsen tager udgangspunkt i WHO's definition af sundhed:

*Sundhed er en tilstand hos et individ eller en gruppe af individer karakteriseret ved fysisk, mental og social trivsel.*

Der er således tale om et bredt sundhedsbegreb, der ikke bare fokuserer på fravær af fysisk sygdom, men trivsel i en bredere forstand.

Formålet med denne strategiske indsats var 'at opnå viden om, hvordan Københavns Kommune kan bidrage til at sikre flest mulige sunde og raske leveår til gavn for den enkelte københavnere og for kommunen som helhed (Center for Forebyggelse og Folkesundhed, 2023). Som del af den strategiske indsats er der desuden formuleret tre udviklingsspor (Center for Forebyggelse og Folkesundhed, 2023):



1. *Samarbejde med almen praksis om flere sunde leveår til københavnere*

Fokus på opsporing af borgere med behov for en forebyggende indsats via almen praksis som aktør, som har adgang og kendskab til borgere, og hvor der er etableret samarbejde med Københavns Kommune via kommunens praksiskonsulenter og Kommunalt Lægeligt Udvalg.

2. *Udvikle og øge tilgængeligheden i eksisterende indsatser*

Fokus på at øge borgernes sundhedskompetencer med henblik på at kunne tilgå og handle på information om sundhed og de eksisterende tilbud samt at udvikle og tilpasse indholdet omkring de enkelte indsatser, så de imødekommer borgernes behov.

3. *Bringe viden om 'Flere sunde leveår for københavnere' i spil i forvaltningerne*

Fokus på, at den strategiske indsats med udgangspunkt i 'Flere sunde leveår for københavnere' sker i samspil med andre relevante forvaltninger, som også kan bidrage til udviklingen af tiltag og indsatser, der er målrettet borgernes behov og kommer flest mulige borgere til gavn.

Sideløbende har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en række kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2024). Afsættet for dette arbejde var den politiske aftale om en sundhedsreform fra 2022 (Regeringen, 2022), som bl.a. indebærer, at der skulle udarbejdes kvalitetskrav til kommunernes tiltag til patientrettet forebyggelse for borgere med kronisk sygdom. Kvalitetsstandarderne udkom i 2024 og beskriver en række krav og anbefalinger til tilbud rettet mod eksempelvis sygdomsmestring, nikotinafvænnelse, ernæring og fysisk aktivitet samt til henvisning, tilrettelæggelse og afslutning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud (Sundhedsstyrelsen, 2024).

Undersøgelsen, der præsenteres i denne rapport, udspringer af hhv. Københavns Kommunes strategiske indsats 'Flere sunde leveår for københavnere' og Københavns Kommunes arbejde med Sundhedsstyrelsens kvalitetstandarder, som begge har fokus på at højne kvalitet og tilgængelighed af de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud rettet mod borgere med kronisk sygdom. Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltning<sup>3</sup> har i forlængelse heraf ønsket en undersøgelse, der kan bidrage til Københavns Kommunes allerede igangværende arbejde for, at flere mennesker i det sene voksenliv, som har behov for en forebyggende indsats, kan få adgang til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

---

<sup>3</sup> Nærmere bestemt Center for Forebyggelse og Folkesundhed og Center for Sundhed og Rehabilitering.

## 1.1 Undersøgelsens formål

Formålet er overordnet at bidrage til Københavns Kommunes indsats for, at flest mulige borgere, som vil have gavn af et kommunalt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, gør brug heraf.

Som led i Københavns Kommunes overordnede fokus på ulighed i sundhed er der foretaget en såkaldt klyngeanalyse, der beskriver socioøkonomiske, demografiske samt sygdoms- og sundhedsmæssige faktorer, med betydning for københavnernes sundhed og helbred (Københavns Kommune, 2023). Formålet har bl.a. været at identificere de borgere, som ikke selv er opsøgende i forhold til at benytte sig af kommunens sundhedstilbud. Klyngeanalysen er nærmere beskrevet i afsnit 1.2, men nævnes her, fordi den i denne undersøgelse har været afsæt for en afgrænsning af den gruppe af borgere – betegnet 'gul klynge' (i det følgende 'undersøgelsens målgruppe', 'borgere i målgruppen' eller 'målgruppen'), som er i fokus i undersøgelsen.

I undersøgelsen er søgt svar på følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke barrierer, muligheder og potentialer påvirker, at borgere i målgruppen kan deltage i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?
- Hvilke barrierer, muligheder og potentialer præger samarbejdet mellem almen praksis og Københavns Kommune i opsporing og henvisning af borgere i målgruppen til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?
- Hvilke fokusområder kan udpeges for at styrke Københavns Kommunes fortsatte arbejde med at sikre, at flest mulige borgere i målgruppen deltager i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?

Disse spørgsmål besvares via kvalitative interviews med hhv. praktiserende læger og praksispersonale, ledere i København Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, ledelse og sundhedsfaglige medarbejdere i seks bydækkende enheder, borgere, som har benyttet sig af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, og borgere, som er henvist til, men ikke har gennemført et forløb i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud samt relevante andre aktører, som er i berøring med borgere i målgruppen (se oversigt i afsnit 7.3). Der er desuden foretaget observation af holdtilbud i de seks bydækkende enheder.

## 1.2 Afgrænsning af borgere i målgruppe for denne undersøgelse

I tilknytning til Københavns Kommunes strategiske indsats 'Flere sunde leveår for københavnere' er der som nævnt gennemført en såkaldt klyngeanalyse, hvor københavnere i alderen 65-79 år er inddelt i fire klynger (2 grønne, en gul og en rød, se Figur 1.1) karakteriseret ved hhv. lav, mellem eller høj sygdomsbelastning og plejebæhov (Københavns Kommune, 2023). Formålet med klyngeanalysen har bl.a. været at udarbejde et grundlag for at udvikle differentieret tilgang til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunen med fokus på de borgere, som har størst behov for kommunens tilbud, og hvor det sundhedsfremmende potentiale er størst. I denne undersøgelse er der som nævnt udelukkende fokus på det, som betegnes som 'gul klynge'.

'Gul klynge' udgør ca. 31 % af borgere i aldersgruppen 65-79 år og er – sammenlignet med de tre øvrige klynger – karakteriseret ved følgende:

- Mellem belastningsgrad, dvs. forekomst af nogle alvorlige sygdomme og et plejebæhov
- Højeste andel af borgere, der er arbejdsløse eller på efterløn blandt de fire klynger
- Den næststørste andel med grundskole eller gymnasie som højeste uddannelsesniveau
- Den næsthøjeste andel, der bor alene
- Den næsthøjeste andel borgere med risikofaktorer for sygdom, fx rygning, alkohol og kost.

'Gul klynge' er udvalgt som undersøgelsens målgruppe af Københavns Kommune, da Københavns Kommune ser et særligt sundhedsfremmende potentiale i relation til denne gruppe. Dog er målgruppen udvidet til at inkludere borgere i alderen 45+ år med henblik på også at kunne fokusere på potentialerne for en tidlig indsats.

Det er vigtigt at understrege, at borgere i målgruppen for denne undersøgelse repræsenterer en bredde i de karakteristika, som er fremhævet i Københavns Kommunes klyngeanalyse. Det er derfor ikke muligt at tegne en samlet karakteristik af den typiske borger i målgruppen, men nærmere at pege på et spektrum inden for de fremhævede karakteristika. Således vil nogle borgere have en eller flere diagnostiserede kroniske sygdomme, hvor andre lever med uspecifikke symptomer, som potenti-

elt kan skyldes en underliggende sygdom eller "blot", at borgere med nogle praktiserende lægers ord *skranter* og over tid bliver mere og mere psykisk og fysisk sårbare. Nogle indgår i en familierelation, hvor andre bor alene og måske også har et svagt socialt netværk. Nogle borgere vil være i arbejde, hvor andre helt eller midlertidigt står uden for arbejdsmarkedet. Nogle borgere er præget af psykiske eller sociale udfordringer samtidig med fysisk sygdom, andre er ikke, og for nogen er disse udfordringer i højere grad knyttet til fx et familiemedlem end til dem selv personligt.

**Figur 1.1 Københavns Kommunes inddeling af borgere i fire klynger**

Figuren illustrerer fire klynger – to grønne, en gul og en rød klynge – med hver deres karakteristika i forhold til sygdomsbelastning og plejebæhov, arbejdsmarkedstilknytning, uddannelsesniveau, civilstatus m.m.



Kilde: Københavns Kommune (2023).

Opdelingen af borgere i de fire klynger er en analytisk opdeling, som kan bruges til at skabe et overblik over borgeres forskellige behov og forudsætninger for 'fleste mulige sunde leveår'. 'Gul klynge' ligner, jf. klyngeanalysen, både 'rød klynge' og 'de grønne klynger' på nogle parametre, herunder sygdomsbelastning, forekomst af risikofaktorer, uddannelsesniveau m.m., og i interviewene har det ikke været muligt at

undgå at berøre borgere, som bevæger sig i grænselandet mellem klynger.<sup>4</sup> Dette har særligt været udtalt i relation til grænselandet mellem 'gul klynge' og 'rød klynge', hvor der typisk er tale om borgere med forskellige grader af sårbarhed (se dimensioner af sårbarhed i boks nedenfor) i form af fysiske, sociale og psykiske pro-

## Dimensioner af sårbarhed

Der er i denne undersøgelse taget udgangspunkt i en bred forståelse af sårbarhed inspireret af Grøn og Andersen (2014, 2018), som udpeger forskellige dimensioner af sårbarhed:

- Det kropslige forfald: kan være alt fra mindre skavanker til alvorlig sygdom.
- Familie/netværk: tilstedeværelsen af hjælp fra andre til at yde praktisk støtte, sikre selskab og meningsfuldhed i borgerens hverdag.
- Ulighed: økonomiske muligheder, boligforhold og evne til at navigere, bruge og kommunikere med sundhedsvæsenet og dermed også mulighederne for at tage hånd om eventuelle fysiske sygdomme.
- Udsathed: evnen til at tage vare på sig selv og knyttes til bl.a. alvorlig psykisk sygdom, misbrug eller kognitive udfordringer.

blemstillinger samtidig med fysiske helbredsudfordringer. I denne undersøgelse er det ikke primært 'udsathed', der kendetegner borgere i målgruppen, men der er alligevel tale om en gruppe borgere, hvor nogle er præget af mange samtidige udfordringer i en grad, hvor sundhed og sygdom kommer til at fylde relativt lidt, og hvor sundhedskompetencer<sup>5</sup> også er begrænsede. Denne undersøgelse afgrænser sig således fra borgere med de mest alvorlige psykiske og sociale problemstillinger (se mere i afsnit 7.4).

I udvælgelsen af borgere til interviews har der været fokus på tilstedeværelse af kronisk/langvarig sygdom, men i interviews med praktiserende læger og praksispersonale, med ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og med andre aktører har der været et bredere fokus både på borgere i risiko for kronisk sygdom og borgere, der allerede har en diagnosticeret sygdom.

<sup>4</sup> Praktiserende læger interviewet til denne undersøgelse beskrev dette overlap ved at beskrive borgere i målgruppen over et kontinuum fra 'lysegul' (borgere på grænsen til 'grøn klynge') til 'mørkegul' (borgere på grænsen til 'rød klynge').

<sup>5</sup> Se Sundhedsstyrelsen & Institut for Folkesundheds definition af sundhedskompetencer (Aaby et al., 2022).

## 1.3 Afgrænsning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

I samarbejde med Københavns Kommunes projektteam i Center for Forebyggelse og Folkesundhed og Center for Sundhed og Rehabilitering blev det besluttet, at undersøgelsen skulle tage udgangspunkt i følgende bydækkende enheder:

- Center for Diabetes og Hjertesygdomme
- Center for Mental Sundhed
- Center for Genoptræning (på nær § 140-tilbud)
- Center for Lungesygdomme
- Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse
- Center for Kræft og Sundhed.

Disse bydækkende enheder er valgt, fordi de er målrettet borgere med langvarig eller kronisk sygdom, ledighed samt mental mistrivsel.

Når der i den følgende tekst henvises til '*rehabiliterings- og forebyggelsestilbud*', er det således tilbud i de udvalgte enheder, der henvises til og ikke kommunens samlede palette af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og ej heller til den samlede forebyggelsesindsats. Da der *ikke* er tale om evaluering af disse udvalgte bydækkende enheder og enhedernes tilbud, er der lagt vægt på at udlede barrierer og potentialer på tværs af de enkelte enheder.

## 1.4 Læsevejledning



Rapporten er opbygget på følgende måde:

I kapitel 2 fremgår de overordnede politiske og strategiske rammer for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Københavns Kommune og for Københavns Kommunes samarbejde med almen praksis. Formålet er at beskrive konteksten for de barrierer, potentialer og løsningsforslag, som fremgår i de resterende kapitler.

I kapitel 3 fremgår individuelle barrierer for borgeres deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Her fremhæves både faktorer relateret til borgeres forventninger til og oplevelser af tilbuddene samt deres individuelle situation og ressourcer.

I kapitel 4 fremgår barrierer knyttet til det opsøgende og henvisende arbejde og med særligt fokus på almen praksis. Her fremgår også udfordringer knyttet til samarbejdet mellem almen praksis og Københavns Kommune.

I kapitel 5 fremgår barrierer knyttet til organisering og tilrettelæggelse samt afslutning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene.

Til slut i kapitel 6 udpeges en række fokusområder, som Københavns Kommune kan arbejde videre med i udvikling og justering af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud afhængig af økonomiske, faglige og politiske prioriteringer og muligheder.

Undersøgelsens metode er beskrevet i kapitel 7.

## 2 Kontekst for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde

I dette kapitel er der fokus på de overordnede rammer for Københavns Kommunes arbejde med at sikre borgeres deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i form af kommunens sundhedspolitik, strategiske indsatser og organisering. Formålet er at beskrive konteksten for de barrierer og potentialer for målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som fremgår af kapitel 3, 4 og 5, og det fundament for videre udvikling med afsæt i de fokusområder, der fremhæves i kapitel 6. Der er ikke tale om en udtømmende gennemgang af de mange aktiviteter, tilbud og udviklingstiltag, som udgår fra hhv. Center for Forebyggelse og Folkesundhed og Center for Sundhed og Rehabilitering.

Kapitlet er baseret på kvalitative interviews med ledere i forvaltningen og ledere i de bydækkende enheder samt dokumenter, der beskriver politiske rammer og strategiske indsatser.

### 2.1 Politisk og strategisk kontekst

Den helt overordnede ramme for Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er Sundhedspolitikken 2015-2025 'Nyd livet København' (Københavns Kommune, 2015)<sup>6</sup>. Der er tale om en langsigtet strategi, hvori der formuleres visioner for københavnernes livskvalitet og for reduktion af den sociale ulighed i kommunen. Sundhedspolitikken udgør en ramme for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, hvorunder der løbende formuleres handleplaner rettet mod specifikke udfordringer for københavnernes sundhed. Den føromtalte strategiske indsats 'Flere sunde leveår for københavnere' (Center for Forebyggelse og Folkesundhed, 2023; Københavns Kommune, 2023) har bl.a. fokus på ulighed i sundhed, og klyngeanalysen beskrevet i afsnit 1.2 er et led heri, idet denne analyse bidrager med en afgrænsning af, hvilke borgere der har brug for ekstra opmærksomhed og støtte i kommunens forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. På et mere operationelt plan rammesættes det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i Københavns Kommune også af Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2024), og for nogle sygdomsområder (fx diabetes og hjertesygdomme) er

---

<sup>6</sup> På grund af aftalen om en national sundhedsreform forventes sundhedspolitikken forlænget til og med 2026.



der udarbejdet handleplaner, som beskriver særlige indsats- og udviklingsområder (Københavns Kommune, 2022).

I sundhedspolitikken fremgår det, at visionerne for københavnernes sundhed skal realiseres med udgangspunkt i en bred indsats, der skal inkludere fokus på det fysiske miljø, strukturelle rammer (fx i de kommunale institutioner) og individuelle borgeres behov og forudsætninger for at opnå høj livskvalitet (Københavns Kommune, 2015). Dette indebærer et strategisk fokus på at udvikle sundhedstilbud både i form af strukturelle og individuelt rettede tilbud. Strukturelle tilbud handler fx om at indgå partnerskaber med uddannelsesinstitutioner eller arbejdspladser om udarbejdelse af sundhedsprofiler efterfulgt af hjælp til at udvikle tiltag rettet mod både risikofaktorer, fysisk og mental sundhed. De individuelt rettede tilbud finder bl.a. sted i de bydækkende enheder, hvor der også tilstræbes et fokus på borgernes samlede livsvilkår som forudsætning for at forbedre sundhed og livskvalitet.

Sundhedspolitikken for Københavns Kommune indebærer også et fokus på samarbejdet med andre aktører, som spiller en rolle i forhold til borgeres sundhed og trivsel, som derved også er en væsentlig del af den samlede forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Dette inkluderer bl.a. samarbejde mellem byudvikling og sundhed, og med civilsamfund og kulturliv med det formål, at borgere kan indgå i fællesskaber, som kan styrke fysisk og mental sundhed, eksempelvis som led i brobygning for borgere, der afslutter forløb i de bydækkende enheder (se også afsnit 5.3). Herudover foregår et samarbejde mellem kommunen og almen praksis, hospitaler og andre kommunale forvaltninger (fx jobcentre), som spiller en rolle i opsporing og henvisning af borgere til kommunens sundhedstilbud.

VIVEs undersøgelse for Københavns Kommune blev igangsat i starten af 2024, og siden da har regeringen indgået aftale om en sundhedsreform, herunder aftaler om kronikerpakker og en folkesundhedslov. Sundhedsreformen vil forventeligt få indflydelse på kommunernes rolle på det forebyggende og sundhedsfremmende område. Dataindsamling og analyse var afsluttet før offentliggørelsen af aftalen om sundhedsreformen, og sundhedsreformens forventelige indflydelse på forebyggelsesområdet indgår derfor ikke i denne analyse.

## 2.2 Organisering af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Ifølge sundhedsloven<sup>7</sup> har kommunerne ansvaret for *”at skabe rammer for en sund levevis”*, og herunder *”at etablere patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende*

---

<sup>7</sup> <https://danskelove.dk/sundhedsloven/119>

*indsatser i kommunen*". Center for Forebyggelse og Folkesundhed arbejder med den borgerrettede forebyggelse, og Center for Sundhed og Rehabilitering arbejder med den patientrettede forebyggelse. I både Center for Sundhed og Rehabilitering og Center for Forebyggelse og Folkesundhed er rehabiliterings- og forebyggelsestilbud organiseret som bydækkende enheder, som følger regionens forløbsprogrammer. I Center for Sundhed og Rehabilitering er de bydækkende enheder organiseret med udgangspunkt i bestemte sygdomsgrupper, fx Center for Diabetes og Hjertesygdomme. I Center for Forebyggelse og Folkesundhed er bydækkende enheder både organiseret med udgangspunkt i sygdomsområder, fx Center for Mental Sundhed, og særlige målgrupper, fx Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse, som tilbyder sundhedsfaglige forløb til borgere henvist fra jobcentre. Denne sygdoms-/målgruppeorienterede organisering af de bydækkende enheder er mulig pga. Københavns Kommunes størrelse, og heraf følgende borgervolumen, og følger dermed den udvikling mod centrale og mere subspecialiserede enheder, som også har fundet sted på hospitalerne over en årrække (Holm-Petersen & Højgaard, 2018).

De bydækkende enheder, som indgår i denne undersøgelse, er organiseret under de to centre på følgende måde:

Center for Forebyggelse og Folkesundhed:

- Center for Mental Sundhed
- Sundhed og Beskæftigelse.

Center for Sundhed og Rehabilitering:

- Center for Diabetes og Hjertesygdomme
- Center for Genoptræning
- Center for Lungesygdomme
- Center for Kræft og Sundhed.

I kommunen tilbydes derudover en række tilbud rettet mod risikofaktorer såsom nikotin og alkohol. Endelig arbejder Københavns Kommune med forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, der har fokus på at engagere og involvere et lokalområde (Aadahl et al., 2023; Boye et al., 2020). I Tingbjerg<sup>8</sup> er der eksempelvis en indsats i gang på hjerte-, KOL og diabetesområderne,<sup>9</sup> og der er ifølge ledere i forvaltningen planer om at udvide indsatsen til andre sygdomsområder, bl.a. med henblik på helt lokalt at kunne lave en vurdering af, hvilke borgere der vil kunne indgå i forløb i de bydækkende enheder, og hvilke borgere der vil have gavn af mere lokale forløb. Der

---

<sup>8</sup> <https://www.tingbjergchangingdiabetes.dk/> (December 2024)

<sup>9</sup> <https://www.kk.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/forebyggende/sundhedstilbud-i-tingbjerg> (Januar 2025)

pågår desuden et udviklingsarbejde med fokus på digitale tilbud på tværs af de bydækkende enheder som et andet tiltag til at imødekomme eventuelle afstandsbarrierer hos nogle borgere som følge af den centraliserede organisering af de bydækkende enheder og dermed øge fleksibiliteten for borgere, som kan være udfordret i forhold til at møde op et bestemt sted til et bestemt tidspunkt, fx i arbejdstiden.

## 2.3 Samarbejdet med almen praksis

I Københavns Kommune er der ca. 350 praktiserende læger, og samarbejdet i Københavns Kommune tager – som i andre kommuner – bl.a. afsæt i et Kommunalt-Lægeligt Udvalg (KLU), som er et forum for drøftelse af emner af fælles interesse.<sup>10</sup> Det er en løbende opgave for Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning at bidrage til kendskabet i almen praksis til de mange sundhedstilbud, som kommunen driver. Som led heri har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udviklet en hjemmeside ([www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk)), hvor kommunens tilbud fremgår, og hvor det bl.a. beskrives, hvem der er målgruppe for hver enkelt tilbud, hvordan der skal henvises, hvilke nye tilbud der er tilgængelige m.m. Som led i at informere om kommunens sundhedstilbud afholdes der desuden årlige praksisdage med fokus på et særligt tema målrettet hhv. praktiserende læger, praksispersonale og yngre læger, og der fremsendes kvartalsvise nyhedsbreve, som bl.a. orienterer om nye tilbud i kommunen.

Københavns Kommune bidrager desuden til samarbejdet med almen praksis via udviklingen af en såkaldt klyngepakke i Region Hovedstaden, der kan bruges som mødemateriale i de praktiserende lægers kvalitetsklynger, hvis der her er et ønske om at fokusere på samarbejdet om kommunale sundhedstilbud.

Ovenstående udgør de helt grundlæggende rammer for Københavns Kommunes arbejde med at tilbyde forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgere samt for samarbejdet med almen praksis. I de følgende kapitler (kapitel 3, 4 og 5) fremgår resultaterne af analysen med fokus på barrierer, potentialer og løsningsforslag i relation til borgere i målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

---

<sup>10</sup> <https://laeger.dk/foreninger/plo/plo-i-kommunerne/kommunalt-laegelige-udvalg-klu> (December 2024)

### **3 Individuelle barrierer for målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

I dette kapitel er der fokus på barrierer, som i andre studier er defineret som 'uafhængige af konkrete sundhedstilbud', og som i stedet er relateret til borgeres hverdagsliv, sociodemografi og sygdomsforståelse (Ravn, Sevel, et al., 2024). Konkret er der i dette kapitel fokus på barrierer knyttet til målgruppens motivation og forventninger til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud samt forudsætninger for selv at opsøge og deltage heri.

Kapitlet er baseret på en samlet analyse af interviews med borgere, praktiserende læger samt sundhedsfagligt personale og ledere i de bydækkende enheder og deres vurderinger af, hvilke individuelle barrierer der knytter sig til borgere i målgruppen i forhold til deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. De interviewede borgeres perspektiv er vigtigt for denne analyse, men er i sagens natur begrænset til deres eget individuelle forløb. Ledere og fagpersoner har derfor bidraget med indsigt, der går på tværs af borgerforløb for at supplere borgernes levede erfaringer.

Kapitlets mest centrale fund fremgår af Boks 3.1.

### Boks 3.1      Kapitlets hovedfund

#### **Oplevet positivt udbytte af kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

Borgere har overvejende positive erfaringer med Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Større sygdomsforståelse, sociale fællesskaber og en fast aktivitet i hverdagen (noget at stå op til) fremhæves som væsentligt udbytte.

#### **Borgeres motivation for deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

Nogle borgere i målgruppen finder selv lyst og drivkraft til at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, mens andre borgere i målgruppen er afhængige af andres støtte og opmuntring, fx den praktiserende læge eller sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder.

Fastholdelse af motivation afhænger i væsentlig grad af borgerens oplevelse af både fysisk, psykisk og socialt udbytte.

#### **Barrierer for deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

- Borgeres manglende motivation for deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud kan handle om, 1) at de er usikre på udbyttet af tilbuddene, 2) at de har negative forventninger til tilbuddenes form (for meget 'skole'/'undervisning'), 3) dårlige erfaringer med kommunale tilbud eller 4) utilpashed ved at indgå i gruppeforløb.
- Borgeres individuelle situation og ressourcer udgør også væsentlige barrierer for, om de 1) opsøger hjælp til at håndtere en helbredsudfordring og 2) deltager i et i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Egen helbredstilstand og udfordringer, fx knyttet til familie- og arbejdsliv, kan påvirke overskud til at håndtere egen sundhed og bidrage til fysiske, mentale og logistiske barrierer for deltagelse.
- Mange borgere i målgruppen for denne undersøgelse er i kontakt med almen praksis, men der er også en gruppe borgere, som almen praksis først ser sent i et sygdomsforløb.

### 3.1 Det første initiativ: Borgeres henvendelse og fagpersoners motivation

Første skridt i borgeres deltagelse i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er en henvisning fra enten almen praksis, en hospitalsafdeling eller et af kommunens øvrige tilbud. Det varierer, hvorvidt det er borgeren selv eller en fagperson, der initierer samtalen om borgerens sundhedsrelaterede udfordringer.

Nogle af de interviewede borgere, som deltog i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, havde været drevet af et ønske om at forbedre egen sundhed. De kunne fx trække på tidligere erfaringer med træning og oplevede direkte og indirekte virkninger heraf. Det var fx tilfældet for en borger, der havde været ude for en ulykke, men som tidligere havde været meget aktiv:

*Det var også det, jeg sagde til hende inde på jobcenteret, at jeg har brug for at komme i gang fysisk, fordi det hjælper også mentalt og alle de der ting, der hænger sammen der ... Jeg var bare begyndt sådan stille og roligt at give op og tænke, det bliver ikke en skid bedre. (Interview, borger)*

For andre borgere havde deres indgang til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i højere grad været præget af opmuntring fx fra en praktiserende læge, der havde overbevist dem om behovet for at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Dette var særligt gældende for borgere præget af en generel modstand mod deltagelse i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud (se afsnit 3.2), hvor sociale problemstillinger og begrænset sygdomsindsigt fyldte (se afsnit 3.3), og som ikke havde tidligere træningserfaringer at trække på.

Praktiserende læger/praksispersonale, ledere i de bydækkende enheder og sundhedsfaglige medarbejdere samt andre aktører beskrev støtte og opmuntring som vigtigt i forhold til at få borgere til at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. De var dog også opmærksomme på, at det er en sårbar form for motivation<sup>11</sup>, idet den ikke kommer fra målgruppen selv og derfor er afhængig af den fagperson, som har påvirket deres beslutning om deltagelse.

---

<sup>11</sup> Motivation er her et begreb, som er hentet i det empiriske materiale. Her har interviewpersonerne brugt det i betydningen af en drivkraft for eller formål med at deltage i et kommunalt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

## 3.2 Borgeres forventninger og tidligere erfaringer

Nogle borgere i målgruppen møder forslaget om at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud med modstand. Denne modstand kan tage mange former og handler både om borgeres forventninger til og erfaringer med kommunale tilbud generelt og sundhedstilbud mere specifikt samt mere sygdomsspecifikke opfattelser af nytten ved deltagelse.

For nogle borgere tog modstand mod deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestiltag form af negative **forventninger til tilbuddenes format** og mere specifikt en modstand mod skolelignende indsatser som beskrevet i et interview i almen praksis:

*Fordi der er også mange, der siger, [hvis jeg spørger] kunne du tænke dig at komme på noget KOL-rehabilitering? Og så allerede der har jeg tabt dem. Fordi de aner ikke, hvad det betyder. Og hvis jeg så siger noget KOL-kursus, så gider de heller ikke. Fordi det lyder rigtig meget som skole. (Interview, praksispersonale)*

På lignende vis beskrev ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder, hvordan 'undervisning' og 'skole' kan virke demotiverende på de borgere, som har dårlige erfaringer hermed.<sup>12</sup> I nogle tilfælde bruges termer som 'forebyggelse', 'rehabilitering' og 'egen-mestring af sygdom', der ifølge nogle af de interviewede borgere er "kommuneord", som de har svært ved at forstå, og derfor fravælger de at deltage i et tilbud.

For nogle borgere i målgruppen ses også en **bekymring for at passe ind i et gruppeformat**, som udgør en del af de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud (se afsnit 5.2.3). Gruppeformatet kræver bl.a., at man kan begå sig i en social sammenhæng. For nogle borgere i målgruppen, der har en anden etnisk baggrund end dansk, kan en barriere for at deltage i et gruppeforløb desuden være en bekymring for, at de ikke passer ind eller skal indgå i en sammenhæng, hvor det, der diskuteres og læres, ikke passer ind i deres hverdag, deres familieliv eller madkultur.

Modstand mod at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud kan – hos nogle borgere – også have rod i en grundlæggende **følelse af skyld og skam** forbundet med at have udviklet en livsstilsbetinget<sup>13</sup> sygdom.

*Og der er også et eller andet med, den her KOL, den har jeg selv røget mig til. Det skal jeg ikke ud og belemre andre med. Eller jeg er overvægtig, så*

---

<sup>12</sup> Se også Guassora et al. (2024), hvor dette også beskrives.

<sup>13</sup> Det er præciseret, at Københavns Kommune ikke anvender termen 'livsstil', men i stedet fx adfærd eller risikofaktorer. I dette tilfælde er der imidlertid tale om sprogbrug fra det empiriske materiale.

*jeg er selv ude om, at jeg har fået en diabetes ... Så der er også noget tabubelagt ved de her livsstilssygdomme. Og det gør også, at folk ikke rækker ud på samme måde, som de ville gøre, hvis det ikke var en livsstilssygdom. (Interview, praksispersonale)*

Denne følelse af selv at have bragt sig i en særlig situation, manifesterer sig for nogle borgere også i en bekymring for at blive bebrejdet for en særlig adfærd, som dermed bliver en barriere for at tage imod den hjælp, der er at få i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

På tværs af interviewene fremgår også en **mistillid til kommunale indsatser** mere generelt hos nogle borgere. Denne mistillid er ikke rettet mod konkrete rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og bygger heller ikke på en konkret erfaring hermed. Nogle borgere i målgruppen har dog dårlige erfaringer med i bagagen fra kommunale forløb (også i andre forvaltninger), hvor de ikke har oplevet forbedringer og/eller følt sig lyttet til eller taget alvorligt. Det kan være borgere, som tidligere har været i kontakt med jobcentre, fx i forbindelse med ressourceforløb og fleksjob, hvor de oplever at være blevet mødt af et til tider trægt og rigidt system, eller har erfaring med ikke at føle sig set og hørt med de problemstillinger, som de har søgt hjælp til. En sundhedsfaglig medarbejder i en bydækkende enhed beskrev, hvordan nogle borgeres "advarelslamper blinker" alene ved at blive præsenteret for tilbud i kommunen. Andre brugte termer som "systemstress" og "systemtræthed", som medvirkende til, at det kan være vanskeligt at opbygge tillid til, at det nytter noget at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud hos borgere, som ikke skelner mellem forskellige kommunale instanser og betragter "kommunen" som en homogen enhed.

Blandt nogle borgere i målgruppen knytter modstand sig til **negative forventninger til udbytte af at deltage** i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. På tværs af interviewene fremgår det, at borgere med KOL er særligt svære at motivere. KOL er kendetegnet ved, at der ikke findes en god medicinsk behandling, og at det er svært at påvise klare forbedringer af en forebyggende indsats. Mange af interviewpersonerne kæder udfordringerne med KOL-sygdommen sammen med et generelt behov for at fremhæve "de gode historier" fra borgere, der har deltaget tidligere, og som kan hjælpe med at synliggøre værdien af at have deltaget i et KOL-forløb.

**Betydningen af borgeres oplevede udbytte** ses også efter opstart i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, hvor det kan blive en vigtig faktor for borgernes ønske om at gennemføre de tilbud, som de er startet på. Dette gælder ikke mindst de borgere, der indledningsvist deltog på en ydre opfordring, fx fra deres praktiserende læge, og hvor der opstår en indre motivation knyttet til positive erfaringer med selve tilbuddet, der fx knytter sig til at være en del af et fællesskab:



*Jamen, det, der motiverer mig, er jo, at jeg møder de der andre piger, som nu kommer (...) ja, vi er ligesom en fast gruppe, der mødes. (Interview, borger)*

*Det er dejligt at komme ud at lave noget. Jeg keder mig rigtigt meget – det her er dejligt. (Interview, borger)*

For nogle borgere betød deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud også nye venskaber og rakte derved ud over de konkrete aktiviteter, som de deltog i, og for andre igen bestod udbyttet i forbedring af fysiske symptomer eller at få indhold i eller et frirum fra hverdagen (se Boks 3.2 for en oversigt over forskellige typer af udbytte).

### **Boks 3.2    Borgeres oplevede udbytte ved deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

- Relevant viden, som kan overføres til egen hverdag
- Fysiske forandringer, fx en mindre belastet krop, væggtab, bedre form, bedre søvn, mindre hoste, mere luft
- Hyggeligt samvær og holdfølelse, oplevelse af netværk og at kunne spejle sig i andre borgere og ikke kun professionelle
- Noget at stå op til/komme ud til
- Frirum fra hverdagen og familieliv, frirum fra sygdom og ensomhed
- Henvisning til psykolog, mod til psykologsamtale.

## **3.3 Sygdom og sociale udfordringer**

Det er ikke bare borgernes modstand og motivation, der får betydning for, om borgere i målgruppen deltager og fastholdes i et kommunalt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Sygdomsrelaterede barrierer, flere samtidige udfordringer og begrænset sygdomsforståelse udpeges også som væsentlige forhold, der kan bidrage til at forklare, hvorfor nogle borgere ikke deltager i et tilbud.

### 3.3.1 Sygdomsrelaterede barrierer

Ifølge borgere, praktiserende læger/praksispersonale, sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i de bydækkende enheder er det kendetegnende for en gruppe af borgere i denne undersøgelses målgruppe, at de lider af sygdomme, som af forskellige årsager bliver en barriere for deres deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

For nogle borgere i målgruppen kommer **sygdommen til udtryk på en måde**, som gør det vanskeligt at møde op og deltage i de aktiviteter, som de bydækkende enheder tilbyder. For borgere med KOL handler det ofte om energiforvaltning, mens borgere med angstproblematikker kan have svært ved at forlade deres hjem. Andre er bekymrede over risikoen for infektioner og dermed forværring af deres tilstand. Endelig kan det for borgere, der netop har afsluttet et behandlingsforløb, eller som fortsat er i gang, være et spørgsmål om, at de ikke er mentalt klar til at starte i et forløb, hvor de skal forholde sig til egen og andres sygdom og forløb. To borgere udtrykker det således:

*Til at starte med var det, fordi jeg ikke helt kunne overskue det. Det her med at tage et nyt sted hen med nye mennesker, hvor man ikke helt vidste, hvad det var. Så noget usikkerhed fra min egen side af (...) og det der med at skulle tage stilling til andres sygdomsforløb ud over sit eget. (Interview, borger, som er henvist uden at opstarte)*

Sundhedsfaglige medarbejdere gav ligeledes udtryk for, at nogle borgere i målgruppen oplever en betydelig **belastning som følge af deres sygdomsforløb**. En medarbejder fortæller således:

*Der er simpelthen nogle, der er så dårlige, når de bliver henvist, at de ikke kan overskue mere. De føler, deres liv er blevet invaderet af alt muligt hospitalsrelateret eller sygdomsrelateret. (Interview, sundhedsfaglig medarbejder)*

Ovenstående barrierer kan også være til stede hos borgere uden for denne undersøgelses målgruppe (inkl. borgere med karakteristika svarende til grøn klynge), men på tværs af interviewpersoner var det tydeligt, at komplekse sygdomsbilleder med flere samtidige sygdomme er hyppige blandt borgere i målgruppen. I tråd med andre undersøgelser peger interviewene desuden på, at det i sig selv er krævende at leve med samtidige diagnosticerede og udiagnosticerede sygdomme, og at det for borgere karakteriseret ved stor sygdomsbelastning også tærer på energi og overskud fx til at varetage egen sundhed (Larsen & Sodemann, 2024; Madsen et al., 2023; Martin & Topholm, 2020; Rogvi, Guassora, Tvistholm, et al., 2021).

### 3.3.2 Flere samtidige udfordringer

I borgerinterviews, men også i interviews med andre aktører, almen praksis og ledere i de bydækkende enheder og sundhedsfaglige medarbejdere, beskrives borgere i målgruppen ofte som bærende på en **sårbarhed, der rækker ud over deres helbred og sundhed**. Det er således ikke ualmindeligt, at det ovenfor skitserede komplekse sygdomsbillede kombineres med en række sociale problemstillinger, såsom økonomiske udfordringer, ustabile boligforhold og arbejdsløshed. Komplekse familiære udfordringer, som fx ustabile parforhold, skilsmisse og børn i mistrivsel, fremstår ligeledes som forhold, der kan bidrage til en generelt presset hverdag, og som udfordringer, der er mere påtrængende at håndtere end egen sundhed, eller som står i vejen for at tage hånd om egen sundhed. Desuden er ensomhed, social isolation og et spinkelt og sårbart socialt netværk kendetegnende for nogle borgere i målgruppen (se Et eksempel på en borger – Mona, nedenfor).

Sociale og psykiske udfordringer, ensomhed, økonomiske problemer m.m. er i anden forskning blevet betegnet som "livets larm" (Merrild, 2017). At "livet larmer" handler om, at fx sociale, økonomiske og helbredsmæssige udfordringer påvirker mennesker både fysisk og mentalt og bliver "støjende" i den forstand, at det gør livet mere kaotisk og krævende. Denne "larm" kan påvirke folks evne til at være opmærksomme på deres krop og symptomer og forklare sociale forskelle i sundhedsadfærd, forsinket sygdomserkendelse og diagnostik (Merrild et al., 2017).

Det ses således også i denne undersøgelse, hvordan flere samtidige udfordringer betyder, at **målgruppens fokus kan være kortsigtet** og ikke altid rækker ud over presserende udfordringer i dagligdagen. Overvægt, angst, prædiabetes og rygproblemer kan dermed komme til at stå i skyggen af fx børnenes mistrivsel eller en presset beskæftigelsessituation, hvorfor håndteringen af dem nedprioriteres. Overført til denne undersøgelse kan "livets larm" derved bidrage som en af flere forklaringer på, at nogle borgere i målgruppen kan have svært ved at gøre brug af de rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, der findes, at de mangler overblik over deres muligheder eller slet ikke søger hjælp.



## Et eksempel på en borger – Mona

Mona er 65 år gammel og bor alene i en lille lejlighed på Amager. Hun stoppede med at arbejde for 2 år siden, da hun gik på efterløn. Hun lider af slidgigt og kroniske rygsmerter og har efter mange års rygning udviklet åndenød og forhøjet blodtryk. Selvom hun får medicin for det, kæmper hun stadig med at finde balancen i hverdagen.

Mona føler sig ensom. Hverdagen er ofte lang og monoton, og hun savner sociale relationer, selvom hun kan være tilbageholdende med at opsøge dem. Hendes nærmeste familie bor langt væk, og hun ser kun sjældent sine gamle kollegaer. Det meste af hendes tid går derhjemme, hvor dagene kan føles lange og tomme. Mona har heller aldrig været den, der søgte lægehjælp, medmindre det var strengt nødvendigt, men på det seneste har hun været i hyppigere kontakt med sin læge.

Monas praktiserende læge nævnte muligheden for at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud for hende, sidst hun var der, men hun er skeptisk og usikker på, hvad det indebærer. Hun ved ikke, om det vil hjælpe, og tanken om at skulle møde op regelmæssigt føles uoverskuelig, især når hun allerede kæmper med at få dagene til at hænge sammen med smerter og træthed. Transporten til centeret virker også som en udfordring. Hun plejede at cykle på arbejde, men det kan hun ikke længere, og i hverdagen kommer hun ofte ikke længere, end hun kan gå.

Efter endnu en samtale med sin praktiserende læge bliver Mona henvist til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i kommunen. Lægen anbefaler hende varmt at deltage. Heldigvis bliver hun relativt hurtigt kontaktet af en medarbejder fra rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet, som venligt og tålmodigt forklarer hende, hvad forløbet indebærer, og beroliger hende omkring de praktiske detaljer. Der er dog ventetid, og Mona må vente et par uger, før hun kan starte – en periode, hvor hun begynder at tvivle på, hvorvidt det overhovedet er noget for hende alligevel.

Interviewene peger imidlertid også på, hvordan målgruppen kan have udfordringer, der grænser op til den form for sårbarhed, som tidligere i denne rapport er betegnet 'udsathed' (se afsnit 1.2), og hvor manglende ressourcer til at tage hånd om deres egen sundhed også skyldes samtidig psykisk sårbarhed eller misbrug. Dette blev eksempelvis beskrevet af en anden aktør:

*Det er borgere, som ikke har mange ressourcer, og det er svært for dem, at de så også har udfordringer med deres børn. Det er sjældent, at det kun er en fysisk lidelse. Det kan være psykisk og så med misbrug oveni. Det er meget komplekse problemstillinger. (Interview, anden aktør)*

Dette er også et eksempel på, hvordan borgere i undersøgelsens målgruppe repræsenterer en bredde i de udfordringer, som kan bidrage til manglende deltagelse i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.<sup>14</sup>

### 3.3.3 Sygdomsforståelse og sygdomshåndtering

Det er velkendt, at ulighed i sundhed bl.a. afspejler forskellige muligheder for at forstå og handle på sundhedsrelaterede udfordringer, herunder både sundhedsadfærd, håndtering af sygdom og anvendelse af forskellige sundhedstilbud (Aagaard-Hansen & Bloch, 2023; Kjeld et al., 2022; Larsen & Sodemann, 2024; Martin & Topholm, 2020).

I denne undersøgelse beskriver de praktiserende læger i tråd hermed, hvordan nogle borgere i målgruppen har **svært ved at forstå alvoren af deres sygdom** og desuden kan have svært ved at opfatte sig selv som "kronikere". Denne gruppe kan derfor være svære at overbevise om vigtigheden af at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, der er målrettet specifikke sygdomme. Ifølge ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen gør det sig særligt gældende blandt borgere, hvor sygdommen endnu ikke påvirker funktionsniveauet. Lav sygdomsforståelse betyder bl.a., at nogle borgere i målgruppen først sent tager kontakt til fx en praktiserende læge, når sygdom forværres, eller nye symptomer opstår. I interviewene tilskrives sene henvendelser med sundhedsrelaterede udfordringer også, at nogle borgere i målgruppen stiller **få krav til velfærdssamfundet og ofte ikke efterspørger ydelser**.

*... det er jo ikke nogen, som kommer ind og slår i bordet, nu vil jeg ditten og datten osv. De har ikke så mange ressourcer til ligesom at trykke igennem på den måde. Så det er nogle borgere, som er lidt svage, og som ikke rigtig gør krav på så meget måske, som andre godt kan. (Interview, praktiserende læge)*

At leve med en sygdom kan anskues som et "arbejde" i den forstand, at det indebærer en række opgaver knyttet til selve sygdommen (fx at tage medicin på de rigtige tidspunkter eller holde øje med blodsukkerniveauer), og til at passe behandlings-, rehabiliteringsforløb eller lignende (fx ambulatoriebesøg, besøg hos egen læge og koordinering af eventuelle flere aftaler). Det er desuden en væsentlig opgave for borgere med en sygdom at gøre sig tilgængelige for hjælp, fx ved at op-søge egen læge, når symptomer på sygdom opstår eller forværres (Rogvi, Guassora, Tvistholm, et al., 2021). Denne undersøgelse peger på, at det for flere borgere i målgruppen er **svært at navigere i systemet** og finde ud af, hvem der kan hjælpe med at løse et givent problem. Konsekvensen er, at disse borgere bliver "fanget lidt sent i livet", som en praktiserende læge formulerede det, og når de virkelig fejler noget. I

---

<sup>14</sup> De interviewede aktører i denne undersøgelse er blevet introduceret til Københavns Kommunes klyngeanalyse, og det er blevet understreget, at undersøgelsens målgruppe er 'gul klynge'. Der er dog for hver interviewperson tale om en individuel fortolkning af gul klynges afgrænsning, og der kan forekomme overlap med hhv. grøn og rød klynge (se også afsnit 7.4).

relation til de borgere, som af forskellige grunde ikke evner eller har ressourcerne til den opgave på egen hånd, er der behov for, at de fagprofessionelle – eksempelvis almen praksis – påtager sig en opsøgende rolle (Sundhedsstyrelsen, 2022). Praktiserende læger interviewet til denne undersøgelse gav udtryk for, at borgere i målgruppen kan ende med at blive usynlige, medmindre de selv indtager en mere aktiv position i forhold til både at opspore disse borgere og være vedholdende i forhold til deres deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Se Boks 3.3 for en oversigt over eksempler på borgere, hvor udfordringen med at opsøge og deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud var særlig tydelig.

### Boks 3.3 Eksempler på borgere, som er udfordret i forhold til at opsøge og deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud\*

- Borgere, som befinder sig meget i deres eget hjem og har begrænset socialt netværk
- Borgere, som finder ubehag ved offentlig transport og ved at deltage i grupper med andre
- Borgere præget af flere samtidige udfordringer (fysisk, psykisk, socialt)
- Borgere (oftere mænd), som er nedslidt efter et langt arbejdsliv, og som ikke har været vant til at opsøge hjælp til at overkomme udfordringer
- Borgergrupper, der oplever sproglige og kulturelle barrierer (fx etniske minoriteter, både mænd og kvinder)
- Borgere, som er fysisk udfordret i særlig grad (fx borgere med KOL).

\* Fremhævet på baggrund af interview med praktiserende læger/praksispersonale og sundhedsfaglige medarbejdere i Københavns Kommune.

De individuelle barrierer, som er beskrevet i dette kapitel, har som nævnt betydning for, om og hvordan borgere i målgruppen selv opsøger og gør brug af de tilbud, som er til rådighed i form af Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Disse barrierer spiller sammen med de tilbudsspecifikke og organisatoriske faktorer, som fremgår i de følgende kapitler.

## 4 Barrierer ved opsporing og henvisning

I dette kapitel er der fokus på barrierer ved opsporing og henvisning til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene. Almen praksis har en vigtig rolle i opsporing og henvisning af borgere i målgruppen til Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, men oplever også barrierer i relation til dette arbejde. Det er i flere undersøgelser beskrevet, hvordan samarbejde om borgeres overgange mellem almen praksis og kommuner kræver bl.a. gensidigt kendskab til tilbud og måder at arbejde på samt aftaler om henvisningsprocedurer og kommunikationsveje (Buch et al., 2018). Der er derfor også fokus på strukturer for dette samarbejde, og hvilke barrierer der knytter sig hertil set fra almen praksis' perspektiv.

Kapitlet er baseret på interviews med borgere, ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder, praktiserende læger/praksispersonale samt andre aktører.

Kapitlets mest centrale fund fremgår af Boks 4.1.

### Boks 4.1 Kapitlets hovedfund

#### **Almen praksis er en nøgleaktør i opsporing og henvisning af borgere i målgruppen**

Der er etableret en velfungerende infrastruktur for både henvisning fra almen praksis og information til almen praksis om eksisterende tilbud i kommunen. I almen praksis er der dog varierende opmærksomhed på og viden om, hvilke tilbud der findes.

I relation til almen praksis' arbejde med at opspore og henvise borgere i undersøgelsens målgruppe specifikt kan følgende barrierer fremhæves:

- Generelt tidspres i almen praksis påvirker særligt borgere i målgruppen, som ikke selv er opsøgende, stiller krav og er opmærksomme på egen sundhed.

- Det kan være sværere at finde relevante tilbud, hvis borgeren er i risiko for sygdom, men endnu ikke har en diagnose; har flere samtidige sygdomme eller andre samtidige udfordringer. Der fremgår desuden et behov for overblik over relevante tilbud for målgruppen i andre forvaltninger.
- Behovet for dialog med kommunale medarbejdere om relevante tilbud kan være større i relation til borgere i målgruppen, men der er en generel oplevelse i almen praksis af, at det er vanskeligt at finde frem til en relevant kontakt i kommunen.

#### **Komplekse udfordringer – komplekse henvisninger**

Det kan konkluderes, at én diagnose er afsæt for en enklere henvisningsvej end flere samtidige eller ingen diagnose.

Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse er dog et eksempel på en bydækkende enhed, hvor det er muligt at henvise borgere til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud for borgere i målgruppen, som kan have gavn af at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud uden nødvendigvis at have en diagnose. Henvisninger sker dog udelukkende fra kommunens jobcentre, og muligheden efterspørges i relation til målgruppen mere generelt.

Det er muligt for de bydækkende enheder at henvise internt, men denne mulighed benyttes sjældent.

## **4.1 Almen praksis: En vigtig aktør i opsporing og henvisning af målgruppen**

De fleste borgere henvises til de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud via praktiserende læger eller hospitaler på baggrund af nogle afgrænsede sundhedsmæssige problemstillinger. Almen praksis spiller en vigtig rolle for mange borgere, der lider af eller er under udredning for kronisk sygdom (Fredslund et al., 2020; Madsen et al., 2023; Martin & Borst, 2013). Dette ses også i denne undersøgelse, hvor ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder samt borgere og interviewpersoner i almen praksis beskriver de praktiserende læger som vigtige gatekeepers, der både kan henvise samt motivere borgere til opstart. Ledere i forvaltningen beskrev, hvordan borgere i undersøgelsens målgruppe kan være svære at nå som samlet gruppe, bl.a. fordi de spænder bredt på parametre



som alder, arbejdsmarkedstilknytning, deltagelse i kultur- og fritidstilbud, samt hvilke bydele, de er bosat i. Man kan eksempelvis ikke lave målrettede indsatser på uddannelsesinstitutioner på samme måde, som kommunen har gjort for yngre borgere (se afsnit 2.1 og afsnit 6.3). De praktiserende læger har potentielt kontakt til alle borgere i kommunen og er derfor en vigtig "sluse" ind i de kommunale sundhedstilbud, som kan informere borgere i målgruppen om de tilgængelige tilbud og motivere dem til opstart.

Den opsøgende tilgang kan dog udfordres af rammerne for arbejdet i almen praksis. De praktiserende læger angav især **tidspress** som barriere for at "få stoppet op og kigget rigtigt på borgeren" med den konsekvens, at borgere, som ikke selv er proaktive (dvs. nogle borgere i undersøgelsens målgruppe, jf. afsnit 3.3.3), ikke får taget hånd om sundhedsmæssige udfordringer, før der er tegn på alvorlig sygdom. Under VIVEs besøg i de bydækkende enheder talte borgere under et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud ligeledes om oplevelsen af tid (eller mangel på samme) hos egen læge. Disse borgere oplevede generelt, at der var meget begrænset tid til rådighed, når de gik til egen læge, og at det kunne være udfordrende for dem at nå igennem det, som de ønskede afklaret, under konsultationen. De praktiserende læger vurderede imidlertid deres handlemuligheder for at indarbejde det mere forebyggende arbejde i deres dagligdag forskelligt. Nogle praktiserende læger efterspurgte, at understøttelse via honorarstrukturen, hvor andre benyttede eksisterende muligheder, fx årskonroller<sup>15</sup> til netop "at få stoppet op" og at tale med borgerne, som har en kronisk sygdom, eller som er i risiko herfor, om muligheder og ønsker – herunder om deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Hvor ovenstående rammer for arbejdet i almen praksis ikke er mulige for Københavns Kommune at påvirke, så bekræfter det imidlertid, hvordan almen praksis udgør en samarbejdspartner med meget forskellig tilgang til opgaven (Oxholm et al., 2024; Yordanov et al., 2023).

Analysen peger endvidere på, at der er variation i almen praksis' forudsætninger for at henvise til kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i form af **varierende opmærksomhed og viden om, hvilke tilbud der findes**. Som tidligere beskrevet (afsnit 2.3) har Københavns Kommune etableret en samlet informationsportal ([www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk)), hvor information om alle kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er beskrevet. Denne hjemmeside opdateres jævnligt, og der informeres om sundhedstilbud i alle forvaltninger i Københavns Kommune.<sup>16</sup> Dette giver et godt overblik for de praktiserende læger og praksispersonalet om eksisterende tilbud, målgrupper for disse tilbud, henvisningsveje m.m., og der er således allerede etableret en brugbar infrastruktur for at distribuere information om

---

<sup>15</sup> Se Vejledning i Overenskomst, stk. 8.2 ([https://laeger.dk/media/jfhjmizd/vejledning\\_overenskomst\\_2022\\_web.pdf](https://laeger.dk/media/jfhjmizd/vejledning_overenskomst_2022_web.pdf)).

<sup>16</sup> Jævnfør afsnit 2.3 informeres praktiserende læger også om tilbud i Københavns Kommune via nyhedsbreve.<sup>16</sup> Disse er ikke nævnt i interviews med praktiserende læger, og det er ikke muligt at angive betydningen heraf på baggrund af denne undersøgelse.

kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til de fagpersoner, som skal opspore og henvise borgere hertil. Trods denne anerkendelse af Københavns Kommunes informationsindsats ses dog også en tendens til:

- At det **ikke er alle i almen praksis, som har kendskab til tilbuddene** og henviser borgere dertil.
- At der er en tendens til, at praktiserende læger og praksispersonale **henviser til de samme, velkendte tilbud og ikke systematisk orienterer sig** i kommunens øvrige rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.
- At der blandt nogle praktiserende læger og praksispersonale er **tvivl om, hvad tilbuddene indebærer**, og hvem de er målrettet til.

I relation til opmærksomhed på og viden om de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud fremhævede flere praktiserende læger, at deres erfaring med Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er, at det er gode tilbud, hvor borgere bl.a. opnår bedre sygdomsindsigt. De understregede derfor, at der ligger et stort potentiale i øget opmærksomhed i almen praksis på, at Københavns Kommune kan være en vigtig samarbejdspartner eller en aflastning i relation til borgere, som har brug for støtte i forhold til at håndtere fx kronisk sygdom. En praktiserende læge forklarede det således:

*Vi har jo også en ressource i kommunerne, som vi aldrig tidligere har gjort brug af. Fordi det skulle vi klare in-house alt sammen og i stedet for at kigge på de der kroniske forløb, hvor rehabilitering var en del af behandlingen, så tænkte jeg, at det var bare sådan noget, 'åh gud, så skal de ind til kommunen, og der sker ikke en skid, og det er så besværligt i arbejdstiden'. Og alt det der negative, man havde. Indtil man får lært det at kende og ved, hvor gode tilbud de har i kommunerne, så finder man ud af det. Det skal du bare have i stedet. Så fik vi dem alle sammen afsted lige pludselig. (Interview, praktiserende læge)*

## Hvilke tilbud henviser almen praksis til?\*

De praktiserende læger og praksispersonalet i undersøgelsen henviser til en bred vifte af tilbud, men særligt til diabetes- og KOL-forløb, GLA:D Træning og tilbud i Center for Mental Sundhed.

Nogle har også henvist til rehabiliteringsforløb for hjertesygdom og kræft, men disse borgere henvises oftere fra hospitalet, hvor den praktiserende læge blot tjekker, om borgeren er blevet henvist.

Generelt henvises til de tilbud, som de praktiserende læger og praksispersonalet kender i forvejen, hvor de har indblik i indholdet og kan henvise til feedback fra andre borgere, der har benyttet tilbuddet tidligere.

\*Baseret på interviews med praktiserende læger og praksispersonale i denne undersøgelse.

Denne indsigt har nogle praktiserende læger fået ved at indgå i udviklingsprojekter i samarbejde med Københavns Kommune (fx TværSam<sup>17</sup>), som har givet et bedre indblik i, hvordan rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene er opbygget, og hvilke aktiviteter der foregår.

Endelig beskrev interviewpersoner i almen praksis, at de har svært ved at få hjælp til at håndtere de af målgruppens behov, som hører til andre steder end i kommunens Sundheds- og Omsorgsforvaltning. De har en oplevelse af, at deres henvisninger til eksempelvis psykiatrien afvises. Derfor var samarbejdet med Københavns Kommune (ud over rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene) særligt vigtig for almen praksis. Praktiserende læger fremhævede eksempelvis den sociale hjemmepleje som vigtig for nogle borgere i målgruppen og derfor lige så vigtig for almen praksis at kende til som rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene. På [www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk) fremgår også nogle tilbud rettet mod socialt udsatte borgere, herunder den sociale hjemmepleje, men det er ifølge de interviewede praktiserende læger tilsyneladende ikke tilstrækkelig tydeligt, at hjemmesiden rummer tilbud, der både udspringer af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen.

Der er, som anbefalet flere steder (Buch et al., 2013; Sundhedsstyrelsen, 2014) etableret et enkelt system for elektronisk henvisning til Københavns Kommunes sundhedstilbud. De fleste praktiserende læger og praksispersonale beskrev således også, **at det overordnet er let at henvise** borgere til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud – særligt når henvisningen vedrører de store kronikertilbud. Henvisninger kan dog fortsat være komplicerede at udføre, når:

- borgere har et komplekst sygdomsbillede med flere samtidige sygdomme og/eller flere samtidige udfordringer (jf. afsnit 3.3.2)
- der er behov for at henvise til tilbud, som den enkelte praksis ikke typisk henviser til.

I begge tilfælde kræver det mere arbejde i forhold til at finde et tilbud, end når udfordringsbilledet er mere enkelt. Nogle praktiserende læger/praksispersonale havde en fornemmelse af, at der findes gode tilbud, som de måske ikke får brugt, fordi de ikke kender til dem. Det manglende overblik betyder også, at det kan være svært at reagere hurtigt, når en borger udviser motivation for at ændre adfærd. Da borgerens motivation, som nævnt i afsnit 3.1, kan være skrøbelig, risikerer man, at den praktiserende læge/praksispersonalets manglende overblik bliver en barriere for borgerens deltagelse.

---

<sup>17</sup> TværSam – et udviklingsprojekt med fokus på tværsektorielt samarbejde og sammenhæng i behandlingen af borgere med diabetes. <https://diabetes.dk/nyheder/2019/tvaerfagligt-projekt-vinder-diabetesforeningens-handlingspris-2019>

Det er vist i andre undersøgelser, hvordan henvisninger til kommunale tilbud fra almen praksis øges via 1) et vedholdende fokus på at sikre tilstrækkelig viden og opmærksomhed på eksisterende tilbud, 2) en enkel henvisningsstruktur og 3) mulighed for tovejskommunikation mellem almen praksis og kommune (Buch et al., 2013). Praktiserende læger og ledere i forvaltningen beskriver samarbejdet med de praktiserende læger i regi af KLU som godt, og de praktiserende læger fremhæver desuden en række udviklingsprojekter (fx TværSam) (Buch & Johansen, 2022), hvor kendskabet til de kommunale sundhedstilbud er blevet styrket.

I relation til sidste delelement fremhævede nogle praktiserende læger i denne undersøgelse, hvordan det kan være svært at få overblik over Københavns Kommunes organisering. De er ofte i **tvivl om, hvor de skal henvende sig**, hvis de fx har en borger, hvor de er usikre på, om vedkommende passer i målgruppen for et givent rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, eller om der findes et andet tilbud, som vil være mere passende. I denne forbindelse efterspurgte nogle interviewpersoner i almen praksis en måde at kommunikere mere direkte med kommunen:

*I virkeligheden har jeg ikke et nummer til, eller et lokationsnummer, hvor jeg kan sende mail til kommunen. Den er kæmpestor. Det drukner. Når man så sender til den ene, så siger de, jamen, det er desværre ikke vores. Men de sender den ikke videre, og så står vi med den igen og kan sende igen. Så jeg synes egentlig, at det ville være nemmere med en forenklet indgang til kommunetilbuddet og til kontakt til kommunen direkte. (Interview, praktiserende læge)*

Nogle praktiserende læger fremhævede desuden, at de savner feedback på deres henvisninger, så de ved, om der bliver taget hånd om borgeren. De kan eksempelvis være i tvivl om, hvorvidt en henvisning er kommet frem til de rette personer, og savner en tilbagemelding på, om der er nogen "i den anden ende", som tager fat i borgeren og det videre forløb. I forlængelse heraf beskrev de også, at det kan være svært at gennemskue, hvilke informationer kommunen har brug for i forhold til henvisning, fordi de ikke har god nok indsigt i deres arbejdsområde. Udfordringer, som ikke er ualmindelige i samarbejdet mellem almen praksis og kommune, og som er søgt adresseret i flere udviklingsprojekter på både nationalt og mere lokalt/regionalt niveau (Buch et al., 2013, 2016, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2014).

### **Praksispersonalets særlige rolle**

Flere af de interviewede praktiserende læger forklarer, at praksispersonalet spiller en væsentlig rolle i forhold til borgere i målgruppen, I nogle praksis er det desuden praksispersonalet, der varetager kronikerkontroller, og de typisk har afsat mere tid pr. konsultation end lægerne, og som opfordrer borgerne til at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Det er derfor relevant, at også praksispersonalet

har viden om rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som de kan handle på og give videre til borgerne. Praksispersonale med disse beføjelser beskrev i interviews, hvordan de typisk kender borgerne godt og typisk også kan tale med dem om emner, der omhandler deres eventuelle sårbarhed:

*Jeg har været her i klinikken i 10 år, så jeg kender patienterne rimelig godt, og de kender mig. Og jeg har jo så kronikergruppen, men jeg har så også mange ensomme og lidt sårbare patienter, som jeg prøver at drage omsorg for. Enten kommer de op og snakker lidt, eller vi tager den på telefonen, så jeg lige har sådan lidt hold i dem. (Interview, praksispersonale)*

Praksispersonalet ser derfor deres rolle som væsentlig i forhold til både at opdage behov hos borgere i målgruppen, men også som nogle, der vil kunne diskutere deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud med borgerne. Udfordringen for praksispersonalet er imidlertid, at de ofte ikke er de primære modtagere af information til almen praksis, fx om eksisterende eller nye rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Praksispersonalet oplever derfor at være afhængige af, at lægerne i deres praksis deler den information, de får fra deres kommunale samarbejdspartnere.

## 4.2 Andre veje til opsporing og henvisning

Selvom henvisning af borgere til Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud typisk sker via almen praksis, så peger denne undersøgelse på nødvendigheden af at understøtte, at flest mulige aktører i kontakt med målgruppen har mulighed for at henvise. Som det fremgår af afsnit 3.3, så er nogle borgere i målgruppen optaget af helt andre udfordringer end deres sundhed og er sjældent i kontakt med deres praktiserende læge. De kan imidlertid godt være i kontakt med andre kommunale aktører, som kan blive indgangen til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

I de bydækkende enheder og blandt andre aktører blev nødvendigheden af at opspore borgere i målgruppen uden for sundhedssystemet understreget, og i datamateriale er der flere eksempler på andre mere eller mindre velfungerende henvisningsveje. De bydækkende enheder har eksempelvis mulighed for at henvise borgere internt mellem hinanden. Sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i de bydækkende enheder vurderede dog, at **den interne henvisningsmulighed ikke benyttes i tilstrækkelig grad**. Interne henvisninger udfordres bl.a. af, at arbejdsgangen opleves som besværlig, fordi interne henvisninger ikke er så hyppige, og der derfor ikke oparbejdes erfaringer hermed. Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse modtager borgere udelukkende fra Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.

Denne praksis udgør således et eksempel på, at borgere med sundhedsbehov opspores uden for sundhedssystemet. En lederrepræsentant fortæller:

*Altså, vi har jo fat i [borgerne i målgruppen], som nærmest nogle af de eneste, fordi de får offentlig forsørgelse, så skal de tage stilling til dem. 'Hvad er det sundhedsmæssigt, der står i vejen for, at du kan få tilknytning til beskæftigelse?' Og så får vi dem herude, de vil ikke selv komme. Altså, vi har svært ved at få fat i dem, fordi de er ikke selv-henvendende. Og de går heller ikke nødvendigvis til lægen. De fejler måske heller ikke noget endnu (...), men som bare, altså lever måske usundt og har brug for hjælp til, hvordan man ligesom kan vende den. (Interview, kommunal leder)*

Her er det ikke borgerens sundhedsmæssige udfordringer, der i første omgang har gjort, at borgeren er i kontakt med "systemet", men det er bl.a. sundhedsudfordringerne, som står i vejen for, at noget andet kan opnås. Samarbejdet med fx jobcentre muliggør desuden, at borgere kan findes på et tidligt tidspunkt i deres sygdomsforløb uden klare diagnoser, men med behov for træning og øget sundhed og i situationer, hvor de ikke selv aktivt overvejer at opsøge egen læge eller et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

En anden henvisningsvej, som flere af de bydækkende enheder benytter, er **aktivt at opsøge borgere** via annoncer i aviser og blade, via besøg på og samarbejde med uddannelsesinstitutioner og civilsamfundsorganisationer. Nogle bydækkende enheder har desuden åbent for '**selv-henvendelse**', og her er fordelene bl.a., at man øger muligheden for at få nogle borgere i tale (vurderingen i de bydækkende enheder er særligt mænd med kort uddannelse), som ellers ikke ville finde vej via fx praktiserende læge. Erfaringerne blandt ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder er dog, at de borgere, der henvender sig, ofte er borgere, der enten ikke vurderes at have gavn af et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud eller i forvejen ville finde vej via almen praksis. Da selvhenvendelse kræver et initiativ og overskud, som de borgere, hvor "livet larmer", ofte ikke har, er vurderingen, at disse borgere ikke vil benytte sig af denne mulighed. Helt praktisk oplyser de sundhedsfaglige medarbejdere, at en udfordring ved selvhenvendelse ligeledes er, at de som fagpersoner ikke har adgang til borgerens sundhedsoplysninger, hvilket gør det vanskeligere at sammensætte det rigtige rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til den pågældende borger.

Endelig påpegede nogle sundhedsfaglige medarbejdere, at de savner at kunne lave eksterne henvisninger, fx til psykiatrien, men også til praktiserende læge. Dermed undgås, at en opfordring til selv at søge læge med et helbredsproblem ikke alene bliver borgerens. De bydækkende enheder kan understøtte borgerens kontakt til fx egen læge via digital kommunikation, men erfaringen i de bydækkende enheder er, at det kan være sårbart at lægge denne opgave på borgerens skulder. Her er der i

stedet ofte brug for, at borgeren støttes i at tage kontakt, fx ved at medarbejder og borger fysisk sidder sammen og ringer til den praktiserende læge. Det er således ikke kun almen praksis, der oplever udfordringer ved samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer (se afsnit 4.1), hvilket understreger et fortsat behov for et fokus på denne overgang (se afsnit 6.1 og 6.2).

### 4.3 Hvilke borgere henvises ikke?

I Kapitel 3 fremgår en række borgerrelaterede faktorer, som kan få betydning for målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. I tråd med anden viden om, hvordan social ulighed skabes og forstærkes (Center for Forebyggelse i Praksis & Kommunernes Landsforening, 2024; Larsen & Sodemann, 2024; Udesen et al., 2020), så peger denne undersøgelse på, at borgere med forskellige karakteristika mødes med forskellige forventninger, og at der – bevidst eller ubevidst – selekteres i de borgere, der henvises til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i nogle af de bydækkende enheder vurderede, at **borgere med minoritetsbaggrund** ikke i samme omfang bliver henvist fra hospitalerne og dermed ikke får samme mulighed for at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Årsager hertil er ikke afdækkede i analysen, men interviewpersoners antagelse var sproglige udfordringer og forestillinger hos den henvisende aktør om, hvem der kan få gavn af et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Interviews i almen praksis viste desuden, at der her findes forståelser af, at borgere med minoritetsbaggrund ikke passer ind i de etablerede rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og har brug for tilbud med en tilpasset deltagergruppe og indhold.

**Borgernes køn** blev også tillagt en betydning for, hvem der henvises til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder var generelt bevidste om, at nogle af tilbuddene og deres metodik (eksempelvis samtalebaserede forløb) tiltaler kvinder i højere grad end mænd, og at det kan påvirke, hvem der siger ja til at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. I flere af de bydækkende enheder arbejdes der aktivt med at udvikle tilbud, der imødekommer særlige behov relateret til hhv. minoritetsbaggrund og køn.

Som allerede beskrevet i afsnit 4.1, kan det være udfordrende at finde egnede tilbud til borgere med uafklarede sundhedsrelaterede udfordringer, og som også har behov for hjælp til andre problemstillinger (sociale, økonomiske etc.) sammenlignet med et mere simpelt sygdomsbillede. Dette fremgik både af interviews med almen praksis, andre aktører og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder.

Desuden beskrev nogle praktiserende læger, hvordan de undlader at henvise borgere, som har haft flere **gentagne forløb uden bedring**, eller hvor de vurderer, at **borgeren har svært ved at indgå i et tilbud**.

Endelig er rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddenes målgruppebeskrivelser med til at afgrænse, hvilke borgere der henvises. **Behandlingskrævende psykisk sygdom og misbrug** er typiske eksklusionskriterier, men ifølge en anden aktør er dette problematisk, fordi der så reelt ikke er tilbud til de borgere i målgruppen, der *også* har denne type udfordringer ud over en fysisk sygdom – uagtet om der er tale om velbehandlet psykisk sygdom eller relativt begrænset misbrug:

*Jeg er nødt til at løfte et flag for, at der er rigtig mange, som har et aktivt misbrug. Mere eller mindre. Der er i hvert fald nogle, og de kan ikke komme ind [i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, red.]. Og så er der dem her, som har alvorlige behandlingskrævende psykiatriske diagnoser, som også står som en eksklusion. (...) Jeg skal ikke sætte procenter på, hvor mange vi har, men vi får flere med svære psykiatriske diagnoser, og de kunne have rigtig stor gavn af de tilbud – også de fysiske. (...) (Interview, anden aktør)*

Ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder anerkender også, at selvom borgere med mere komplekse behov kan have gavn af at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, så kan de ikke altid rummes i tilbuddene, før der er taget hånd om nogle af de andre udfordringer. Borgere, som omtales i ovenstående citat, kan anses for at være på grænsen af denne undersøgelses målgruppe, jf. kategorierne i København Kommunes klyngeanalyse (Københavns Kommune, 2023). Det er dog ikke udelukket, at misbrug og behandlingskrævende psykisk sygdom også er til stede blandt borgere i denne undersøgelses målgruppe. Mange af tilbuddene kræver, at **borgeren er motiveret for at arbejde med sig selv og egner sig til et holdtilbud**, dvs. både kan dele egne og rumme andres refleksioner og erfaringer og følge de sociale spilleregler på et hold – hvilket ikke kun er en udfordring blandt de mest udsatte borgere i kommunen ('rød klynge', jf. klyngeanalysen).



# 5 Barrierer knyttet til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

I dette kapitel er der fokus på barrierer med betydning for målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som knytter sig til indhold og organisering heraf. Der er tale om en overordnet og tværgående beskrivelse af, hvordan rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene opleves med særligt fokus på muligheder og barrierer for målgruppens deltagelse i tilbuddene.

Kapitlet er baseret på observationsbesøg i de bydækkende enheder samt interviews med borgere, ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder, praktiserende læger/praksispersonale samt andre aktører.

Kapitlet er bygget kronologisk op med udgangspunkt i de enkelte dele af borgeres deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud; opstart (afsnit 5.1), tilbuddenes organisering og indhold (afsnit 5.2) og forløbsafslutning<sup>18</sup> (afsnit 5.3).

Kapitlets hovedfund er opsummeret i Boks 5.1.

## Boks 5.1 Kapitlets hovedfund

### Opstart og ventetid

Der er fokus på hurtig kontakt og relationsdannelse mellem sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder og henviste borgere. I nogle bydækkende enheder opleves større efterspørgsel efter tilbud og heraf følgende ventetid for borgerne, som risikerer at miste motivation til at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

<sup>18</sup> Forløbsafslutning er ikke direkte en del af undersøgelsens formål, men berøres alligevel, da det i interviewene fremstod som en væsentlig del af det samlede forløb og de bydækkende enheders indsats for at støtte målgruppen i et liv med bedst mulig sundhed og livskvalitet.

### Sygdomsspecifik organisering, individuel tilpasning og holdtilbuddenes fordele og ulemper

- Den sygdomsspecifikke organisering omkring de bydækkende enheder bidrager til specialisering og høj faglighed. Ulempen er, at borgere i målgruppen med flere samtidige diagnoser eller andre samtidige problemstillinger kan have svært ved at passe ind.
- Der er opmærksomhed på fordelene ved individuelt tilpassede tilbud, som ses som et positivt bidrag til at fastholde borgere i målgruppen i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Individuel tilpasning er dog begrænset af de eksisterende styringsrammer, fx økonomiske rammer og ledige pladser på det givne tidspunkt for borgers opstart.
- Fysiske rammer og placering samt praktiske forhold omkring de enkelte aktiviteter tilrettelæggelse (fx tidspunkt) har også betydning for nogle borgers deltagelse. De sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder er imidlertid ofte aktive i at finde løsninger, der kan afhjælpe disse barrierer.

### Behov for relevante aktiviteter for målgruppen efter endt forløb i de bydækkende enheder

Borgere i målgruppen har brug for støtte i overgangen fra et kommunalt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til andre aktiviteter, hvor de kan støttes i den udvikling, de har påbegyndt. I de bydækkende enheder er der fokus på og igangsat en række indsatser, som skal støtte borgere (herunder borgere i målgruppen) i disse overgange

Sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder udfordres dog af for få relevante henvisningsmuligheder til målgruppen samt manglende overblik over, hvilke muligheder der findes.

## 5.1 Fra henvisning til opstart: Betydningen af hurtig kontakt og ventetid

Generelt lægger de bydækkende enheder vægt på, at der efter visitering sker en personlig kontakt, hvor henviste borgere kontaktes af den sundhedsfaglige medarbejder.

bejder, der bliver borgerens kontaktperson. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at målgruppens motivation til at deltage i et tilbud, som nævnt i afsnit 3.1, kan være skrøbelig og derfor kræver hurtig opfølgning.

Det kan imidlertid være en **tidskrævende opgave at få kontakt til borgere i målgruppen** og indebærer forskellige udfordringer afhængig af kontaktformen:

- *Telefonisk kontakt til borgeren.* En kontaktform, der udfordres af, at mange borgere i målgruppen ikke tager telefonen fra et ukendt nummer. Derfor efterspørger sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder muligheden for at kunne skabe en første kontakt via en SMS, men jf. GDPR-lovgivning er dette ikke muligt.
- *Fremsendelse af invitation til opstartssamtale i e-Boks.* En kontaktform, som sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder vurderer er uhenigtsmæssig i relation til borgere i målgruppen, som ikke jævnligt tjekker deres e-Boks, og som i øvrigt har gavn af den personlige kontakt som bidrag til at øge deres motivation for deltagelse.

De interviewede borgere, inkl. de, der ikke har gennemført forløbet i den bydækkende enhed, understreger, at de kun har mødt venlige og kompetente sundhedsfaglige medarbejdere.

*Man sidder over for nogle, der er rigtig dygtige til deres arbejde. Og det fik jeg allerede oplevelsen af de første par gange [undervisningsgange]. Både dygtige til at trække os med i de budskaber undervejs, men også rigtig dygtige til at samle os imod hinanden og om hinanden. Så for os, der er vant til en-til-en sessions, bliver det et behageligt sted at være, selvom det er en gruppe (...) Ingen af underviserne har været herinde og sige: Det må være sådan her, det er. Nej, de har bare hjulpet mig med at indse det selv. Så det er bare så fedt. (Interview, borger)*

I de bydækkende enheder vægtes relationen mellem borger og medarbejder da også højt, bl.a. i form af en kontaktpersonordning. Sundhedsfaglige medarbejdere og ledere fremhæver **betydningen af relationsdannelse** og arbejder eksempelvis med, at det er den kommende kontaktperson<sup>19</sup>, der inviterer borgeren til et opstartsmøde for allerede på det tidspunkt at indlede relationen. En medarbejder fortæller:

*Jeg synes, det starter ved den første samtale. De skal købe ind på, hvad rationalet er. Inden de begynder på holdet, snakker vi om, hvad de gerne vil have ud af det, så de hele tiden har fokus på deres eget mål. Vi fortæller*

---

<sup>19</sup> Funktionen kaldes noget forskelligt i de bydækkende enheder. Her benyttes kontaktperson om den medarbejder, der har opstarts- og afsluttende samtale og evt. følger borger undervejs i borgerforløbet.

*om rammerne, og hvor vigtigt det er, at de kommer. Hvis man misser et par gange, så er det nemmere at glide ud. (Interview, sundhedsfaglig medarbejder)*

For de interviewede borgere er kontaktpersonen mindre betydningsfuld, da det primært er 'underviser', de forholder sig til (om end der kan være sammenfald). I almen praksis ses behovet for den personlige kontakt i forhold til at motivere og fastholde borgere i målgruppen.

*... at borgerne møder en sød behandler i den anden ende, som de har en eller anden form for relation til, som kan sige, 'Ej, hør nu her, Ejner. Hvorfor kom du ikke i tirsdags? Det er vigtigt, du kommer'. Eller at de ligesom har en gruppe, hvor de så får et socialt fællesskab. (Interview, praktiserende læge)*

Kontaktpersoner har i deres indledende kontakt også mulighed for hjemmebesøg, men da disse kan være vanskelige at passe ind i medarbejderens øvrige opgaver og er ressourcekrævende, benyttes de ifølge medarbejdere i de bydækkende enheder ikke i stort omfang.

Ligesom hurtig kontakt til henviste borgere vurderes at være betydningsfuldt for den fortsatte motivation til at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, så gav borgere, ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder samt interviewpersoner i almen praksis eksempler på, hvordan borgere i målgruppen er faldet fra, **når ventetiden til opstart er for lang**. Nogle af de interviewede borgere vurderede det ligeledes som problematisk, hvis der går uger eller måneder, fra en borger får stillet muligheden for at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i udsigt, til borgeren reelt opstarter et tilbud. Nogle bydækkende enheder arbejder inden for rammerne af en ventetidsgaranti, som ikke altid er mulig at overholde for den enkelte borger. Konsekvensen kan være, at man mister grebet om en borger, som muligvis ville kunne have haft gavn af et tilbud.

Der er forskel mellem de bydækkende enheder i forhold til, hvor mange henvisninger de modtager, og hvordan de er fordelt hen over året. Der er også forskel på, hvor mange borgere og forløb, de har kapacitet til. Særligt ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i Center for Mental Sundhed oplever et væsentligt større antal henvisninger, end de har kapacitet til.<sup>20</sup> En betydelig del af disse henvendelser afvises, fordi de ikke passer ind i enhedens målgruppe, men der er stadig en gruppe borgere med interesse i og behov for et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som ikke tilbydes det. Ligeledes er der større efterspørgsel end kapacitet i Afdeling

---

<sup>20</sup> Dette er man opmærksom på i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og der er tilføjet midler til håndteringen heraf ved de seneste budgetforhandlinger.

for Sundhed og Beskæftigelse. Her er ventetidsproblematikken skubbet ud til de henvisende aktører med deraf følgende udfordringer, som det beskrives her:

*Det er total uretfærdigt for borgeren, og det handler om, hvem der sidder på pinden, når pladserne åbner. Det er virkeligt uretfærdigt. Hvis sagsbehandleren har ferie, så må borgeren vente, til der kommer en ny plads.*  
(Interview, anden aktør)

Det særlige ved Afdeling for Sundhed og beskæftigelse er, at de kun tilbyder sundhedsydelse til borgere, der kommer ind via beskæftigelsesområdet, og det er således Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, der køber det antal pladser, som de ønsker. Kapacitetsudfordringen er således relateret hertil og for så vidt uden for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens indflydelse.

## 5.2 Organisering og tilrettelæggelse af tilbud

På tværs af interviewene fremgår det, at de bydækkende enheder generelt har en refleksiv og kontinuerlig udviklingspraksis omkring organisering, udvikling og justering af de tilgængelige rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. De bydækkende enheder udbyder en række tilbud, som borgerne tilbydes. Tilbuddene kan bestå af eksempelvis standardiserede konceptforløb, gruppeforløb, enkeltsamtaler og individuelle forløb.

Ledere og sundhedsfaglige medarbejdere er bl.a., i dialog med de aktører, der primært henviser til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene om målgruppens behov. Enkelte af de bydækkende enheder gør dette systematisk, mens andre griber muligheden, når den opstår. Der blev desuden beskrevet eksempler på, hvordan der afprøves holdtilbud for særlige målgrupper, fx hold for hhv. mænd og kvinder og hold med særligt fokus på sprog.

Der er dog også en række faktorer i den eksisterende organisering og tilrettelæggelse af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som kan påvirke borgere i målgruppens deltagelse og fastholdelse heri.

### 5.2.1 Organisering omkring bydækkende enheder: Specialiseret fokus og afstand

Som beskrevet i afsnit 2.2 muliggør organiseringen af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud med udgangspunkt i de bydækkende enheder en specialisering om-

kring diagnoser, som af alle parter vurderes at bidrage til en høj faglighed. Sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i de bydækkende enheder samt ledere i forvaltningen fremhævede denne organisering – som yderligere understøttes af de regionale forløbsprogrammer – som en styrke for etablering af stærke faglige miljøer og for den faglige kvalitet i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene. De interviewede borgere, der deltog i et tilbud, og de praktiserende læger fremhævede også den høje faglighed som positivt.

For borgere med flere samtidige diagnoser kan en ulempe dog være, at der potentielt kan være mange tilbud at følge og et heraf også større behov for koordinering mellem tilbud (Madsen, 2024). Udfordringen ved sygdomsorientering som princip for organisering i sundhedsvæsenet ses også i andre sektorer. Dette ses fx på hospitalerne, hvor borgere med flere samtidige sygdomme er nødsaget til at følge patientforløb i flere afdelinger, hvilket særligt er en udfordring for mindre ressourcerstærke borgere (Madsen et al., 2023). Dette er der ifølge ledere i forvaltningen opmærksomhed på, ikke mindst i de bydækkende enheder, som har fokus på, at medarbejdere i de enkelte enheder kan rådgive borgere ud over deres primære faglige speciale, og at det derudover er muligt at kunne spørge til råds i andre centre eller trække på kompetencer fra andre centre, fx psykologer fra Center for Mental Sundhed. Ifølge ledere i forvaltningen tilstræbes et tæt samarbejde mellem Center for Forebyggelse og Folkesundhed og Center for Sundhed og Rehabilitering. Ifølge de to ledere i forvaltningen understøttes dette samarbejde bl.a. af det fælles organisatoriske ophæng i en fælles centralforvaltning, som også gør det muligt for de bydækkende enheder at dele erfaringer og trække på hinandens kompetencer samt arbejde med fælles udviklingsprojekter (fx brobygningsindsatser og lokal tilstedeværelse).

Denne undersøgelse peger dog alligevel på, at rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene kan være **svære at tilpasse til de borgere i målgruppen, som har et mere komplekst sygdoms- og udfordringsbillede.**

*[En sundhedsfaglig medarbejder] fortæller om en borger, der var udeblevet fra dagens holdforløb. Borgeren havde flere problematikker og havde svært ved at skelne mellem dem samt at acceptere, at [den bydækkende enhed] kun havde fokus på den ene. (Uddrag af feltnote fra besøg i bydækkende enhed)*

En tilgrænsende udfordring i relation til Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er, at det diagnosespecifikke fokus **ikke rummer borgere, der er i risiko for sygdom**, fx på grund af en særlig adfærd, men hvor symptomer endnu er diffuse og uafklarede. De praktiserende læger og praksispersonalet gav udtryk for en bekymring for, at borgere uden diagnose, men med begyndende sundhedsproblemer, bliver "tabt på gulvet", både fordi de har svært ved at finde et

egnet tilbud, men også fordi de risikerer at få afvist henvisningen uden at få en indikation på, om der faktisk findes et mere egnet tilbud.

*Jamen altså, faktisk kunne jeg godt tænke mig, hvis man nu kunne hen-  
vise til kommunen, altså generelt, med de borgere, som vi siger er i gul  
zone [gul klynge, red], vi er lidt bekymrede for, hvad der skal ske med  
dem, og så tænker man, jeg kunne godt tænke mig, at der var et kommu-  
nalt tilbud, så vi fangede dem lidt tidligere. (Interview, praktiserende  
læge)*

De fremhævede, at borgere i undersøgelsens målgruppe, som ikke nødvendigvis har en diagnosticeret sygdom, stadig har et behov for at blive introduceret til nye vaner og indgå i et socialt fællesskab med andre, der har lignende problemstillinger. I nogle af de bydækkende enheder har man som konsekvens heraf mindre fokus på diagnoser, så borgere kan komme med mere end en problematik, men dette er tilsyneladende ikke velkendt for alle i almen praksis, og det er ifølge interviews til denne undersøgelse fortsat diagnosen, som er adgangsbillet til et tilbud i en bydækkende enhed.

Foruden diagnoseorganiseringen, så viste observationer og interviews i de bydækkende enheder også, at det sundhedsmæssige fokus i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene kan hindre opstart og deltagelse for borgere i målgruppen, fordi **sociale problemer fylder mest** (jf. afsnit 3.3). Det kan derfor, som en anden aktør her eksemplificerer, være nødvendigt at starte et helt andet sted:

*Nogle gange står det sociale i vejen for det sundhedsfaglige. Hvis borgeren ikke har nogen kontanthjælp, så kan vi ikke hjælpe ham med noget andet, fordi han ikke har råd til en busbillet. Hvis vi ikke kan få fat på en socialrådgiver i kommunen, så er vi på den. Vi må nogle gange løse det sociale problem for at kunne hjælpe med det sundhedsfaglige. (Interview, anden aktør)*

Sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene vurderer, at det kan være gavnligt at tilbyde tilbud og aktiviteter, der ikke kun fokuserer på specifikke sundhedsproblemer. For eksempel anvender nogle bydækkende enheder socialrådgivere til at hjælpe borgere med at få taget hånd om de udfordringer, der står i vejen for at kunne prioritere sundhedsindsatsen. Nogle af de bydækkende enheder har også udviklet tilbud, hvor fokus i højere grad er på fremmøde og socialt samvær end på det fysiske udbytte. En sundhedsfaglig medarbejder i en bydækkende enhed fortæller om sådan et tilbud:

*På holdet handler det meget om, at de har mange smerter og ikke er så træningsegnede. De kommer, fordi det er sjovt, og så kommer de igen. Det*

*er vigtigst, at de kommer, og ikke så meget, hvor meget de får lavet. Målet er, at de skal komme til os. (...) Vi er gode til at gøre borgerne i stand til at passe bedre på sig selv. At give dem en pause fra livet, fx problemerne derhjemme. At give dem mulighed for at gøre noget for sig selv. (Interview, sundhedsfaglig medarbejder)*

### **Praktiske barrierer som følge af organisering omkring bydækkende enheder**

Organiseringen omkring de bydækkende enheder betyder længere geografiske afstande mellem hjem og enhed for mange borgere. Mens mange sundhedsfaglige medarbejdere fortalte, at de ikke oplevede afstandsudfordringen som en stor barriere, så blev det hyppigt omtalt som sådan af borgere. Det gjaldt både i interview med borgere, der ikke opstartede eller gennemførte forløb, og med borgere i forløb, som nedenstående beskriver:

*Jeg [VIVE medarbejder] præsenterer mig, og to af damerne svarer, da jeg siger noget med 'undersøgelse af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud', at så kan jeg godt sige videre, at det her er alt for langt væk. De bor begge på Amager, og "det er jo en rejse herud", og "det er spild af alles ressourcer". Den ene kører selv, forklarer hun. Den anden får kørsel, fordi hun har angst og ikke kan tage offentlig transport. (Uddrag af feltnote fra besøg i bydækkende enhed)*

Afstandsudfordringen blev i praksis løst ved, at borgere blev tilbudt flextrafik, benyttede offentlig transport, havde en privat Falck-aftale eller fik hjælp fra familien. Interviews med ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder samt observationsbesøg peger dog på, at hjælp til transport er relevant for flere borgere end dem, der får det tilbudt. Der er i datamaterialet flere eksempler på, at sundhedsfaglige medarbejder benytter kreative løsninger for at gøre det muligt for borgeren at komme til centeret, fx hjælp til at få repareret en borgers cykel. Der er også eksempler på, at sundhedsfaglige medarbejdere udfører skyggearbejde (Andersen et al., 2020), hvor de snor sig for at sikre borgers adgang til transportmulighed. Skyggearbejde, kreative løsninger og borgers og dennes families indsats er således med til at minimere konsekvenserne ved afstandsudfordringen.

Der var blandt sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder og praktiserende læger en erkendelse af, at **afstanden kan være en hindring for nogle borgere**, hvor det fysiske og/eller psykiske overskud er lille, og hvor transporten kan være svær at overskue. Udfordringerne med afstande kan således være mere nærværende for nogle borgere i målgruppen, fx:

- Borgere diagnosticeret med KOL, da det at komme ud af huset og fysisk flytte sig til den bydækkende enhed kræver energi



- Borgere med angst og andre psykiske problemstillinger, hvor det kan være vanskeligt at tage offentlig transport eller bevæge sig væk fra det velkendte og trygge lokalområde
- Borgere, som ikke har økonomisk råderum til at betale for offentlig transport.

## 5.2.2 Balancen mellem standardiserede og individuelt tilpassede tilbud

Ovenstående afsnit viser, hvordan tilpasning af det faglige fokus kan være påkrævet for at sikre nogle borgere i målgruppens fortsatte deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Derudover gav sundhedsfaglige medarbejdere knyttet til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene udtryk for, at de borgere, som er sværest at motivere til at møde op, også er de borgere, som har brug for mere støtte undervejs i forløbene, end tilbuddene i udgangspunktet kan tilbyde. Dette blev også italesat i interviewene med andre aktører, som beskrev, hvordan de borgere i målgruppen, som har flere samtidige problematikker, har brug for meget støtte, og at det er nødvendigt at tilpasse støtten til borgerens behov. Dette ses også i andre undersøgelser, hvor der peges på et behov for individuel tilpasning af sundhedsfremmende tilbud i bred forstand, fx tilpasning af fokus, tilbuddets længde og tilgang, og særligt i relation til fastholdelsen af mindre ressourcestærke borgere (Guassora et al., 2024; Rogvi, Guassora, Wind, et al., 2021).

Behovet for individuel tilpasning er der opmærksomhed på i de bydækkende enheder. De sundhedsfaglige medarbejdere fortæller ved opstart af en borger, at de har fokus på at afdække borgeres behov og dermed sammensætte det rette tilbud. Fokus på relationsdannelse er et af flere greb i forhold til tilpasning og en håndholdt understøttelse, der kan være afgørende for, at borgeren gennemfører sit forløb. Både sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder og borgere fremhæver en håndholdt, understøttende indsats som afgørende for, at borgere, hvor andet står i vejen, eller motivationen er lille, gennemfører et forløb. En medarbejder forklarer om at arbejde understøttende:

*Hvis borgeren også er syg i dag, så vil jeg efter hold i dag bruge tid på at ringe. Det er jo et omsorgsopkald. "Er det, fordi holdet er blevet for stort? Er det fordi, du skal sidde et andet sted i lokalet? Er der nogen, som går over din grænse?". Eller hvad det nu kan være. Jeg havde fx en, der var super motiveret, men som havde kaos i livet, men det blev til en masse telefonopkald. (Interview, sundhedsfaglig medarbejder)*

Den håndholdte indsats omfatter bl.a., at de sundhedsfaglige medarbejdere, som i citatet, følger op på borgeren, men også, at medarbejderen hjælper en borger med at kontakte eksempelvis den praktiserende læge, hospitalet eller en sagsbehandler

frem for blot at pålægge borgeren ansvaret for denne opgave. Foruden kontaktpersonen og de sundhedsfaglige medarbejdere har flere bydækkende enheder også andre medarbejdere, der kan involveres, og som dermed kan understøtte den enkelte borger i hans eller hendes behov. Disse omfatter fx etniske sundhedsformidlere, socialsygeplejersker og socialrådgivere.

Erfaringen er, at **behovet for individuelt tilpassede tilbud ofte stiger med kompleksiteten** i de problemstillinger, borgeren kommer med. Individuel tilpasning kan se ud på mange måder (se tekstboks) og omhandle både indhold, kontaktformer og praktiske forhold. En medarbejder gav følgende eksempel:

*Der er en, jeg har nu, som har mange psykosociale udfordringer (...) Der er ikke nogen specifikke helbredsproblemer, men han skal bare have hjælp til at komme i gang. Han har været inaktiv i mange år pga. tidligere depression og angst. Og vi har den aftale nu, at jeg ringer en gang om ugen og spørger, hvad han har lavet, og hvad er planen til næste gang. (Interview, sundhedsfaglig medarbejder)*

De interviewede borgere anerkendte de bydækkende enheders fokus på mulighederne for individuel tilpasning, som de bl.a. blev præsenteret for på opstartsmøderne, men oplevede ikke i alle tilfælde selv at have indflydelse på, hvilket tilbud de blev givet. Det var dog langt fra alle borgere, der havde en oplevelse af muligheden for tilpasning, idet de blot havde fået et tilbud præsenteret. Tilrettelæggelsen af de konkrete tilbud er til dels rammesat af de regionale forløbsprogrammer<sup>21</sup> samt Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggende tilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2024). Desuden – og som det også fremgår i andre undersøgelser (Klitgaard et al., 2023) – gav ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i denne undersøgelse også udtryk for en oplevelse af, at deres muligheder for **individuel tilrettelæggelse af konkrete tilbud er begrænset af de eksisterende styringsrammer**, fx de bydækkende enheders økonomiske rammer, ledige pladser på det givne tidspunkt for borgerens opstart og et oplevet pres for at tage flere borgere ind i holdforløb. Det har bl.a. indflydelse på holdstørrelser, hyppighed af mødegange samt varighed af forløb, og hvornår man kan tilbyde holdopstart. Det udgør, ifølge ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder, en udfordring i relation til borgere i målgruppen, der har brug for et stabilt og kontinuert forløb og støtte for at kunne fastholde deres motivation. Flere sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder fortalte, at de kan tilbyde at tage hjem til borgere for at træne/holde møde, men at det i praksis sjældent sker, fordi det er for omkostningstungt for den bydækkende enhed.

---

<sup>21</sup> <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Forl%c3%b8sprogrammer/Sider/default.aspx> (Januar 2025)

På tværs af de bydækkende enheder ses **variation i forhold til, i hvor høj grad de tilbyder individuelt tilpassede forløb**. I enkelte af de bydækkende enheder er der mere standardiserede forløb, hvor der følges koncepter, der beskriver indhold og form af tilbuddet, og hvor muligheden for individuel tilpasning er begrænset. I andre bydækkende enheder er der eksempler på såkaldte introforløb, hvor borgeren får mulighed for at afprøve forskellige tilbud, inden denne lægger sig fast på et tilbud. Endelig giver nogle af de bydækkende enheder mulighed for, at man på samme henvisning kan tilbydes flere på hinanden efterfølgende holdtilbud.

Nogle af de bydækkende enheder, og særligt Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse, arbejder med en trinvis tilgang. Med den trinvise tilgang handler det først og fremmest om at møde borgeren i, hvad denne kan rumme, og så have et fokus på at gøre borgeren parat til et næste tilbud internt i den bydækkende enhed, i en af de andre bydækkende enheder eller et eksternt sted. Som en sundhedsfaglig medarbejder forklarede, så kan et formål i første omgang være at overkomme en social barriere, og herefter kan mere sundhedsrelaterede mål forfølges:

*Så har vi nogle rene bevægelseshold også, som jeg nogle gange tilbyder til dem, der ikke kan overskue at skulle afsted så lang tid ad gangen, og hvor du ikke skal tale så meget. Og det er ren træning, men det er selvfølgelig også rigtig meget fokus på det sociale og interaktion. Vi prøver virkelig at få dem til at blive del af et hold, og det kan være springbræt til at blive en del af et andet forløb, som er lidt flere timer. Så man bliver tryk i en gruppe. (Interview, sundhedsfaglig medarbejder)*

Også blandt andre aktører blev der argumenteret for nødvendigheden af rummelige tilbud, som foregår i et trinvis tempo, der kan medvirke til på sigt at gøre borgeren

## Individuelle tilpasninger – nogle eksempler

- Individuel sammensætning af indhold ud fra enhedens palette af tilbud
- Justering i antal mødegange
- Kontaktformer, fx opkald frem for fremmøde
- Træningstidspunkt tilpasset efter praktik, job eller andre forpligtelser
- Kombination af hjemmetræning og træning i et træningscenter i nærområdet
- Skånehensyn ved træning i bydækkende enheder eller fjernelse af et element i et tilbud, som borgeren ikke ønsker og/eller magter
- Løbende justering af tilbud, i takt med at behov og præferencer ændrer sig.

parat til et andet tilbud/forløb. Uanset ovenstående eksempler på tilbud og tiltag med fokus på tilpasning og rummelighed, så gik det igen på tværs af interviewene, at behovet for sådanne tilbud fortsat er stort og langt større, end de nuværende tilbud kan dække.

Hvornår rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene gennemføres på dagen har også betydning for nogle borgeres mulighed for at benytte rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene. For de borgere, der har et almindeligt arbejdsliv fra kl. 8-16, kan det være svært at nå at deltage i aktiviteter, hvilket både borgere og interviewpersoner fra almen praksis fremhæver. Det gjaldt fx en borger, som fik tilbudt et forløb kl. 14, men ikke havde mulighed for at gå fra sit arbejde og dermed ikke havde mulighed for at møde ind til det rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som hun var henvist til. Der er dog bydækkende enheder, som tilbyder en række aktiviteter som aftentilbud, men sundhedsfaglige medarbejdere fortæller om, at disse hold ikke altid kan fyldes op. For andre borgere, der er udfordret af at komme ud af sengen af både fysiske og psykiske årsager, kan tidlige tider udfordre deres deltagelse.

### 5.2.3 Holdtilbuddets sociale element – en fordel og en ulempe

Som nævnt udbydes både holdtilbud og individuelle forløb i de bydækkende enheder. Gennem observationer og interviews med almen praksis, ledere og sundhedsfaglige medarbejdere knyttet til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene samt borgere ses, at det kan have stor værdi for nogle af borgerne i målgruppen at deltage i gruppetilbud. Særligt følelsen af fællesskab og gensidig støtte fremhæves (se Et eksempel på en borger – Hans, nedenfor).

Der er dog, ifølge flere sundhedsfaglige medarbejdere, andre aktører og praktiserende læger en betydelig andel af **borgere i målgruppen, som ikke føler sig komfortable i gruppesammenhænge**. Det kan eksempelvis være mennesker med psykiske helbredsudfordringer, eller som lever isolerede liv, som kan opleve det som overvældende eller ubehageligt at deltage i gruppetilbud. I interviewene beskrives, at særligt for borgere i målgruppen kan det være gavnligt med mindre hold eller at indlede med et individuelt tilbud, jf. behovet for individuel tilpasning beskrevet i afsnit 5.2.2:

*De er bange for at sidde og føle sig udleveret sammen med nogle andre. Mange af dem, de siger bare, at det orker de ikke. Men det er også fordi, de har svært at ved at forestille sig helt specifikt, hvad det går ud på, hvem de andre er osv. (Interview, praktiserende læge)*

De mindre hold tilbyder en mere personlig tilgang, hvor de sundhedsfaglige medarbejdere kan fokusere specifikt på den enkeltes behov og udfordringer, hvilket kan

være særligt gavnligt for dem, der kæmper med flere problematikker samtidig, hvor der ikke er en specifik sygdom eller diagnose, eller hvor sundhedsfaglige medarbejdere oplever, at der er behov for andet end det specifikke sundhedsfokus. Dette udfordres dog af økonomiske hensyn.



## Et eksempel på en borger – Hans

Hans er 54 år, fraskilt og har to voksne sønner. Han deltager i et kommunalt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som han for nylig er startet i. Han er en del af et hold, som mødes fast én gang ugentligt i 8 uger. Hans har altid været lidt tilbageholdende med at bruge sin krop, men nu oplever han, at det er rart at få den i gang og samtidig få ny viden om sin sygdom. Tidligere var han ikke klar over, hvor stor en indflydelse hans sygdom havde på hans hverdag og helbred.

Selvom han til tider har svært ved at finde energien, så glæder han sig til at komme afsted. For Hans handler det nemlig ikke kun om fysisk træning – det er også den sociale kontakt og det at have noget fast at stå op til, som gør en forskel i hans daglige liv. Han er blevet en del af et fællesskab, hvor han kan spejle sig i de andre deltagere og tale frit om både små og store udfordringer i livet. Det har givet ham en følelse af samhørighed, og han begynder at se frem til de ugentlige møder. Fællesskabet på holdet har vist sig at være en støtte, som han ikke havde forventet.

Men selvom Hans har fundet glæde i forløbet, er der stadig udfordringer. At skulle møde op tidligt om morgenen er en af dem. Han har altid haft svært ved at komme tidligt op, og han har også måttet melde fra, fordi han ikke følte sig på toppen og ikke kunne overskue at komme ud ad døren. Han tænker, at det ville være lettere for ham, hvis tilbuddet lå senere på dagen. Hans føler også, at forløbet ikke altid tager højde for de individuelle behov, som han har, ud over det fysiske. Han savner mere hjælp og støtte til de ting, han kæmper med – både psykisk og socialt.

Hans er stolt af, at han for første gang i mange år er kommet i gang med at motionere, selvom han har misset et par gange. Men tanken om, hvad der sker efter forløbets afslutning, bekymrer ham.

Ifølge ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene udfordrer udbredelsen af holdtilbud også borgere med minoritetsbaggrund. Her kan **sproglige barrierer** få indflydelse på deres mulighed for at deltage, bl.a. fordi flere af rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene kræver, at deltagerne kan tale og forstå dansk for at deltage.

*Hvis man taler sammen omkring livet og det at mestre livet, så er det er jo enormt svært, hvis du slet ikke forstår dansk eller ikke kognitivt overhovedet, altså bare kan udtrykke dig en lille smule på dansk, så er det virkelig svært at være med. (Interview, sundhedsfaglig medarbejder)*

Dette til trods for, at der er mulighed for tolk i samtaler, at diverse informationsmaterialer er oversat til en række sprog, og at der løbende udvikles og afprøves særlige forløb i flere af de bydækkende enheder, der tager højde for de sproglige barrierer.

### 5.3 Forløbsafslutning og planlægning af det næste skridt

Når borgere, og særligt borgere, som ikke selv er opsøgende efter sundhedstilbud, afslutter et forløb, er der brug for, at de støttes i at finde og opstarte aktiviteter, som de kan tilgå i hverdagen og i deres lokalområde (Larsen et al., 2020; Timm et al., 2024). I de bydækkende enheder afsluttes borgerforløb da også med en afsluttende samtale. I de afsluttende samtaler mødes borger og kontaktperson for at evaluere forløb og udbytte og for at tale om, hvordan borgeren kan fastholde ny viden og praksis i hverdagen. Dette kan indebære, at borgeren modtager information om relevante aktiviteter, træningstilbud m.m., får en hjemmetræningsplan, at der aftales et fælles besøg i lokalt fitnesscenter med henblik på oplæring, eller at borger tilbydes at deltage i en netværksaktivitet i den bydækkende enhed. En netværksaktivitet er for afsluttede borgere og foregår i den bydækkende enhed, men i et mere borgerstyret format, der dog er understøttet af de sundhedsfaglige medarbejdere. Interviewede borgere, der deltog i disse, fremhævede, at trygheden ved de kendte rammer var medvirkende til, at de havde fortsat deres træning. På tværs af de bydækkende enheder gav borgere, som deltog i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, dog udtryk for, at tankerne om, hvad der skulle ske efterfølgende, bekymrede dem. Flere af borgerne gav udtryk for, at det ikke var tilstrækkeligt først at tale om den efterfølgende plan ved en afsluttende samtale, og at en del af bekymringen handlede om, at de følte sig trygge i den bydækkende enhed og havde svært ved at overskue at skulle opstarte et nyt sted.

De sundhedsfaglige medarbejdere fremhævede ligeledes, at tryghed og kendskab til den konkrete ramme har særlig betydning for borgere i målgruppen. En generel erfaring blandt de sundhedsfaglige medarbejdere er, at der blandt borgere i målgruppen ses et særligt behov for støtte til at videreføre den udvikling, der er påbegyndt i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene, og at **borgere i målgruppen ofte har sværere ved at gøre brug af de etablerede tilbud**. Sundhedsfaglige medarbejdere og ledere på tværs af de bydækkende enheder beskrev også, at **det kan**

**være vanskeligt at afslutte borgerne, fx fordi disse ønskede at blive**, fordi medarbejderen manglede en aktivitet at hjælpe borgeren ud til, og fordi aktiviteter uden for de bydækkende enheder er forbundet med omkostninger for borgeren. Andre borgere (særligt borgere i de grønne klynger, jf. Københavns Kommunes klyngeanalyse) har typisk større mulighed for på egen hånd at opsøge, betale for og deltage i de udbudte aktiviteter, træning m.m., ligesom de oftere har tidligere træningserfaringer at trække på.

I de bydækkende enheder er der et stort fokus på at hjælpe borgere videre efter endt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Heri indgår bl.a. etableringen af interne netværksaktiviteter, samarbejde med frivillige netværk og patientforeninger om besøg af frivilligkonsulenter, at der bliver gjort en fordel ud af, at patientforeninger og rehabiliterings- og forebyggelsestilbud deler adresse, at eller foreninger kan benytte sig af lokaler i den bydækkende enhed for at lave en blid overgang for borgerne fra rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet til en ny aktivitet. Alligevel er det oplevelsen blandt sundhedsfaglige medarbejdere og ledere, at disse aktiviteter kan udbygges både i antal og i forhold til kendskab, geografi og fokus, således at mere sociale aktiviteter også kan omfattes (se også Jensen, 2024). Oplevelsen er således, at der fortsat mangler **aktiviteter til borgere i undersøgelsens målgruppe og et overblik over, hvilke der allerede findes.**

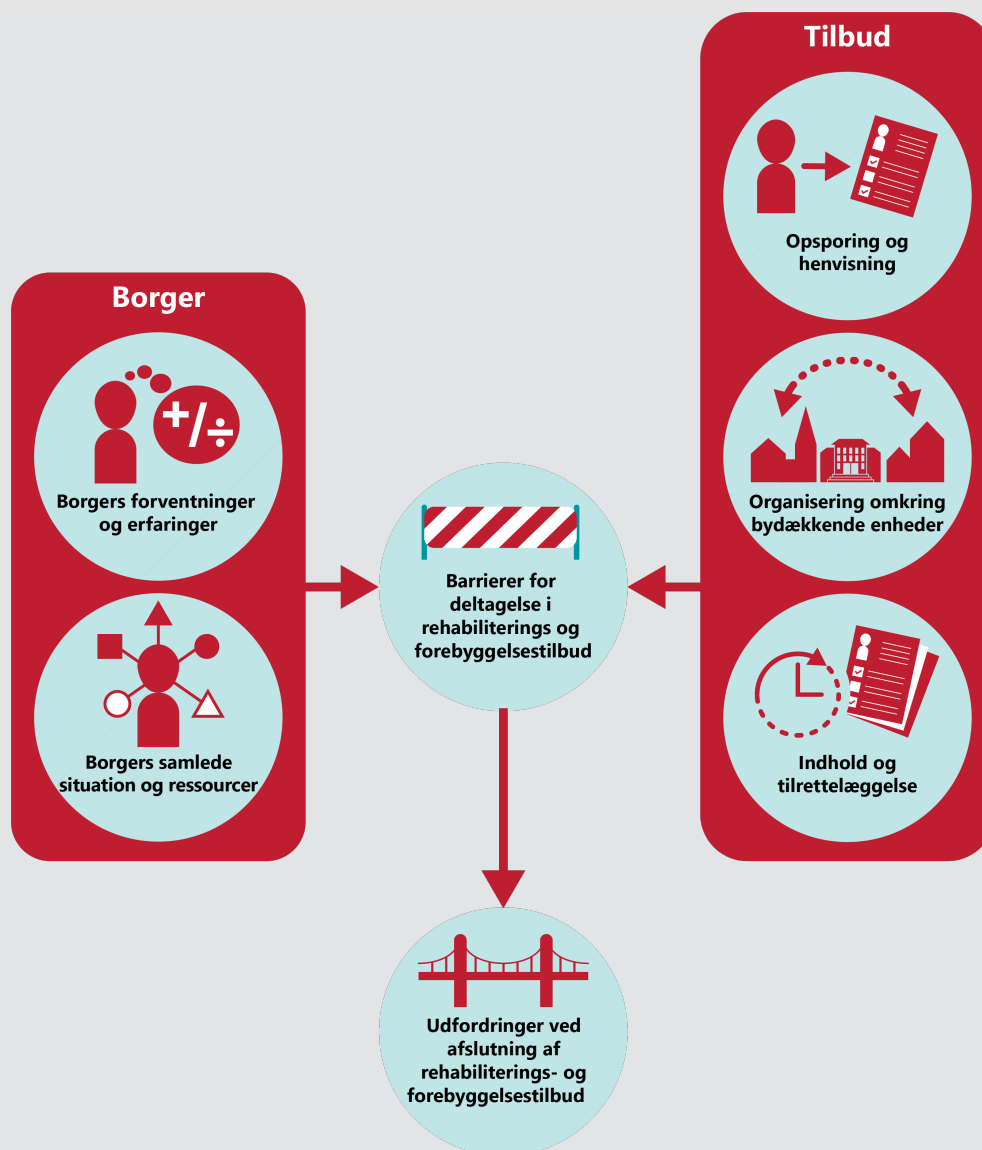
## **6 Fokusområder for målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

I de forrige kapitler er der udpeget en række faktorer med betydning for målgruppens deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Disse er opsummeret i Figur 6.1.



**Figur 6.1 Barrierer for borgernes deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

Figurens venstre side illustrerer borgerrelaterede faktorer (borgernes motivation, borgernes samlede situation og ressourcer og praktiske forhold), der påvirker deltagelse. Figurens højre side illustrerer faktorer relateret til indhold og tilrettelæggelse af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud samt samarbejde om opsporing og henvisning. Nederst fremgår faktorer af betydning for at fastholde borgeren i at tage vare på egen sundhed og trivsel.



Kilde: VIVE.

I det sidste kapitel fremhæves en række fokusområder udledt på baggrund af de udpegede barrierer for deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud blandt borgere i undersøgelsens målgruppe. Under hvert fokusområde fremgår også en

række forslag til mulige indsatser med fokus på at styrke målgruppens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som Københavns Kommune kan arbejde videre med i udvikling og justering af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud afhængig af økonomiske, faglige og politiske prioriteringer og muligheder.

## 6.1 Fokusområde 1: Samarbejde om opsporing og henvisning

Borgere i målgruppen kan i grove træk inddeles i dem, der selv opsøger hjælp til at håndtere helbredsudfordringer og dem, der ikke gør – enten fordi de ikke er opmærksomme på dem, fordi deres opmærksomhed er rettet mod andre typer af udfordringer, eller fordi de ikke har ressourcerne til at opsøge og kræve hjælp fra offentlige institutioner (se afsnit 3.3).

Sidstnævnte gruppe har således ikke en kontinuerlig kontakt til sundhedsvæsenet – herunder almen praksis, som udgør en væsentlig henvisende aktør (jf. afsnit 4.1) – og der er derfor et potentiale i at fokusere på det opsporende arbejde i relation til de borgere i målgruppen, som er mindst proaktive.

Nedenfor fremgår forslag til mulige tiltag for hhv. opsporing af borgere samt samarbejde med andre aktører om opsporing og henvisning af borgere til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

**Afsøgning af screeningsværktøjer til systematisk opsporing:** I nogle kommuner har man afprøvet et elektronisk screeningsværktøj med henblik på at opspore borgere, som ikke selv efterspørger forebyggende og sundhedsfremmende tiltag og/eller løbende opsøger sundhedsvæsenets aktører, som kan hjælpe dem på vej. Idéen er at triagere borgere på baggrund af et spørgeskema om borgeres trivsel og sundhed og tilbyde en mere målrettet opfølgning på de borgere, der scorer lavt. En konkret model er bl.a. beskrevet i en evalueringsrapport af det såkaldte WIPP 360° netværk (Rabølle, 2023) og fremhæves også i Sundhedsstyrelsens evaluering af opsøgende hjemmebesøg til ældre borgere (Sundhedsstyrelsen, 2023). Evalueringen af Wipp 360° konkluderer, at det er muligt at opspore det, der betegnes 'skrøbelige ældre', og som vurderes at have gavn af i dette tilfælde et opsøgende hjemmebesøg (Rabølle, 2023). Det ses dog også, at der er en betydelig andel borgere, som ikke besvarer spørgeskemaet eller ikke har e-Boks. Denne model kan derfor ikke stå alene, hvilket understreger behovet for, at opsporing foregår på flere måder og via flere aktører, som det bl.a. anbefales på ældreområdet (Sundhedsstyrelsen, 2017).

**Styrkede muligheder for henvisning fra flere aktører:** Målgruppen for denne undersøgelse inkluderer også borgere, som endnu er i risiko for, men (endnu) ikke har

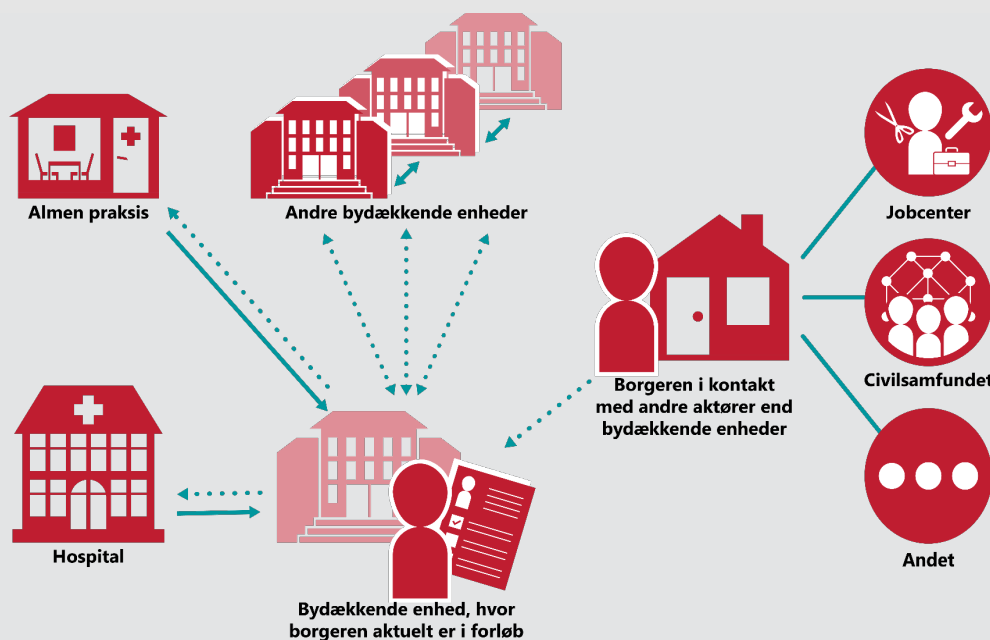
en diagnosticeret sygdom. Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning har, som nævnt i afsnit 2.1, fokus på, hvordan forebyggende tiltag kan tilrettelægges med udgangspunkt i de konkrete settings, såsom skoler, arbejdspladser eller bydele, hvor borgere har deres hverdag. Denne undersøgelse giver ikke anledning til at udpege konkrete settings (Aagaard-Hansen & Bloch, 2023), som kan danne rammen om særlige tiltag rettet mod målgruppen, men derimod på et potentiale for fortsat at samarbejde med de mange andre aktører, som er i kontakt med borgere i målgruppen, herunder andre kommunale aktører eller aktører i civilsamfundet, om opsporing og henvisning.

Undersøgelsen viser derimod, hvordan borgere i målgruppen kan have forskellige kontaktflader i kommunen, som ikke er relateret til deres sundhed, men til andre aspekter af deres liv (fx job, økonomi, sociale problemstillinger etc.). Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse er et eksempel på et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, hvor borgeren opspores uden for sundhedsområdet, fx via jobcentre (se afsnit 4.2). Det kan overvejes, om denne model kan overføres til andre bydækkende enheder og andre forvaltninger, således at borgernes øvrige kommunale kontaktflader (og eventuelt andre aktører) får mulighed for at opspore henviser til relevante rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Som beskrevet i afsnit 4.2, så kan de bydækkende enheder også henviser til hinanden internt, men denne mulighed benyttes ikke ret ofte, og det kan overvejes, om der også skal øget fokus på denne henvisningsmulighed som led i at sikre relevante tilbud for borgere med flere samtidige helbredsudfordringer. I Figur 5.2 ses en oversigt over de nuværende mest brugte henvisningsveje og de henvisningsveje, som undersøgelsen peger på kan styrkes. Her er der også aftegnet henvisningsveje, der udgår fra de bydækkende enheder til fx almen praksis, praktiserende speciallæger og hospitaler. Sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder kan ikke henviser til sundhedsfaglige aktører i andre sektorer, men kun opfordre borgerne til selv at række ud efter den hjælp, som de bydækkende enheder ikke selv kan tilbyde. Dette er formentlig svært for Københavns Kommune at ændre på, men er alligevel med i figuren for at illustrere et oplevet behov for en stærk forbindelse mellem kommunen og andre aktører i relation til de borgere i målgruppen, som har brug for hjælp til at navigere i offentlige tilbud.

**Figur 6.2** Oversigt over aktuelle og potentielle aktører, som kan spille en rolle i opsporing og henvisning til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Figuren illustrerer, hvilke aktører der aktuelt spiller den største rolle i opsporing og henvisning af borgere (fuldt optrukne pile), og aktører, som potentielt kan få en større rolle (stiplede pile).



Kilde: VIVE.

**Enklere kommunikationsveje: Én indgang til kommunen:** Københavns Kommune er en stor og kompleks organisation, hvor tilbud til borgere i målgruppen tilrettelægges i flere forvaltninger og centre. Hjemmesiden [www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk) er tilrettelagt med hensigten om at tilbyde én indgang til Københavns Kommunes mange tilbud og fremhæves som tidligere beskrevet som en velfungerende og brugbar hjemmeside af de praktiserende læger og praksispersonalet. Alligevel oplever praktiserende læger og praksispersonalet, at det er svært at finde rundt i organisationen af Københavns Kommunes enheder, afdelinger og forvaltninger. Det er især svært for praktiserende læger og praksispersonale at finde den medarbejder, den forvaltning eller den afdeling, der kan hjælpe dem, når de er usikre på, hvilke rehabiliterings- og forebyggelsestilbud der kan være relevante for en specifik borger. I almen praksis efterspørges derfor fælles indgang/central visitation i forhold til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene i Københavns Kommune (som på sygehusene).

Enkelte undersøgelser peger på, at muligheden for let kommunikation mellem kommuner og almen praksis opleves som medvirkende til et godt samarbejde og flere relevante henvisninger fra almen praksis til sundhedsfremmende tilbud i kommuner

(Buch et al., 2013). Dette fund er baseret på fagpersoners subjektive erfaringer, og det er ikke muligt at vurdere, om det vil føre til udbytte i form af flere borgeres deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

**Ventetid og hurtig kontakt:** Der er risiko for, at borgere i målgruppen falder fra, hvis der er for lang ventetid til opstart af et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud (Ravn, Berthelsen, et al., 2024). Selvom der i de bydækkende enheder er opmærksomhed på at kontakte borgere kort tid efter en henvisning, så peger denne undersøgelse på, at ventetid forekommer, og et deraf følgende behov for at undersøge, om efterspørgslen på rehabiliterings- og forebyggelsestilbud står mål med kapaciteten i de bydækkende enheder.

Desuden kan det undersøges, om der kan skabes indledende kontakt til borgere, der er henvist til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud på måder kan bidrage til hurtig kontakt for derved at undgå, at borgere mister lysten til at deltage i et tilbud, de ellers er henvist til. Det er eksempelvis flere steder understreget, at invitationer til deltagelse i forebyggende og sundhedsfremmende tilbud med angivelse af dato for borgeres første fremmøde øger chancen for, at de møder op (Højgaard et al., 2019; Sundhedsstyrelsen, 2023).

## 6.2 Fokusområde 2: Information om rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Behovet for et vedvarende fokus på opsporing af borgere i målgruppe, og særlig de borgere, som ikke selv er opsøgende, kalder ifølge denne undersøgelse også på et vedvarende fokus på information og oplysning om rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene i Københavns Kommune. Det ses også af en række andre undersøgelser med fokus på samarbejde fx mellem almen praksis og kommuner og mellem hospitaler og kommuner, at gensidigt kendskab til tilgængelige tilbud og arbejdsmåder i de respektive sektorer er en væsentlig nøgle til at sikre gode og sammenhængende forløb for patienter og borgere (Buch et al., 2013; Ravn, Sevel, et al., 2024). Undersøgelser viser dog også, at det er et nødvendigt løbende fokusområde, fordi der alt andet lige er tale om forskellige sektorer med særskilte politiske og faglige mål samt særskilte organisatoriske og økonomiske rammer (Buch et al., 2018; Madsen, 2024).

I denne undersøgelse er det en væsentlig konklusion, at almen praksis oplever, at der findes relevant og ikke mindst tilgængelig information om Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud på hjemmesiden [www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk), men at det ikke er alle i almen praksis, som har kendskab til tilbuddene i Københavns Kommune og/eller henviser borgere dertil. I tilknytning til potentialet i

at andre end almen praksis henviser til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene, så peger denne undersøgelse også på, at information også skal rettes mod andre aktører i kontakt med målgruppen.

Nedenfor fremgår forslag til mulige tiltag med fokus på information til hhv. almen praksis, andre aktører og borgere om kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

### **Information til og kommunikation med almen praksis**

**Tydelighed om tilbuddenes indhold og relevans for målgruppen:** Henvisning fra almen praksis til Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud udfordres bl.a. af manglende viden om, hvorvidt tilbuddene er relevant for borgere i målgruppen, som er karakteriseret ved flere samtidige sygdomme og/eller på anden måde udfordret af livets larm, som beskrevet i afsnit 3.3. Som det fremgår i afsnit 4.3, så henvises nogle borgere ikke, fordi fx en praktiserende læge vurderer, at de ikke egner sig til at indgå i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Denne undersøgelse peger på en forståelse i almen praksis af, at adgangen til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i de bydækkende enheder er betinget af en diagnosticeret sygdom, og at de derfor har svært ved at udpege relevante tilbud til borgere med mere komplekse sygdoms- og udfordringsbilleder, eller som endnu ikke har en diagnose. Det samme gælder viden om, hvilke muligheder der er i de bydækkende enheder for at tilbyde individuelt tilpassede tilbud, hvor det at komme ud ad døren, at deltage på et hold m.m. er relevante og legitime første skridt. Denne type af information kan fremhæves tydeligere – såfremt tilbuddene findes – på [www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk), hvor der for nuværende primært fremgår beskrivelser af indhold i form af træning, kostvejledning (med mulighed for tilpasning) m.m. samt målgruppebeskrivelser med fokus på særlige diagnoser.

Med henblik på at imødekomme nogle praktiserende lægers tendens til at henvise til de samme velkendte tilbud og manglende tid til systematisk at undersøge hele paletten af tilbud kunne det også overvejes at lave en tydelig markering af nye tilbud på hjemmesiden.

Endelig fremgår det af denne undersøgelse (se afsnit 4.1), at almen praksis anser samarbejdet med kommunens sociale tilbud som vigtigt i relation til flere borgere i målgruppen, og almen praksis har derfor også brug for et overblik over kommunale tilbud ud over dem, som tilbydes fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Nogle af disse tilbud fremgår af [www.sundhedstilbud.kk.dk](http://www.sundhedstilbud.kk.dk), men det kan overvejes at afsøge specifikke ønsker til information i fremtidige justeringer af hjemmesiden.

**Fælles udviklingsprojekter mellem Københavns Kommune og almen praksis:**

Som det fremgår i afsnit 4.1, så fremhæver flere praktiserende læger, at rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene i Københavns Kommune tilbyder borgere en hjælp, som de ikke selv kan tilbyde på samme faglige niveau. Nogle beskriver det endda som en arbejdsdeling, der kommer almen praksis til gode, fordi de i en travl hverdag har mulighed for at overdrage nogle opgaver til kommunen. I undersøgelser af samarbejde om konkrete patient- og borgerforløb, der går på tværs af fagpersoner og sektorer, fremgår bl.a. vigtigheden af, at de involverede parter kan se en fordel for både borgeren/patienten og for dem selv (Madsen, 2024). Det kan derfor overvejes, om de mere organisatoriske fordele for almen praksis ved at henvise og motivere borgere til at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud også kan fremhæves som led i dialogen med almen praksis.

Nogle praktiserende læger fremhævede som beskrevet i afsnit 4.1 potentialet i at indgå i forskellige udviklingsprojekter sammen med Københavns Kommune med fokus på samarbejdsrelationer og etablering af gensidigt kendskab til arbejdsgange og specifikke tilbud. Disse udviklingsprojekter inkluderer dog typisk kun en begrænset gruppe af læger. De praktiserende lægers kvalitetsklynger<sup>22</sup> er et forum med mulighed for at ramme en bredere gruppe af læger i kommunen, og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indgår allerede i et udviklingsarbejde omkring en klyngepakke<sup>23</sup>. Ulempen ved kvalitetsklyngerne som forum for dialog med almen praksis er, at den enkelte kvalitetsklynge selv afgør, hvilke emner, de ønsker at tage op på klyngemøderne, herunder om de ønsker at indbyde til dialog med Københavns Kommune, og ikke har samme kadence for mødeaktivitet. Der er altså ingen garanti for, at kvalitetsklyngerne som fora for dialog og fælles opmærksomhed på målgruppen vil inkludere alle praktiserende læger i kommunen (Madsen et al., 2022). Desuden inkluderer kvalitetsklyngerne kun de praktiserende læger og ikke praksispersonalet, og der vil fortsat være behov for at sikre, at denne gruppe af aktører modtager den rette information.

**Information målrettet praksispersonale og andre aktører:** Som beskrevet i afsnit 4.1 er information om kommunens rehabiliterings- og forebyggelsesindsatser ofte rettet mod praktiserende læger. I lyset af at praksispersonale også spiller en stor rolle i forhold til at opspore og henvise borgere til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, så er det væsentligt, at ny information også henvender sig mere direkte til praksispersonalet.

Skal andre forvaltninger og andre aktører – eksempelvis arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, psykologer, socialrådgivere, patientforeninger og foreninger i bor-

---

<sup>22</sup> Mødemateriale med et afgrænset fagligt tema, som de praktiserende læger kan tage i brug i deres klyngemøder.

<sup>23</sup> Mødemateriale med et afgrænset fagligt tema, som de praktiserende læger kan tage i brug i deres klyngemøder.

geres lokalmiljøet – spille en større rolle i opsporing og henvisning, så skal information også målrettes dem. Det er ikke sikkert, at andre aktører skal henvise direkte til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, men de kan yde et vigtigt bidrag i opsporingen af borgere, som vil have gavn af at deltage i et tilbud, og skal derfor også sikres relevant information.

### **Information til borgere om rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

Flere bydækkende enheder har, som nævnt i afsnit 4.2, afprøvet at rette information mod borgere i Københavns Kommune fx i aviser og blade kombineret med mulighed for, at borgere selv kan henvende sig, men har oplevet, at det har begrænset effekt i forhold til borgere i undersøgelsens målgruppe. De borgere, som efterfølgende henvendte sig – herunder også i åbne tilbud – var typisk mere ressourcestærke borgere, hvilket understøttes af viden fra andre studier med fokus på ulighed i adgangen til sundhed (Aaby et al., 2022; Larsen & Sodemann, 2024).

På baggrund heraf vurderes det, at der er større potentiale i at fokusere på fagpersoners indsigt i og muligheder for at hjælpe borgere i retning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene end i at fokusere på (dele af) målgruppens muligheder for på egen hånd at være opsøgende. I interviews med praktiserende læger og praksispersonalet fremgik dog alligevel en række forslag til, hvordan information om rehabiliterings- og forebyggelsestilbud kan gøres mere tilgængelige for borgerne og måske være en hjælp i arbejdet med at opfordre borgere til at deltage – fx postkort med korte beskrivelser af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, korte beskrivelser af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud på informationsskærme i venteværelser og "gode historier" og anbefalinger fra borgere, der har deltaget i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, fx i videosekvenser. Disse forslag relaterede sig naturligvis til borgeres besøg i almen praksis, men kunne eventuelt også tænkes ind som en del af et informationsmateriale tilgængeligt i andre sammenhænge. I interviews med andre aktører blev betydningen af at have lokale ambassadører lokalt i bydele (konkret i Tingbjerg), som kan sprede viden, desuden fremhævet.

Det skal nævnes, at nogle af de foreslåede tiltag allerede er afprøvet og/eller tilgængelige. Efterspørgslen fra almen praksis efter konkret informationsmateriale kan således fortolkes som manglende viden om og opmærksomhed på den information, der allerede er til rådighed for borgere. Undersøgelsen peger dog også på, at de praktiserende lægers efterspørgsel efter information rettet mod borgere skal tolkes som en efterspørgsel efter hjælp til at motivere borgere til at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.



## 6.3 Fokusområde 3: Tilpasning af eksisterende rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Denne undersøgelse har taget empirisk afsæt i de bydækkende enheder og de af Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, der finder sted her. Undersøgelsen peger på mange positive elementer ved de nuværende tilbud og på positive erfaringer fra de borgere, der deltager, og fra almen praksis. Undersøgelsen giver også anledning til at pege på barrierer for borgere i målgruppens deltagelse, som knytter sig til tilbuddenes organisering og tilrettelæggelse i kombination med de individuelle faktorer, som er karakteristisk for borgere i målgruppen (jf. Kapitel 3).

Det er en væsentlig konklusion, at der er behov for tilbud med et bredere fokus end enkeltstående diagnoser og sygdomsområder, og at behovet for individuel tilpasning af tilbuddene stiger med kompleksiteten af borgeres sygdoms- og udfordringsbillede. Nationalt og således også i Københavns Kommunes ses dog et stigende behov for kommunale sundhedstilbud (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023), og behovet for individuelt tilpassede tilbud møder således en virkelighed, hvor fremme af borgeres sundhed og livskvalitet skal tilrettelægges på en måde, så flest muligt får gavn heraf. Det er en del af Københavns Kommunes sundhedspolitik (Københavns Kommune, 2015) at udvikle tilbud med et mere strukturelt fokus, som kan målrettes udvalgte grupper af borgere, men favne flere borgere ad gangen, men fortsat med bedre sundhed og livskvalitet for øje. Ud over at den lokalt forankrede indsats i Tingbjerg (Boye et al., 2020) fremhæves, bidrager undersøgelsen dog ikke med indikationer på, hvordan mere strukturelle tilbud kan organiseres og tilrettelægges i relation til netop borgere i målgruppen.<sup>24</sup>

Derfor fremgår der i det følgende kun forslag til mulige tiltag med fokus på indhold og tilrettelæggelse af de rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, der udgår fra de bydækkende enheder.

### Trinvis og tilpassede tilbud

Flere studier peger på, at individuel tilpasning af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud kan bidrage til sårbare borgeres deltagelse og gennemførelse heraf (Guassora et al., 2024; Rogvi, Guassora, Wind, et al., 2021), og differentierede tilbud fremgår ligeledes som del af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2024). Denne undersøgelse når til samme konklusion i relation til borgere i målgruppen, nemlig at disse borgere kan have et større behov end andre for støtte og mere fleksible tilbud i forhold til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddenes indhold, fokus, lokation og

---

<sup>24</sup> I en række danske studier er denne type tilgange dog beskrevet, se fx (Aadahl et al., 2023; Heinze et al., 2024).

form. De bydækkende enheder er desuden opmærksomme på udfordringen ved den diagnosespecifikke organisering, som beskrevet i afsnit 5.2.1.

Undersøgelsen peger således på, at der fortsat er fokus på og afsættes ressourcer til at etablere tilbud, der:

- tager et bredere afsæt end sundhed og risikofaktorer, og som adresserer psykiske, sociale og/eller fysiske udfordringer
- starter med fokus på nogle af de andre problemer, der kan tage fokus fra sundhedsproblemet
- har fokus på socialt udbytte frem for sundhed for dermed at imødekomme, at mange borgere i undersøgelsens målgruppe ikke er optagede af at forbedre deres sundhedstilstand<sup>25</sup>
- er fleksibel i forhold til, hvor mødet mellem borgeren/borgerne og de sundhedsfaglige medarbejdere finder sted, således at borgere, som oplever, at afstand mellem bydækkende enhed og eget hjem er en udfordring, eller som har betænkeligheder ved at møde op i enhedens lokaler, mødes i eget hjem eller i lokalmiljøet
- giver mulighed for individuelle eller gruppebaserede tilbud eller en kombination.

De bydækkende enheder arbejder allerede med forskellige måder at tilpasse rehabiliterings- og forebyggelsesforløb til individuelle borgere og til grupper af borgere med lignende karakteristika eller udfordringer. Eftersom kapacitet og ressourcer i de bydækkende enheder er begrænsede, så er et af de greb, som de bydækkende enheder benytter, at tilbyde rehabiliterings- og forebyggelsestilbud tilpasset målgruppens behov, men på gruppeniveau, fx til mænd, etniske minoriteter m.m., men fortsat med en diagnose som fælles afsæt.

Det er ikke muligt på baggrund af denne undersøgelse at pege på tilgange til individuel tilpasning, der er særligt virksomme i forhold til at fastholde målgruppen i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Andre undersøgelser viser imidlertid, at individuel tilpasning af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud kræver kompetencer hos de medarbejdere, som står for tilbuddene, og organisatoriske rammer som muliggør, at medarbejdere kan foretage tilpasninger rettet mod borgernes individuelle behov. Organisatoriske rammer handler her om de økonomiske rammer,

---

<sup>25</sup> I et interview blev 'Kulturvitaminer', der er et tilbud til borgere i mistrivsel i Aalborg, nævnt som et muligt relevant tiltag. Se: <https://rehabiliterings-og-forebyggelsestilbud.aalborg.dk/angst-og-depression/kulturpaa-recept-kulturvitaminer-for-patienter-der-oplever-mistrivsel/>.

og om organisationens overordnede fokus er på hhv. effektivitet, standardisering eller tilpasning til den enkelte borgers behov (Rogvi, Guassora, Wind, et al., 2021). Muligheden for individuel tilpasning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er således afhængig af ledelsesmæssig opbakning og ressourcer, der understøtter den mere individuelle tilgang.

### **Ikke-diagnosespecifikke tilbud**

Praktiserende læger og praksispersonalet fremhævede med udgangspunkt i deres dialog med borgere en efterspørgsel efter forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, der går på tværs af diagnoser. De efterspurgte tilbud vedrørte bl.a. risikofaktorer (fx motion og kost), dvs. tilbud, som allerede findes i Københavns Kommune, hvor andre vedrørte tilbud med et primært socialt sigte. Dette behov er også blevet fremhævet af praktiserende læger i Københavns Kommune i andre sammenhænge (Jensen, 2024). Ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder fremhævede herudover behov for tilbud målrettet borgere med funktionelle lidelser, smertehåndtering samt gratis træning og fysioterapi, der ikke er målrettet borgere med en bestemt kronisk sygdom.

I rehabiliterings- og forebyggelsestilbud forankret i Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse gives adgang, uden at borgeren nødvendigvis har en diagnosticeret sygdom, og desuden indgår nogle af de nævnte elementer, dog ikke til borgere uden for beskæftigelsesområdet. Det kan overvejes, om lignende tilbud bør gøres tilgængeligt for en bredere gruppe af borgere og ikke mindst: at formidle muligheden eksplicit til de henvisende parter.

## **6.4 Fokusområde 4: Muligheder efter endt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud**

I Kvalitetsstandarderne (Sundhedsstyrelsen, 2024) fremgår en anbefaling om, at kommunerne har et løbende samarbejde med civilsamfundsorganisationer med henblik på, at disse kan "gøre deres aktiviteter attraktive for borgere". I denne undersøgelse er konklusionen, at det ikke er tilstrækkeligt, at der forefindes "attraktive aktiviteter", når ønsket er at øge tilgængeligheden for borgere i undersøgelsens målgruppe. Der er i høj grad også brug for, at borgere støttes i at finde og opstarte disse aktiviteter gennem forskellige former for udslusnings- og brobygningsaktiviteter enten afholdt internt i de bydækkende enheder eller af eksterne aktører med henblik på at videreføre nye vaner og implementere ny viden. Denne undersøgelse peger på, at der i de bydækkende enheder er en opmærksomhed på disse forhold, men det er en væsentlig konklusion, at denne opmærksomhed kan systematiseres

ved et fokus på både internt og eksternt rettede aktiviteter, og at der ikke i tilstrækkelig grad findes aktiviteter at hjælpe borgere videre til, når ønsket er at øge tilgængelighed for borgere i undersøgelsens målgruppe.

Forslag til mulige tiltag inden for dette fokusområde omhandler derfor 1) aktiviteter tilpasset borgere i målgruppen og 2) behovet for overblik over eksisterende tilbud.

### **Aktiviteter tilpasset borgere i målgruppen**

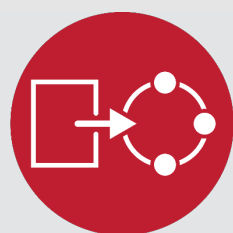
Undersøgelsen peger på, at borgere i målgruppen i høj grad har behov for at føle sig trygge og for ekstra understøttelse i forhold til at blive hjulpet i gang med ny aktivitet efter endt forløb i en bydækkende enhed. De sundhedsfaglige medarbejdere støtter allerede borgere i dag i forløbsafslutning, men kan mangle tilbud og muligheder at hjælpe borgerne videre til. Ved systematisk at inddele den borgerrettede støtte til vedligeholdelse og videreførelse efter endt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i tre aktivitetsområder (se Figur 6.3), kan der i højere grad arbejdes med at understøtte borgere i målgruppen for denne undersøgelse. I figuren er støtten inddelt i tre aktivitetsområder: Udslusning, støttet overgang og brobygning.

- Med **udslusningsaktiviteter** refererer vi til aktiviteter, som foregår i de bydækkende enheder/kommunen, men med henblik på at gøre borgerne klar til at deltage i aktiviteter i det øvrige samfund.
- Med **støttet overgang** refererer vi til aktiviteter, hvor sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder understøtter og forbereder borgeren overgangen til aktiviteter i det øvrige samfund.
- Med **brobygningsaktiviteter** refererer vi til aktiviteter, som tilbydes af fx patientforeninger, frivillige netværk, lokalcentre, fitnesscentre og foreninger til mennesker med særlige behov, som borgere kan benytte efter endt rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Denne inddeling kan udgøre en **trinvis tilgang til den borgerrettede støtte**, som undersøgelsen peger på kan være særlig gavnlig for borgere i undersøgelsens målgruppe, hvor borgere kan bevæge sig fra et aktivitetsområde og videre til en anden over tid.

### Figur 6.3 Trinvis tilgang til forløbsafslutning

Figuren skitserer et forslag til en trinvis tilgang til forløbsafslutning for borgere i målgruppen, der har behov for hjælp og støtte i overgangen fra rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i Københavns Kommune til tilbud i lokalområder, civilsamfund m.m.



**Udslusningsaktivitet**



**Støttet overgang**



**Brobygningsaktivitet**



**Internt i bydækkende  
enhed/kommunen**



**Eksternt fx  
civilsamfundsorganisationer**

Kilde: VIVE.

For borgere i målgruppen er der i særlig grad brug for understøttelse i form af udslusningsaktiviteter og støttet overgang, men også brobygningsaktiviteter målrettet gruppen. De bydækkende enheder arbejder allerede med aktiviteter inden for de forskellige aktivitetsområder, men kan med fordel systematisere dette arbejde via særskilt fokus på de tre aktivitetsområder med særligt fokus på borgere i målgruppen; hvilke aktiviteter findes allerede, og hvilke mangler?

Denne undersøgelse peger på, at der er behov for etablering af aktiviteter på alle tre af de ovennævnte aktivitetsområder (Figur 6.3), der er målrettet borgere i undersøgelsens målgruppe. Ifølge en litteraturgennemgang foretaget af Larsen et al. (2020) fremmes fastholdelse af borgere i aktiviteter (i Larsen et al.'s studie træningstilbud), som borgere skal udsluses til efter et kommunalt sundhedstilbud, via borgeres kendskab til de konkrete aktiviteter samt mulighed for at etablere relationer og fællesskab med andre borgere, der skal deltage i samme aktiviteter. Som tidligere fremhævet, fx i afsnit 6.3, så er tryghed og det sociale element formål i sig selv og derfor noget, der med fordel kan arbejdes struktureret med både i interne udslusningsaktiviteter, via støttet overgang og i eksterne brobygningsaktiviteter.

### **Overblik over eksisterende og manglende eksterne brobygningsaktiviteter**

Sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder giver udtryk for, at der er behov for en systematisk afdækning af eksisterende aktiviteter og af, hvor der mangler tilbud for den mere sårbare målgruppe – både inden for det sundhedsmæssige og sociale område samt i de forskellige bydele. Vurdering og håbet er, at et bedre overblik over aktiviteter kan være et værdifuldt afsæt for målrettede samarbejder med relevante civilsamfundspartnere, ligesom sundhedsfaglige medarbejdere (og borgere) kan få et overblik over, hvilke tilbud der allerede findes, og hvad de kan hjælpe borgere til at opsøge efter afslutning af et kommunalt rehabiliterings- og forebyggelsesforløb.

# Litteratur

Aaby, A., Meldgaard, M. & Maindal, H.T. (2022). *Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen: En vej mod mere lighed*. Sundhedsstyrelsen.

Aadahl, M., Vardinghus-Nielsen, H., Bloch, P., Jørgensen, T.S., Pisinger, C., Tørslev, M.K., Klinker, C.D., Birch, S.D., Bøggild, H. & Toft, U. (2023). Our healthy community conceptual framework and intervention model for health promotion and disease prevention in municipalities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 1-13.

Aagaard-Hansen, J. & Bloch, P. (2023). Settings, populations, and time: A conceptual framework for public health interventions. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-6.

Andersen, M.F., Ajslev, J., Tanggaard, L. & Svendsen, P.E. (2020). Skakmat – kan prisen for indflydelse blive for stor? Skygearbejde og workarounds blandt ansatte i psykiatrien. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 22(3), 9-24.

Boye, M.C., Stets, M.D., Olsen, M.P., Tørslev, M.K. & Bloch, P. (2020). *Initiativbeskrivelse: Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg*. Steno Diabetes Center Copenhagen, Enheden for Sundhedsfremme.

Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. (2013). *Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv (KOL) og type 2-diabetes: Evaluering af programmernes implementering i udførende led*. KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. (2016). *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme*. KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. (2017). *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for lænderyglidelser*. KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

Buch, M.S., Jensen, M.F. & Brorholt, G. (2018). *Sammenhæng i patientforløb: Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Buch, M.S. & Johansen, M.B. (2022). *Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes: Vidensopsamling fra tre udviklingsprojekter*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Center for Forebyggelse i Praxis & Kommunernes Landsforening (2024). *Social ulighed i forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom. Hvad kan Kommunen gøre?* KL.
- Center for Forebyggelse og Folkesundhed (2023). *Indstilling. Flere sunde leveår for københavnere og den videre retning.* Københavns Kommune.
- Det Tværgående Analysekontor & Klimaenheden (2022). *Status på København 2023.* Københavns Kommune.
- Fredslund, E.K., Larsen, A.T., Klausen, M.B., Topholm, E.H.-E. & Rasmussen, H.K. (2020). *Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser: En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL- og diabetespatienter.* VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Grøn, L. & Andersen, C.R. (2014). *Sårbarhed og handlekraft i alderdommen: Et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn.* KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Grøn, L. & Andersen, C.R. (2018). Hvem er de sårbare ældre? Sårbarhed i alderdommen mellem kategorisering og erfaring. In S. Glasdam & F. F. Jakobsen (Eds.), *Gerontologi: Perspektiver på ældre mennesker* (1. udgave, pp. 338-354). Gads Forlag.
- Guassora, A.D., Tvistholm, N., Kofod, F.G., a Rogvi, S., Wind, G. & Christensen, U. (2024). Adjudications and tinkering with care for socially vulnerable patients with type 2 diabetes in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 42(2), 295-303.
- Heinze, C., Hartmeyer, R.D., Sidenius, A., Ringgaard, L.W., Bjerregaard, A.L., Krølner, R.F., Allender, S., Bauman, A. & Klinker, C.D. (2024). Developing and evaluating a data-driven and systems approach to health promotion among vocational students: Protocol for the data health study. *JMIR Research Protocols*, 13(1), 1-16.
- Højgaard, B., Graff, L., Jonsen, E.H. & Buch, M.S. (2019). *Forebyggende hjemmebesøg til ældre – tidlig opsporing: Litteraturgennemgang og ti kommuners erfaringer.* VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Holm-Petersen, C. & Højgaard, B. (2018). *Højere kvalitet gennem samling af komplekse og specialiserede kliniske funktioner: En litteraturgennemgang af organisatoriske forudsætninger, fordele og udfordringer.* VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.



- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). *Robusthedskommissionens anbefalinger*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jensen, L.W. (2024). *Sociale henvisninger giver læger nyt værktøj til at hjælpe ældre ud af ensomheden*. Dagens Medicin. <https://dagensmedicin.dk/sociale-henvisninger-giver-laeger-nyt-vaerktoej-til-at-hjaelpe-aeldre-ud-af-ensomheden/>
- Kjeld, S.G., Brautch, L.A.S., Svarta, D.L., Hansen, A.F., Andersen, S. & Danielsen, D. (2022). *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturogennemgang*. Sundhedsstyrelsen.
- Klitgaard, M.B., Leonhardt, C., Holt, D.H. & Petersen, C.B. (2023). *Kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse under §119, stk. 9: En national kortlægning*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Københavns Kommune (2015). *Nyd livet Københavner. Københavns Sundhedspolitik 2015-2025*. Københavns Kommune.
- Københavns Kommune (2022). *Handleplan for diabetes og hjerteområdet 2022-2025*. Københavns Kommune.
- Københavns Kommune (2023). *Bilag 2 Baggrundsnotat – lang version. Flere sunde leveår for københavnerne*. Københavns Kommune.
- Larsen, K. & Sodemann, M. (2024). *Ulighedens drejebog: Sådan virker social ulighed i sundhed*. Samfundslitteratur.
- Larsen, S.E., Ottesen, L.S. & Hansen, H.F. (2020). *Implementering af brobygning fra kommunalt træningsforløb til idrætsforeninger eller idrætsfællesskaber: Et litteratur-review af international og national forskning sammenholdt med 40 danske kommuners erfaringsbaseret empiri vedrørende organisering og implementering af brobygning mellem kommuner, lokale idrætsforeninger og idrætsfællesskaber*. Center for Holdspil og Sundhed, Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet.
- Madsen, M.H. (2024). *Sammenhæng ifølge sundhedspersonale: En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med at sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Madsen, M.H., Johansen, M.B., Jensen, D.C., Martin, H.M., Pedersen, L.B., Vixø, K. & Fischer, R.H. (2023). *Udredning og behandling af gigt: En undersøgelse af sammenhæng i gigtpatienters udrednings- og behandlingsforløb*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Madsen, M.H., Klausen, M.B., Kousgaard, M.B., Fredslund, E.K., Bundgaard, M., Jarbøl, D.E., Kjellberg, J., Kjellberg, P.K. & Søndergaard, J. (2022). *Kvalitetsklynger i almen praksis: Klyngernes organisering, arbejde og udbytte*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen, J., Nielsen, C.V., Johansen, J.S. & Vind, A.B. (2022). *Hvidbog om rehabilitering*. Rehabiliteringsforum Danmark.
- Martin, H.M. & Borst, L. (2013). *Sammenhæng i tværsektorielle KOL-forløb: En undersøgelse af patienter og pårørendes oplevelser*. KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Martin, H.M. & Topholm, E.H.-E. (2020). *Sårbarhed og diabetes: En litteraturgennemgang*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Merrild, C.H., Vedsted, P. & Andersen, R.S. (2017). Noisy lives, noisy bodies: Exploring the sensational embodiment of class. *Anthropology in Action*, 24(1), 13-19.
- Oxholm, A.S., Gyrd-Hansen, D., Jacobsen, C.B., Jensen, U.T. & Pedersen, L.B. (2024). The link between physician motivation and care. *European Journal of Health Economics*, 25(3), 525-537.
- Rabølle, G.K. (2023). *Wipp 360. En screenings- og triageringsmodel. Et evidensbaseret værktøj til målretning af forebyggende hjemmebesøg*. Slagelse Kommune.
- Ravn, M.B., Berthelsen, C., Maribo, T., Nielsen, C.V., Pedersen, C.G. & Handberg, C. (2024). Opting out of cardiac rehabilitation in local community healthcare services: Patients' perspectives and reflections. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 30(6), 1039-1048.
- Ravn, M.B., Sevel, C.T., Handberg, C., Pedersen, C.G., Maribo, T. & Nielsen, C.V. (2024). Patients' care transition in cardiac rehabilitation: A scoping review on facilitators and challenges related to referral and enrolment. *Health and Social Care in the Community*, 2024(1), 1-13.
- Regeringen (2022). *Sundhedsreformen: Gør Danmark sundere*. Sundhedsministeriet.

- Rogvi, S. á, Guassora, A.D., Tvistholm, N., Wind, G. & Christensen, U. (2021). "It is a full-time job to be ill": Patient work involved in attending formal diabetes care among socially vulnerable Danish type 2 diabetes patients. *Qualitative Health Research*, 31(14), 2629-2640.
- Rogvi, S., Guassora, A.D., Wind, G., Tvistholm, N., Jansen, S.M.B., Hansen, I.B., Perrild, H.J.D. & Christensen, U. (2021). Adjusting health care: Practicing care for socially vulnerable type 2 diabetes patients. *BMC Health Services Research*, 21(1).
- Sundhedsstyrelsen (2014). *Samarbejde om forebyggelse – anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2017). *Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktions- evne: En guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2023). *Evaluering af forebyggende hjemmebesøg*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2024). *Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder*. Sundhedsstyrelsen.
- Timm, A., van Høye, A., Sharp, P., Andersen, T.H., Hansen, L., Oestergaard, J.N., Krustrup, P., Cortsen, K., Iversen, P.B., Rod, M.H. & Klinker, C.D. (2024). Promoting men's health through sports clubs: A systematic rapid realist review. *Journal of Sports and Health Science*, 14, 1-13.
- Udesen, C.H., Skaarup, C., Petersen, M.N.S. & Ersbøll, A.K. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. Sundhedsstyrelsen.
- Yordanov, D., Oxholm, A.S., Gyrd-Hansen, D. & Pedersen, L.B. (2023). Mapping GPs' motivation — it's not all about the money: a nationwide cross-sectional survey study from Denmark. *British Journal of General Practice*, 73(734), 687-693.



# Dokumentation

# 7 Metode

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interviews med borgere henvist til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, praktiserende læger og praksispersonale, ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de udvalgte bydækkende enheder og andre aktører i kontakt med borgere i undersøgelsens målgruppe. Der er desuden foretaget observationer i de udvalgte bydækkende enheder.

I det følgende beskrives undersøgelsens metode med fokus på dataindsamling og databehandling/analyse, og der gives overblik over det empiriske materiale.

## 7.1 Interview i almen praksis

Med henblik på at skabe viden om mulighederne for at styrke samarbejdet mellem almen praksis og Københavns Kommune om opsporing og rekruttering af borgere til eksisterende rehabiliterings- og forebyggelsestilbud blev der gennemført 16 semistrukturerede interviews med praktiserende læger og praksispersonale i Københavns Kommune.

Interviewene skulle give indblik i, hvilke behov de vurderer, at borgere i undersøgelsens målgruppe har, deres egen rolle i relation til denne målgruppe, og hvilke barrierer og udfordringer de praktiserende læger og praksispersonalet oplever i samarbejdet med Københavns Kommune i overgangen fra almen praksis til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Følgende undersøgelsesspørgsmål guidede interviewene i almen praksis:

- Hvordan ser læger og ansatte i almen praksis deres rolle i forhold til at håndtere målgruppen?
- Hvilke redskaber benytter almen praksis til identifikation, henvisning og kommunikation i forhold til målgruppen?
- Hvilke udfordringer og barrierer er der i samarbejdet mellem Københavns Kommune og almen praksis?
- Hvordan matcher de eksisterende tilbud aktuelt behovene hos borgere i undersøgelsens målgruppe?
- Efterspørger borgere og almen praksis konkrete rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?

### 7.1.1 Rekruttering og dataindsamling, almen praksis

Kontakt til de praktiserende læger i Københavns Kommune blev formidlet via et medlem af Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU), som videreformidlede VIVEs projektbeskrivelse og et informationsbrev udarbejdet af VIVE til kommunens øvrige praktiserende læger (PLO-K). På denne baggrund meldte 14 praktiserende læger sig som interesserede i deltagelse i interview. I den efterfølgende periode måtte to læger melde fra på grund af travlhed. Størstedelen af de rekrutterede læger var aktive i PLO-K på den ene eller anden måde, og de udgør formodentligt et udsnit af kommunens læger, der er relativt velinformeret om Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og om samarbejdet mellem almen praksis og Københavns Kommune.

I rekrutteringen af praktiserende læger blev der efterstræbt en bred repræsentation fra Københavns Kommunes bydele og repræsentation fra bydele med en stor repræsentation af borgere i undersøgelsens målgruppe, jf. Københavns Kommunes klyngeanalyse (dvs. Vesterbro/Kgs. Enghave og Nørrebro) (Københavns Kommune, 2023). Der blev også efterstræbt repræsentation af læger og praksispersonale fra forskellige praksistyper (solopraksis, kompagniskabspraksis og samarbejdspraksis). Eftersom rekrutteringen af informanter var baseret på frivillig deltagelse og faciliteret gennem PLO-K, var der dog begrænsede muligheder for udvælgelse af informanter. Den endelige rekruttering inkluderede imidlertid både kompagniskabspraksis, solopraksis, samarbejdspraksis og delepraksis (dog flest kompagniskabspraksis – 10 ud af 16) fordelt over det meste af byen, dog ikke i Indre By, Østerbro, Amager Øst og Bispebjerg.

Praksispersonalet blev rekrutteret i forbindelse med interviews med de praktiserende læger. Her blev der specifikt spurgt ind til praksispersonalets opgaver i relation til undersøgelsens målgruppe, herunder om de henviste selvstændigt til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og/eller spillede en særlig rolle i forhold til borgere i undersøgelsens målgruppe. De fleste praktiserende læger uddelegerede ikke denne type af opgaver til praksispersonale, men fire praktiserende læger hjalp med at videreformidle information om projektet og skaffe kontaktoplysninger på praksispersonale, som gerne ville deltage i interview.

I Tabel 7.1 fremgår en oversigt over informanter fra almen praksis.

**Tabel 7.1**      **Oversigt over interviewpersoner i almen praksis**

Bydel		Praksistype
<b>Praktiserende læger</b>		
12 interviewpersoner: Kvinder (8) Mænd (4)	Amager Vest (2) Vanløse (1) Vesterbro/Kgs. Enghave (2) Nørrebro (3) Brønshøj (2) Valby (2)	Kompagniskabspraksis (8) Samarbejdspraksis (1) Delepraksis (1) Solopraksis (2)
<b>Praksispersonale</b>		
4 interviewpersoner: Kvinder (4) Mænd (0) SSA (2) SPL (2)	Amager vest (1) Vanløse (1) Nørrebro (2)	Kompagniskabspraksis (2) Samarbejdspraksis (1) Solopraksis (1)

Note: SPL = Sygeplejerske (konsultationssygeplejerske, SSA = Social- og sundhedsassistent.

Kilde: VIVE.

Interviews med praktiserende læger og praksispersonale blev gennemført i perioden februar til maj 2024. Interviewene blev gennemført via en videoforbindelse eller telefon og varede 30-60 minutter. Interviews med praksispersonale var markant kortere end med praktiserende læger, da deres samarbejde med Københavns Kommune om borgeres sundhed er mere begrænset, og nogle interviewtemaer derfor ikke var relevante.

## 7.2 Bydækkende enheder: Observation og interviews med ledere, sundhedsfaglige medarbejdere og borgere

Med henblik på at afdække barrierer og potentialer for deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud blev der foretaget observationsbesøg i de seks udvalgte bydækkende enheder i Københavns Kommune (se afsnit 1.3) samt interviews med ledere og sundhedsfaglige medarbejdere og borgere knyttet til de samme enheder.

Følgende undersøgelsesspørgsmål guidede dataindsamling i de bydækkende enheder:

- Hvilke behov oplever borgere i forhold til at håndtere egen sygdom/egen risiko for sygdom?

- Hvilke faktorer fremmer motivation og muligheder for deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud for borgere, der hhv. benytter og ikke benytter eksisterende tilbud?
- Hvilke faktorer hæmmer motivation og muligheder for deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud for borgere, der hhv. benytter og ikke benytter eksisterende tilbud?
- Hvilke initiativer og tiltag kan fremme, at kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud bliver tilgængelige for borgere, der vurderes at have gavn heraf?

### 7.2.1 Informanter og rekruttering, bydækkende enheder

Undersøgelsens fokus på bydækkende enheder bidrog til, at analysen kunne tage afsæt i de erfaringer, der allerede findes i regi af de eksisterende tilbud, herunder også for de borgere, der er henvist til, men enten ikke opstarter eller ikke gennemfører et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Derved kunne opnås viden om muligheder og barrierer for at benytte eksisterende rehabiliterings- og forebyggelsestilbud samt om behov for øvrige tiltag.

De bydækkende enheder fungerede desuden som omdrejningspunkt for observationsbesøg samt interviews med borgere, ledelse og sundhedsfaglige medarbejdere. Nedenfor beskrives rekrutteringsprocessen for hhv. borgere, sundhedsfaglige medarbejdere og ledere (se oversigter i Tabel 7.2 og Tabel 7.3).

**Borgere:** Borgere til interviews blev rekrutteret via de udvalgte bydækkende enheder ud fra følgende kriterier defineret af VIVE:

- deltager på det observerede rehabiliterings- og forebyggelsestilbud
- alder (+45 år)
- socioøkonomi (ikke blandt de mest ressourcestærke af enhedens borgergruppe).

Derudover blev borgere uden for rehabiliterings- og forebyggelsestilbud rekrutteret til interviews af VIVE på baggrund af to lister udleveret fra projektteamet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune, hhv. 1) borgere, der var henvist til, men ikke havde opstartet et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og 2) borgere, der var startet på, men ikke havde gennemført et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Disse borgere var således ikke aktive i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i en bydækkende enhed, men havde haft en tilknytning hertil. Fra



disse lister rekrutterede VIVE mindst en borger i hver kategori pr. bydækkende enhed. Disse borgere blev rekrutteret ud fra et ønske om bred repræsentation i forhold til køn, alder (45-65 år), etnicitet og praktisk mulighed for at få fat i borgeren. Listerne indeholdt ikke socioøkonomisk baggrundsinformation på de enkelte borgere.

**Ledere og sundhedsfaglige medarbejdere:** Projektteamet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune var også behjælpelig med at planlægge interviews med lederne i de bydækkende enheder. Herefter overtog VIVE rekrutteringen, og ledelsesinterviewene blev afsluttet med at tale om mulighed for og VIVEs ønsker til observationsbesøg samt interviews med sundhedsfaglige medarbejdere og borgere. Lokalt i den bydækkende enhed udvalgte man herefter et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og rekrutterede en sundhedsfaglig medarbejder knyttet hertil til et interview. Rehabiliterings- og forebyggelsestilbudet, som skulle observeres, skulle af pragmatiske hensyn have en varighed på 1-2 timer, og den sundhedsfaglige medarbejder skulle have daglig kontakt til borgere i den bydækkende enhed. Den bydækkende enhed meldte herefter mulige besøgsdatoer til VIVE, og der blev lavet aftale om besøg.

**Ledere i forvaltningen:** Der blev gennemført interview med en centerchef og en afdelingsleder i hhv. Center for Forebyggelse og Folkesundhed og Center for Sundhed og Rehabilitering. Projektteamet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune varetog formidling af kontakt og datoplanlægning.

### 7.2.2 Dataindsamling, bydækkende enheder

Følgende afsnit beskriver dataindsamlingen, der fandt sted via observationsbesøg og interviews.

**Observationsbesøg** i de seks bydækkende enheder fandt sted i perioden marts til maj 2024. Hvert besøg varede ca. ½ dag og inkluderede deltagerobservation på et udvalgt holdundervisningstilbud. Aktiviteten blev udvalgt i et samarbejde mellem VIVE og en kontaktperson i den bydækkende enhed. Derudover indebar besøgene observationer af de fysiske rammer og brugen af og interaktioner i disse (fx opholdsrum og café). Besøgene gav indsigt i den bydækkende enheds rammer og dagligdag, borgerforløb og i, hvordan tilbud foregår i praksis, herunder bl.a. betydningen af interaktioner og relationer. Besøgende udgjorde desuden konteksten for de oplevelser og erfaringer, der blev fortalt om i interviews.

**Interviews** blev gennemført som semistrukturerede interviews i perioden januar til juni 2024. Der blev udviklet en interviewguide til hver kategori med afsæt i materiale om det strategiske indsatsområde 'Flere sunde leveår for københavnere' (Center

for Forebyggelse og Folkesundhed, 2023; Københavns Kommune, 2023), de bydækkende enheders hjemmesider samt enhedernes publicerede viden, samt anden relevant litteratur (fx Klitgaard et al., 2023; Maribo et al., 2022; Sundhedsstyrelsen, 2024). Interviewene gav til sammen viden om, hvad der fremmer og hæmmer borgernes deltagelse i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, borgernes behov, samt indsigt i interviewpersoners vurdering af potentialer og muligheder for flere borgernes deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Mens interviewene havde et bredere fokus end udelukkende borgere i undersøgelsens målgruppe, så trækkes det særlige ved disse borgere frem i analysen.

**Borger i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud:** 11 borgere, der deltog i et af de observerede rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, blev i interviewet om deres erfaringer med at deltage i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Interviewet fokuserede på:

- henvisning og kendskab til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet
- opstartsmøde og oplevelser med deltagelse
- motivation og oplevet udbytte
- oplevede barrierer
- potentiale/forbedringer
- øvrige relevante erfaringer.

Interviewene blev afholdt i forbindelse med observationsbesøgene og varede ca. 30 minutter.

**Borger uden for rehabiliterings- og forebyggelsestilbud:** Seks borgere, der var henvist til en af de bydækkende enheder, men som ikke var opstartet i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet, blev i et individuelt telefoninterview interviewet om henvisning og kendskab til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet, initial motivation og forventet udbytte, beslutningen om ikke at opstarte, potentiale/forbedringer og øvrige relevante erfaringer.

Syv borgere, der var opstartet i et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i en af de bydækkende enheder, men som ikke havde gennemført det planlagte forløb, blev i et individuelt telefoninterview interviewet om henvisning og kendskab til rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet, opstartsmøde og oplevelser med deltagelse, motivation og oplevet udbytte, afslutning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, oplevede barrierer, potentiale/forbedringer og øvrige relevante erfaringer.

Disse interviews varede ca. 15 minutter og foregik telefonisk. Her var der særligt fokus på at skabe en uformel stemning, der kunne rumme både potentiel udsathed, og det at skulle tale om noget, man ikke lykkedes med at opstarte/gennemføre og for at opnå adgang til de relevante borgere inden for rammerne af projektet.

**Tabel 7.2**    **Oversigt over interviews med borgere**

	I tilbud	Henvist, men ikke opstartet	Opstartet, men ikke gennemført
Center for Diabetes og Hjertesygdomme	2 (K, K)	1 (K)	1 (M)
Center for Mental Sundhed	2 (K, M)	1 (K)	1 (M)
Center for Genoptræning	2 (K, K)	1(M)	1 (K)
Center for Lungesygdomme	1 (M)	1 (M)	2 (K, M)
Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse	2 (K, M)	1 (K)	1 (K)
Center for Kræft og Sundhed	2 (K, K)	1 (K)	1(K)

Anm.: Foruden det angivne antal informanter er mere end 40 borgere observeret i forbindelse med observationsbesøg i de bydækkende enheder.

Note: K = Kvinde, M = Mand.

Kilde: VIVE.

**Sundhedsfaglige medarbejder i bydækkende enheder:** Syv sundhedsfaglige medarbejdere blev interviewet individuelt om deres arbejde i den bydækkende enhed, herunder om deres erfaringer med målgruppen. Mere specifikt fokuserede interviewet på:

- henvisning, visitation og opstartsmøde
- eksisterende rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og behov for udvikling af nye
- motivation og fastholdelse af borgere samt borgeres udbytte
- barrierer for borgeres deltagelse, og potentiale for forbedringer
- interne og eksterne samarbejder.

Interviewene blev afholdt i forbindelse med observationsbesøgene og varede ca. 30-60 minutter.

**Ledelse i bydækkende enheder:** Seks interviews med otte ledelsesrepræsentanter blev afholdt før observationsbesøgene i de enkelte enheder. Interviewene havde fo-

kus på den bydækkende enheds organisering, rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene, henvisning og visitation, tilknyttede borgere samt interne og eksterne samarbejdsflader. Derudover blev interviewene afsluttet med at drøfte muligheder for observationsbesøg. To af disse interviews blev afholdt som individuelle interviews. De øvrige var gruppeinterviews, hvoraf et af interviewene dækkede to bydækkende enheder pga. en ledelseskonstituering. Interviewene foregik på videoforbindelse og varede ca. 60-75 minutter.

**Tabel 7.3**      **Oversigt over interviewede ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i bydækkende enheder**

	Ledelse	Sundhedsfaglige medarbejdere
Center for Diabetes og Hjertesygdomme	2	1 fysioterapeut
Center for Mental Sundhed	1	1 psykolog
Center for Genoptræning	2	1 fysioterapeut
Center for Lungesygdomme	1*	1 sygeplejerske
Afdeling for Sundhed og Beskæftigelse	2	1 ergoterapeut
Center for Kræft og Sundhed	1	1 ergoterapeut 1 projektmedarbejder

Anm.: \*Den konstituerede centerchef er centerchef for Center for Diabetes og Hjertesygdomme.

Kilde: VIVE.

**Ledere i forvaltningen:** I dette interview var der fokus på de overordnede politiske og strategiske rammer for organiseringen, tilrettelæggelsen og udviklingen af Københavns Kommune rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Interviewet varede en time og foregik via videoforbindelse.

## 7.3 Interview med andre aktører

På baggrund af indsigter fra observationer, øvrige interview, litteratur samt drøftelser med projektteamet fra Center for Forebyggelse og Folkesundhed og Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune, udvalgte VIVE fem 'andre aktører' beskæftiget med borgere i undersøgelsens målgruppe til interview. De andre aktører var repræsentanter fra:

- **Lungeforeningen:** Udvalgt som repræsentant for civilsamfundet, og fordi der i nogle lungesygdomme er en øget repræsentation af social udsathed og sårbarhed.

- **Socialrådgiver i Tingbjerg:** Udvalgt, fordi det er en kommunalt finansieret funktion i et udsat boligområde, der i et tæt samarbejde med almen praksis interagerer med borgere i undersøgelsens målgruppe.
- **Socialsygeplejerske ansat på hospital:** Udvalgt, fordi denne funktion bl.a. arbejder med borgere i undersøgelsens målgruppe, og fordi det socialsygeplejefaglige arbejde går på tværs af almen praksis og kommunen.
- **Center for Beskæftigelse og Afklaring:** Udvalgt, fordi man her arbejder med borgere i undersøgelsens målgruppe, hvor beskæftigelsessituationen bl.a. udfordres af sundhedsudfordringer. Desuden er arbejdsløshed et af målgruppens karakteristika.
- **Center for Børn og Unges Sundhed:** Udvalgt, fordi enheden i deres arbejde også interagerer med forældrene til de børn og unge, der kommer her. Disse forældre repræsenterer en yngre population, og blandt disse er desuden en repræsentation af social udsathed.

Til sammen giver de fem aktører et bredt perspektiv på behov, muligheder og barrierer hos målgruppen. VIVE kontaktede efter udvælgelse de udvalgte aktører telefonisk og/eller pr. mail med henblik på interview. Center for Børn og Unges Sundhed blev dog rekrutteret gennem Københavns Kommunes projektteam.

De fem 'andre aktører' blev interviewet virtuelt om deres erfaring med at arbejde med borgere i målgruppen samt om deres oplevelse af målgruppens (udækkede) behov. Mere konkret havde interviewet fokus på: præsentation af organisationens arbejde, erfaringer med målgruppen, oplevede problemstillinger og behov hos målgruppen samt aktørens indsats herom, potentiale og forbedringer, kendskab til Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud og samarbejdsflader. Fire af disse interviews blev afholdt som individuelle interviews, mens et interview havde 3 deltagere. Interviewene varede ca. 45-60 minutter.

## 7.4 Afgrænsning af undersøgelsens målgruppe i forbindelse med interviews

Ved interviews med praktiserende læger, praksispersonale, ledere, sundhedsfaglige medarbejdere og andre aktører blev karakteristika for borgerne i undersøgelsen indledningsvist præsenteret. Dette fulgte målgruppebeskrivelsen fra afsnit 1.2 med særligt fokus på de karakteristika, der knytter sig til 'gul klynge' i Københavns Kommunes klyngeanalyse. Vi præciserede desuden, at borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom også var en vigtig del af borgere i undersøgelsens målgruppe, selvom de endnu ikke havde en diagnose.

I almen praksis spurgte vi ind til deres forståelse af undersøgelsens målgruppe, hvor udbredt målgruppen var i almen praksis, og hvordan de i almen praksis vurderede målgruppens behov. Generelt genkendte interviewpersonerne gruppen som mere sårbar og med større behov for støtte end borgere fra de 'grønne klynger', men samtidig med ressourcer, der kunne styrkes i praksis. Under interviewene brugte de ofte nuancer som 'lysegul' eller 'mørkegul' til at beskrive variationen i behov og ressourcer, hvilket indikerede bredden i målgruppen. Målgruppebeskrivelsen fungerede derfor som et nyttigt udgangspunkt for interviewene, selvom den ikke fangede hele variationen.

I interviews med ledere og sundhedsfaglige medarbejdere i de bydækkende enheder samt med andre aktører kunne de fleste interviewpersoner genkende borgerne fra deres daglige arbejde, og kategoriseringen i Københavns Kommunes klyngeanalyse gav generelt mening. Nogle oplevede dog, at de arbejdede med borgere, der var både 'gule', 'røde' eller 'grønne', i deres arbejde. Klyngeanalysen fyldte mere i samtaler med ledere og andre aktører end med sundhedsfaglige medarbejdere, hvor fokus var på de borgere, de arbejdede med til daglig i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene.

## 7.5 Databehandling og analyse

Alle interviews blev optaget på lydfil med interviewpersonens samtykke og efterfølgende transskriberet. I få tilfælde (seks interviews med borgere) gav interviewpersonen ikke tilladelse til lydoptagelse, og her har interviewereren på baggrund af noter skrevet et interviewreferat umiddelbart efter interviewet. Referatet indeholder så vidt muligt den interviewedes egne ord og formuleringer. Observationsbesøg er dokumenteret via noter skrevet ned undervejs og suppleret efterfølgende.

Observationsnoter og interviewudskrifterne blev kodet med udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmålene, men også med en empirisk åbenhed i forhold til at inkludere andre gentagne tematikker. Analysen har således haft fokus på at indhente bredden i de indhentede perspektiver på borgere i målgruppens deltagelse i Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, på interviewede aktørers rolle heri, på samarbejdet med mellem de interviewede aktører, og på de barrierer og potentialer, som de anser som væsentlige i forhold til henvisning og rekruttering til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Interviewpersonerne fremstår anonymiserede i rapporten, og der henvises ikke til særlige bydele, bydækkende enheder eller praksistyper i almen praksis af hensyn hertil. Ved direkte citater skelnes der udelukkende mellem:

- Praktiserende læge og praksispersonale, da denne skelnen er vigtig for Københavns Kommunes videre arbejde med at involvere almen praksis i henvisning og rekruttering til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud
- Borgere i og uden for Københavns Kommunes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, da denne skelnen er vigtig for at forstå, hvilken tilknytning borgeren har til kommunens tilbud.

I rapporten fremgår to borgereksempler. Disse er sammensat på baggrund af det samlede materiale og er således ikke en beskrivelse af en borger, der har deltaget i interviews eller de observerede rehabiliterings- og forebyggelsesinterviews.

Analysen er ikke en evaluering af de enkelte bydækkende enheder og har således ikke til hensigt på center- og/eller tilbuds niveau at beskrive konkrete udfordringer og mulige tiltag. I stedet løftes indsigter fra de enkelte bydækkende enheder, tilbud og informantkategorier op fra deres empiriske felt for at indgå i og bidrage til en tværgående analyse.

**VIVÉ**