



Evaluering af Sundhedscenter Vest

Del 2 – organisation

udarbejdet af Forskning og Udvikling
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland, december 2012

Evaluering af Sundhedscenter Vest. Del 2 - organisation

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Forskning & Udvikling, Region Midtjylland, 2013

Emneord: Sundhedscenter, organisation, kommune, rehabilitering, forebyggelse

Tryk: Dafolo, Frederikshavn
Rapporten er sat med: Verdana
Udgave: 1

ISBN: 978-87-92400-30-7 (trykt version)
ISBN: 978-87-92400-31-4 (pdf-version til download)

Denne publikation citeres således:
Melchior H, Burau V, Nielsen CP. Evaluering af Sundhedscenter Vest. Del 2 - organisation.
Aarhus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Forskning & Udvikling, 2013

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
Leder af Sundhedscenter Vest Ulla Svendsen
Sundhedscenter Vest
Kirkegade 3
6880 Tarm

E-mail: Ulla.svendsen@rksk.dk
Tlf.: 9974 1601

Eller

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Forskning & Udvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

E-mail: mtv-stf@rm.dk
Tlf.: 7841 4350
Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Rapporten kan downloades fra:
www.sundhedscenter-vest.dk
og
www.cfk.rm.dk - se under udgivelser.

Forord

Siden kommunalreformen har der været fokus på den kommunale forebyggelse/rehabilitering, herunder hvordan den bedst kan organiseres. Forebyggelse/rehabilitering omfatter mange målgrupper og opgaver, hvilket medfører store organisatoriske og faglige udfordringer.

De politiske interesser og sundhedscentrenes opgaver og faglighed vil medføre et spændingsfelt, der kræver diskussioner og en balancering mellem prioritering af såvel målgrupper som opgaver og kompetencer i sundhedscentret. Dette er forsøgt belyst i denne rapport.

Rapporten er den anden del i en række på tre.

Den første rapport omhandlede rekruttering til forløb for borgere med kronisk sygdom.

Denne rapport omhandler evaluering af organisering af indsatsen for de kronisk syge borgere i Ringkøbing-Skjern Kommune.

Den tredje og sidste rapport, som påbegyndes i dette forår, omhandler effekten af indsatsen. Data hertil er opsamlet via monitorering gennem den regionale MoEva-database.

Data til evalueringen af organisationen blev indsamlet i foråret 2012. Mange af de udfordringer og anbefalinger, der nævnes i rapporten, er således allerede iværksat eller medtænkt i det videre udviklingsarbejde.

Mange af de områder, som i rapporten belyses som udviklingsområder, har således allerede givet anledning til ændring af praksis på Sundhedscenter Vest. Endvidere er der siden dataindsamlingen foretaget strukturelle ændringer og personalebesparelse, som har gjort det nødvendigt at ændre på den hidtidige fordeling af arbejdsopgaver. Her har rapporten givet inspiration til en ny organisering af opgaverne.

At have en ekstern evaluator til at kaste lys over den daglige praksis og måden at organisere arbejdet på er værdifuldt, og har i dette tilfælde fungeret som en øjenåbner for nogle ting, som leder og medarbejdere i Sundhedscenter Vest måske havde tænkt lidt på men ikke rigtig formuleret som udviklingsområder.

Vi ser nu frem til den tredje rapport, hvor data indsamlet over de sidste fem år vil blive brugt til effektevaluering i relation til deltagelse på hold for kronisk syge.

En stor tak skal rettes til alle medarbejdere i Sundhedscenter Vest, der har deltaget og bidraget med viden, erfaringer, interesse, engagement og sparring under udarbejdelse af denne delrapport.

Januar 2013

Hanne Melchiorson
Projektleder
Forskning & Udvikling
Folkesundhed og
Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland

Ulla Svendsen
Leder
Sundhedscenter Vest
Ringkøbing-Skjern Kommune

Camilla Palmhøj Nielsen
Forskningsleder
Forskning & Udvikling
Folkesundhed og
Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sammenfatning	6
1. Indledning	9
2. Rapportens opbygning.....	10
3. Baggrund	11
4. Præsentation af Sundhedscenter Vest.....	15
5. Formål	21
6. Materiale og metoder	22
6.1 Data	22
6.2 Metode.....	22
7. Resultater	24
7.1 Opgaver	24
7.2 Målgruppe	31
7.3 Kompetencer.....	34
7.4 Videndeling	42
7.5 Dokumentation.....	46
8. Diskussion	48
9. Anbefalinger og perspektivering.....	57
10. Referencer	59
11. Bilag	60

Sammenfatning

I 2007 blev Sundhedscenter Vest etableret med den hensigt at danne ramme for den borger- og patientrettede forebyggelse, som kommunen blev ansvarlig for i forbindelse med kommunalreformen.

Denne rapport belyser organiseringen af sundhedscentret med fokus på fem budskaber: *Opgaver, målgruppe, kompetencer, videndeling og dokumentation* med efterfølgende diskussion, perspektivering og anbefalinger.

Evalueringen er gennemført på baggrund af kvalitative metoder med interviews af hhv. leder/ledere og medarbejdere i sundhedscentret samt feltobservationer foretaget i perioden 21. marts – 16. maj 2012.

Projektets formål:

Formål 1

At undersøge hvordan **Sundhedscenter Vest er organiseret i forhold til aktuelle opgaver i de enkelte områder og på tværs af områderne.**

Formål 2

At undersøge **hvilke opgaver der udføres i Sundhedscenter Vest.**

Formål 3

At undersøge **hvilke kompetencer der er i Sundhedscenter Vest.**

Formål 4

At vurdere om **nye samarbejdspartnere kan inddrages i en udvikling.**

Samlet kan konkluderes, at Sundhedscenter Vest varetager rigtig mange forskelligartede opgaver både internt i sundhedscentret og som udadgående funktioner. Opgaverne retter sig mod en bred målgruppe, såvel borgere som patienter. I personalegruppen er mange faggrupper og mange kompetencer, både faglige og erfaringsmæssige. Fra Sundhedscenter Vest er der et stort og tæt samarbejde med såvel sygehuse som praktiserende læger, kommunale institutioner, arbejdspladser, frivillige, patientforeninger m.fl.

I sundhedscentret har man været gode til at markedsføre sig gennem hjemmeside, annoncering i aviser, opslag, pjecer og deltagelse/repræsentantskab i forskelligt regi, som fx lokalpolitiske råd og udvalg, nationale netværk m.m.

Sundhedscentret er velfungerende. Der hersker en sund kultur og et godt arbejdsmiljø, med en høj arbejdsmoral, ro og aktivitet på samme tid og med en positiv, accepterende og respekterende tilgang til opgaver og hinandens arbejde.

I evalueringen er identificeret udfordringer, der i rapporten er samlet under anbefalinger og perspektivering med det sigte at inspirere til fremtidig udvikling og visioner for sundhedscentret.

Som en overordnet udfordring kan peges på sundhedscentrets målgrupper og opgaver, som både er mange og mangeartede. I et perspektiverende sigte er det vigtigt at konkretisere og prioritere såvel målgrupper som kerneydelser for at undgå en løs struktur og samtidig rette opmærksomheden på spændingsfeltet mellem hhv. opgaver og kompetencer for hele sundhedscentret/i de enkelte områder samt på politiske interesser/faglighed. Det er vores håb, at den viden, som evalueringen har tilvejebragt, kan anvendes - ikke blot af Sundhedscenter Vest og de lokale politikere, men også inspirere andre politikere, fagprofessionelle og forskere i arbejdet med at definere, prioritere og optimere sundhedscentres opgaver til gavn for borgerne i rehabiliteringsprocessen.

Anbefalinger og perspektivering

Evalueringen har tilvejebragt ny viden, der er værdifuld at medtage ved mulige fremtidige ændringer samt visioner for Sundhedscenter Vest. Anbefalingerne må i praksis tilpasses de vilkår, Sundhedscenter Vest arbejder under.

På baggrund af evalueringen anbefales det at afklare/afgøre:

- om sundhedscentrets nuværende organisering skal udvikles/ændres med mulighed for inddragelse af flere faggrupper, kompetencer, opgaver og målgrupper.
- om man fremadrettet vælger en organisering, hvor opgaverne betragtes som tværgående med mulighed for bedre kompetenceudnyttelse eller bibeholder den eksisterende opdeling i områder med selvstændig opgaveløsning. Organiseringen bør både tage højde for, hvordan man organiserer sig internt i Sundhedscenter Vest, og hvordan opgaver, der rækker ind i kommunens øvrige opgaveløsning, organiseres mest optimalt.
- hvilke opgaver, der skal være kerneydelser. Skal fokus rettes mod indsatser til patienter, der kommer i sundhedscentret, eller skal der også medtages udadgående funktioner.
- om sundhedscentret skal varetage både borgerrettet og patientrettet forebyggelse (her tolket som hhv. primær og sekundær forebyggelse).
- hvordan henvisningsprocedurer kan forenkles og ensrettes.
- hvordan antallet af henvisninger fra praktiserende læger kan øges.
- hvordan de enkelte målgrupper i sundhedscentret prioriteres.

- Er det patienter med kroniske sygdomme, der indgår i igangværende implementering af forløbsprogrammer, med udvidelse til kommende forløbsprogrammer?
 - Er det de socialt svage grupper, man vil øge indsatsen for mhp. at rekruttere og rehabilitere?
 - Er det de eksisterende målgrupper så som borgere med misbrug og borgere i træningsforløb?
- hvilke kompetencer, viden og ressourcer det kræver at honorere definerede målgrupper og opgaver - i de enkelte områder og samlet i sundhedscentret.
- hvordan viden kan formidles til medarbejdere i sundhedscentret og samarbejdspartnere udadtil.
- hvordan kvalitetsstandarder, retningslinjer og anbefalinger kan bidrage til, at der til stadighed arbejdes frem mod best practice – og hvordan resultater fra praksis kan bidrage til videreudvikling og forskning.
- hvordan der kan dokumenteres kvalificeret og optimalt, på en måde der kan anvendes såvel monofagligt, tværfagligt som på tværs af områder/sektorer i primær og sekundær sektoren.
- hvordan resultater fra rehabiliteringsforløb (kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), akut koronart syndrom (AKS-hjerte), type 2-diabetes (diabetes) og kræft) kan anvendes til opkvalificering af fremtidige tilbud og målgrupper.

1. Indledning

Sundhedscentre blev oprettet som en mulig ramme til at løse de opgaver, som overgik til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen i 2007.

Sundhedscentrenes opgaver er sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til kommunens borgere, herunder også borgere med kroniske sygdomme, genoptræning efter sygehusindlæggelse samt misbrugsbehandling. Desuden skal kommunerne fremover medfinansiere sygehusindlæggelser, hvilket er et incitament til at prioritere forebyggelse (1,2).

Denne rapport omhandler evaluering af organiseringen af Sundhedscenter Vest i Ringkøbing-Skjern Kommune og indgår som en delrapport af en samlet evaluering af sundhedscentret. De øvrige evalueringer er Evaluering af rekrutteringen af deltagelse i mestrings- og læringsforløb for borgere med kronisk sygdom (3) og en kommende rapport omhandlende deltagernes udbytte af mestrings- og læringsforløb for borgere med kronisk sygdom, som forventes publiceret ultimo 2013.

Formålet med denne delrapport er at formidle erfaringer med organisering af et sundhedscenter, med fokus på budskaberne: opgaver, målgruppe, kompetencer, videndeling og dokumentation. Oplysningerne er indhentet gennem interviews blandt medarbejdere i Sundhedscentre Vest og feltobservationer.

Rapporten henvender sig primært til medarbejdere på sundhedscentret og politikere i Ringkøbing-Skjern Kommune og Region Midtjylland. Det er vores ønske, at rapporten ligeledes vil skabe en bredere interesse hos relevante fagpersoner, politikere og embedsmænd i kommuner og regioner samt i landdækkende organisationer inden for området.

Evalueringen er rekvireret af Region Midtjylland og Ringkøbing-Skjern Kommune og udført af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland ved Hanne Melchiorssen, konsulent/forskningsassistent, MPH, Viola Burau, seniorforsker, politolog, ph.d. og Camilla Palmhøj Nielsen, forskningsleder, cand.scient.pol., ph.d.

2. Rapportens opbygning

Rapporten består af

Baggrund: Heri beskrives noget om sundhedscentre, forskellige typer af sundhedscentre, planlægningsprocesser og vejledning til kommunal rehabilitering. Baseret på referencer.

Præsentation af Sundhedscenter Vest: Heri beskrives sundhedscentret og dets formål, mål, lokaliteter, kompetencer, opgaver m.m. baseret på hhv. referencer og udsagn fra interviews samt feltobservationer.

Formål: Præsentation af de fire formål, der har dannet baggrunden for evalueringen.

Materiale og metoder: Præsentation af datagrundlag samt beskrivelse af den kvalitative metode, der er anvendt til indhentning af oplysninger.

Resultater: På baggrund af analyse af interviews fremkom fem vigtige budskaber, der danner strukturen i resultatafsnittet. Temaerne er:

1. *Opgaver:* Beskrive opgaver internt og eksternt i sundhedscentret samt prioritering og balance af opgaverne. Forslag til ændringer.
2. *Målgruppen:* Beskrive henvisningsmønstre og målgrupper. Forslag til ændringer.
3. *Kompetencer:* Beskrive kompetencer og anvendelsen på tværs i organisationen og i det eksterne samarbejde. Forslag til ændringer.
4. *Videndeling:* Beskrive formidling og viden, samt hvordan viden spredes internt i organisationen og mellem eksterne samarbejdspartnere. Forslag til ændringer.
5. *Dokumentation:* Beskrive dokumentation samt kendskab til og anvendelse af nationale retningslinjer, kvalitetsstandarder og evidensbaserede måleinstrumenter til brug i praksis. Forslag til ændringer.

Under hvert budskab præsenteres først en delkonklusion, der efterfølgende underbygges af udsagn fra interviewdeltagere, evt. suppleret med feltobservationer, og som udmunder i udfordringer, der ligeledes underbygges af udsagn fra interviewdeltagere.

Diskussion, anbefalinger og perspektivering: Opbygges med samme struktur som i resultatafsnittet, hvor resultater diskuteres op mod relevante referencer, der munder ud i et selvstændigt afsnit, perspektivering og anbefalinger.

3. Baggrund

Kommunalreformen i 2007 og den nye sundhedslov gav anledning til at udvikle et nyt koncept i det danske sundhedsvæsen: Det kommunale sundhedscenter.

I 2005 blev der afsat 100 mio. kr. i form af centrale puljemidler fra finansloven og kræftplan II, administreret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Midlerne blev anvendt til forsøg med sundhedscentre, fordelt på 18 kommuner, der repræsenterer forskellige løsninger med hensyn til centrenes struktur, aktiviteter, målgrupper og samarbejdspartnere.

Af teksten i sundhedsloven fremgår, at kommunerne er ansvarlige for at skabe rammer for sund levevis i forhold til borgerne og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Det er regionerne, der tilbyder den patientrettede forebyggelse i sygehusvæsenet og praksissektoren samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats. Som bemærkning til lovforslaget står: At forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og almen praksis, varetages fremover af kommunen. Af lovteksten fremgår ikke en ensrettet og endelig arbejdsdeling mellem regioner og kommuner, men at de er forpligtiget til at samarbejde omkring sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. I forhold til den patientrettede forebyggelse skrives arbejdsdelingen mellem regioner, praksissektoren og kommunerne ind i obligatoriske sundhedsaftaler.

Blandt bemærkninger til lovforslaget til sundhedsloven indgår begreberne borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Borgerrettet forebyggelse er som hovedregel åbne tilbud, der beskrives som sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til kommunens borgere mhp at forebygge sygdom og ulykker, hvor indsatser oftest omhandler kost, rygning, samt motion. Patientrettet forebyggelse kræver som hovedregel henvisning og indsatser retter sig mod at forebygge at en sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer, hvor indsatser oftest omhandler undervisning om sygdom, kost- og motionsvejledning samt fysisk træning.

Sundhedscentre indgår i en politisk aftale om kommunalreformen mhp. at løfte de kommunale sundhedsopgaver og dermed etablere nye løsninger på især forebyggelses- og genoptræningsområdet.

Ved fordelingen af puljemidler prioriterede ministeriet sundhedscentre, der ville understøtte den enkelte borgers oplevelse af sammenhængende tilbud, og hvor samarbejdet mellem sygehus og praksis indgik.

Ringkøbing-Skjern Kommune er en af de 18 kommuner, der fik puljemidler. Formålet for Sundhedscenter Vest er beskrevet som: At få sundere borgere, som lever længere og har bedre livskvalitet. Desuden skal udgifterne til sundhedsområdet mindskes. Sundhedscentret skal varetage sundhedsfremme og forebyggelse og være katalysator for at sundhed tænkes ind i hele kommunen og nye initiativer skal igangsættes inden for sundhedsområdet. Politisk ønskes det, at sundhedscentret koordinerer kommunens og regionens indsatser og fungerer som tovholder for borgeren (1).

Landets kommuner har forskelligartede idéer og planer med sundhedscentre, med variationer i forhold til: Hvorledes et sundhedscenter organisatorisk kan bygges op, en central eller en decentral struktur, hvilke opgaver centret skal varetage, og hvordan de skal varetages, forventet effekt, hvilke personalekategorier, der skal indgå i centrets opgaveløsning, samt de samarbejdspartnere, som centret skal indgå konkrete aftaler med.

Centrenes målgrupper rettes mod fire opgaver: 1) borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, 2) indsats målrettet personer med sociale problemer, 3) indsats målrettet patienter med kroniske sygdomme eller livsstilssygdomme 4) patienter, der har været eller skal indlægges på sygehus.

Opgaverne kan være mangeartede fra rådgivning og vejledning til sårbehandling og genoptræning. Opgaverne varetages på forskellig måde fra åben forebyggelses- eller sygeplejeklinik for alle borgere, drift af senge- og døgnpladser, der bruges til fx observation, eller gennem udadgående teams med base i centret.

Sundhedscentrene er generelt karakteriseret ved tværfaglige personalegrupper, hvor de hyppigste personalegrupper i et sundhedscenter er koordinatore (med forskelligartet faglig baggrund), sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Af andre faggrupper kan nævnes læger, diætister, forebyggelseskonsulenter, sundhedsplejersker, psykologer og socialrådgivere. Endelig har få sundhedscentre også ansat social- og sundhedshjælpere eller hjemmehjælpere.

Der findes forskellige typer af sundhedscentre:

Der er centre, der har et bredt fokus og skal varetage mange typer af opgaver rettet mod flere målgrupper, et *Sundhedscentrum*.

Endvidere er der centre, der har et mere målrettet fokus, og som omfatter fire typer af centre:

- *Sundhedsfremmecedret* med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse for alle borgere.

- *Det sociale sundhedscenter* med fokus på socialt udsatte, sygedagpengemodtagere m.m.
- *Kronikercentret* med fokus på patienter med kroniske sygdomme og livsstilssygdomme.
- *Genoptræningscentret* med fokus på patienter før og efter indlæggelse på sygehus (2).

Med henblik på at skabe overblik over planlægningsprocessen og give et bud på elementer som en forebyggelsesindsats består af, udgav Sundhedsstyrelsen i 2007 *Guide til planlægning af de kommunale forebyggelsesindsatser*. Heri anbefales det at anvende 10 punkter som en tjekliste ved planlægningen af hele rehabiliteringsprocessen.

De 10 punkter er:

1. Hvad er udgangspunktet? (målgruppen)
2. Hvor skal indsatsen foregå og hvem skal inddrages?
3. Hvilke sundhedsproblemer skal forebygges? (de individuelle, sociale og strukturelle forhold)
4. Hvilke mål ønskes opnået og hvordan?
5. Hvem skal stå for den videre planlægning?
6. Hvordan og hvornår skal indsatsen udføres?
7. Hvilke ressourcer kræver indsatsen?
8. Hvad er projekts risici og sandsynlighed for succes?
9. Hvordan skal indsatsens succes måles? (SMART)
10. Hvordan skal indsatsen evalueres? (4)

Nogle år senere udgav Indenrigs- og Sundhedsministeriet, i et samarbejde med Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet, en vejledning om kommunal rehabilitering. Formålet med vejledningen var at inspirere og understøtte den indsats, der sker i kommunerne, og at sikre samarbejde og koordination mellem fag og de forvaltningsområder, der har ansvaret for, at der er sammenhæng og kvalitet i den enkelte borgers forløb.

På sundhedsområdet er de rehabiliterende indsatser primært placeret i kommunerne, dog har regionerne (sygehuse og praksissektoren) ligeledes et ansvar for ydelser med rehabiliterende sigte. I henhold til såvel den sociale lovgivning som lovgivning på beskæftigelses og undervisningsområdet er kommunerne ansvarlige for indsatser med rehabiliterende sigte. Det er således kommunerne, der har det altovervejende ansvar, den oplagte mulighed og den økonomiske interesse i at sikre borgeren et effektivt forløb, så borgeren opnår så høj grad af livskvalitet og selvhjulpethed som muligt (5).

Som et supplement til den fælles vejledning om kommunal rehabilitering udarbejdede Indenrigs- og Sundhedsministeriet, i et samarbejde med Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL), et idékatalog. Fokus var at forbedre den tværfaglige og tværsektorielle indsats til borgere med behov for rehabilitering gennem formidling af eksempler på god praksis i organiseringen af rehabiliteringsindsatser i regioner og kommuner. Interessenter (en række foreninger, myndigheder og andre interessenter på området), var enige om, at en tværsektoriel koordinering er en udfordring med behov for et tættere og smidigere samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og kommuner. Endvidere blev der peget på, at der er et særligt behov for mere viden i forhold til rehabilitering af borgere med psykiske lidelser, sygemeldte og socialt udsatte grupper (6).

Med dette indledende kapitel er kort skitseret formål med og idéer til planlægning af sundhedscentre, forskellige typer af hhv. sundhedscentre, målgrupper, opgaver, indsatser og personalesammensætninger m.m. Endvidere præsenteres kort vejledning og retningslinjer, der efterfølgende er udgivet til inspiration og hjælp til at fremme sammenhæng og kvalitet i den enkelte borgers rehabiliteringsforløb med fokus på det tværsektorielle samarbejde.

Med dette setup har de enkelte kommuner frit spil i forhold til at bestemme, hvilken type sundhedscenter de vil etablere, og dermed hvilke opgaver og indsatser der skal prioriteres. En sådan frihed kan have både fordele og ulemper, hvor fordele kan være, at opgaver og indsatser kan tilpasses aktuelle behov for rehabilitering, eksisterende lokaliteter kan tages med i betragtning, ligesom fagpersoner kan influere på beslutninger. Af ulemper kan nævnes, at de mangeartede opgaver, der løbende kan tilknyttes et sundhedscenter, også kan medføre en diffus målgruppe og diffuse opgaver både internt og eksternt i organisationen og dermed skabe en organisationsstruktur, som udvikles i takt med de nye opgaver uden nødvendigvis at være tilstrækkeligt sammenhængende.

Disse udfordringer udfoldes i resultatafsnittet og diskuteres yderligere sidst i rapporten.

4. Præsentation af Sundhedscenter Vest

Sundhedscenter Vest er opstået i forbindelse med amternes nedlæggelse og kommunesammenlægningen af fem kommuner: Egvad, Skjern, Ringkøbing, Videbæk og Holmsland, hvor sundhedscentret dækker aktiviteter i alle nævnte fem kommuner. Sundhedscenter Vest er fra politisk side et ønske om at bibeholde et sundhedstilbud tæt på borgerne, hvor det sundhedsfremmende og forebyggende element er fremherskende.

Sundhedscenter Vest skal sikre, at borgerne i kommunen får:

- Tryghed gennem sundhedsydelser af høj kvalitet
- En bred vifte af sundhedsydelser i lokalområdet
- Sammenhæng og helhed i kontakten med sundhedssystemet
- En kompetent vejleder til sund levevis i alle livets faser
- En vækstplads for nytænkning og udvikling af sundhedsydelser af høj kvalitet (7).

Organisatorisk er Sundhedscenter Vest placeret som et fagområde under afdelingen Sundhed og Omsorg i Ringkøbing-Skjern Kommune. Sundhedscentrets hovedkontor er fysisk placeret i tidligere sygehusbygninger i Tarm, som er blevet renoveret til formålet. Hovedparten af aktiviteterne foregår i Tarm, mens en del afholdes andre steder i kommunen, dette med henblik på at nå en større og bredere målgruppe (1).

Sundhedscenter Vest skal danne den tværsektorielle ramme både for den borger- og patientrettede sundhedsfremme og forebyggelse. I Ringkøbing-Skjern Kommune valgte man desuden at placere nogle af de tidligere amtslige opgaver i sundhedscentrets regi. Det drejer sig om misbrugsbehandling og genoptræning efter sygdom.

Sundhedscenter Vest arbejder med fem forskellige områder:

- Forebyggende indsats for raske
- Forebyggende indsats for kronisk syge
- Genoptræning efter sygdom
- Behandling af misbrug
- Forebyggende hjemmebesøg til borgere over 75 år.

I sundhedscentret er man bevidst om at arbejde for lige vilkår til borgerne ved at udvikle og tilpasse tilbud efter den enkeltes behov.

Til at løse sundhedscentrets forskellige opgaver er ansat en bred vifte af fagpersoner: socialrådgivere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, pædagoger, antropologer. Der arbejdes bevidst på at udvikle faglige kompetencer samt at styrke arbejdet på

tværs af faggrænser og forvaltninger i kommuner. Ligeledes er der et samarbejde med forskellige organisationer og institutioner, hvoraf kan nævnes Statens Institut for Folkesundhed, Steno Diabetes Center, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, uddannelsessteder for fysioterapeuter og ergoterapeuter, patientforeninger, væresteder og socialpsykiatriske støttecentre samt en del flere.

En politisk og administrativ styregruppe, der blev nedsat ved sundhedscentrets start, er erstattet af et sundhedsråd, der fungerer som en slags bestyrelse, hvis opgave det er at medvirke til at skabe visioner og sætte kursen. Sundhedsrådet var fra starten i 2010 repræsenteret med hhv. borgmesteren, formanden for social og sundhedsudvalget samt flere politikere og chefer fra fagområder. Desuden deltager nationale eksperter i møderne et par gange om året som inspiratorer til de kommunale indsatser (8).

Lokaler

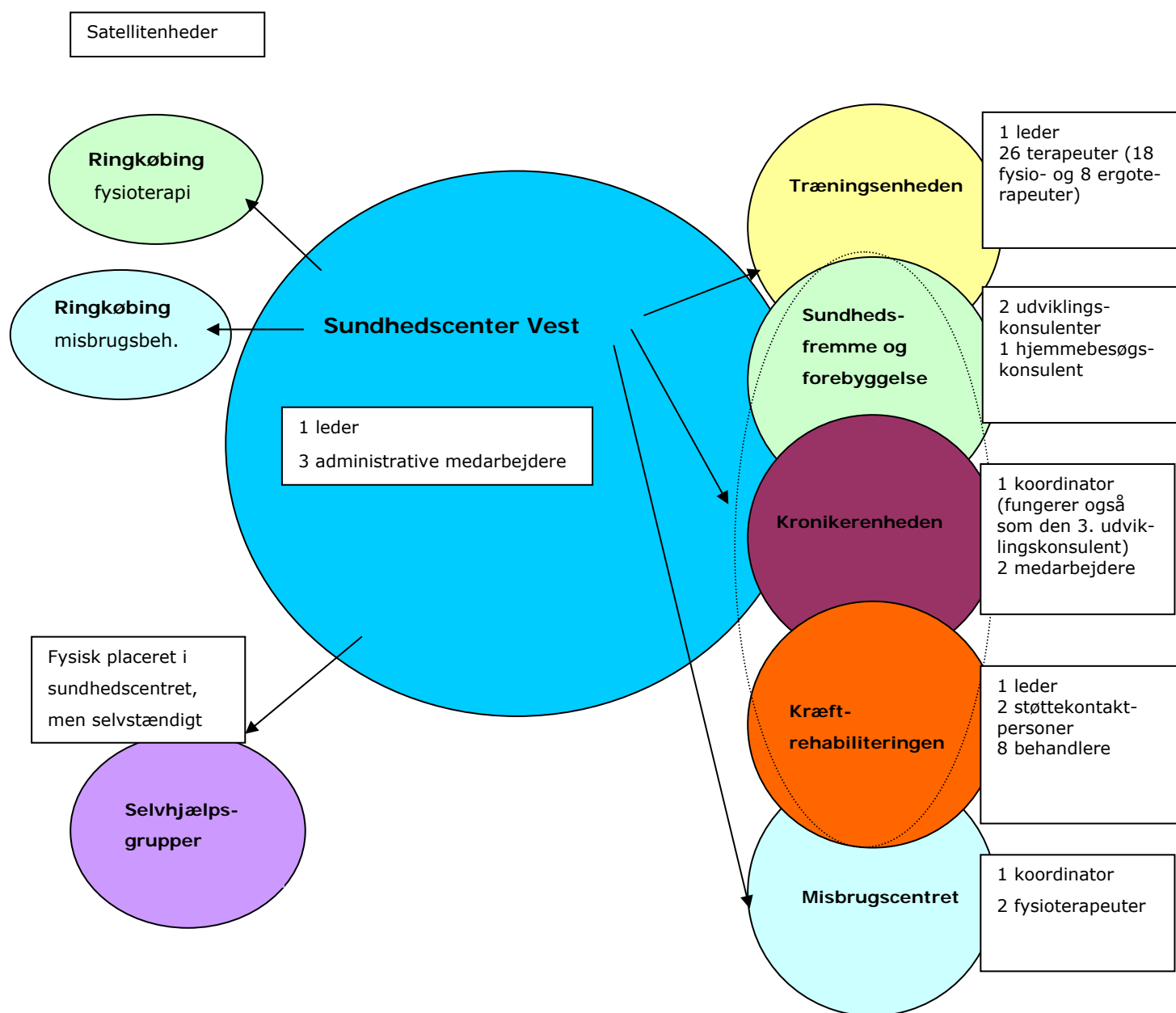
Det tidligere Tarm Sygehus danner hovedsæde for Sundhedscenter Vest. Den kirurgiske afdeling i stueetagen og kælderen herunder huser de forskellige funktioner, der foregår i sundhedscentret med sekretariatet, kronikerenheden og træningsenheden i stueetagen og misbrugscentret, kræftrehabiliteringen og forebyggende hjemmebesøg i kælderetagen. Ud over sundhedscentrets hovedindgang findes der også en indgang i gavlen i tilknytning til misbrugscentret, der bevirker at flere kommer her, for (som de kan udtrykke det) ikke at være nødt til at træffe en hel masse normale og pæne mennesker.

Under Sundhedscenter Vest er tilknyttet mindre afdelinger i Ringkøbing (misbrug og genoptræning), og der er desuden gode muligheder for at låne lokaler i kommunen til ad hoc-opgaver. Fx låner sundhedscentret en nedlagt stationsbygning i Tim til at afholde rehabiliteringsforløb for patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), der er bosat i området. Ved funktioner uden for anvendes lokaler og foredragssale på de forskellige skoler, institutioner og arbejdspladser og medborgerhuse.

Ansatte

De forskellige områder med angivelse af ansatte i Sundhedscenter Vest præsenteres i figur 1 (9). I figuren er kronikerenheden, kræftrehabiliteringen og forebyggende hjemmebesøg indeholdt i cirklen sundhedsfremme og forebyggelse. Senere i rapporten vil konklusioner og udfordringer med underbyggende udsagn fra delementerne i cirklen blive belyst særskilt, hvis det giver mening.

Figur 1 Sundhedscenter Vest med områder og ansatte



Lederen af sundhedscentret blev ansat i slutningen af 2006, og var i få måneder den eneste ansatte indtil etableringen af sundhedscentret i starten af 2007, hvor to forebyggelseskonsulenter, en koordinator for misbrugsbehandlingen og en sekretær kom til.

Det har været godt og energifyldt at være med i opstarten af sundhedscentret, hvor det har været meget hjælpsomt at få nye medarbejdere i det nye sundhedscenter. Den pionerånd her hersker, kompenserer for mange ting i starten, det har været meget givende og meget positivt og hjulpet med til at vi kan komme videre fra "det plejer vi ikke at gøre". (leder af misbrugscentret)

Efterfølgende blev der ansat personale, bl.a. de kommunale terapeuter der kom fra de tidligere fem kommuner. Terapeuterne var fra start en uhomogen gruppe, mange med deltidsansættelser, nogle var vant til specielt at arbejde med børn, andre med ældre. Endvidere skulle de til at dele kontorer med ergoterapeuter, hvilket var nyt for dem. En yderligere udfordring var, at sundhedscentrets leder, som også var leder for terapeuterne, havde en sygeplejefaglig baggrund.

Organisering

Ved sundhedscentrets start var der fra mange en afventende og skeptisk tilgang. Nogle syntes, at det var at tage munden for fuld, at det blev omtalt som det Vestjyske Sundhedsfyrtårn.

Slap nu lige lidt af og så ser vi lige om vi kan få det til at fungere.

Der skulle fra starten endvidere etableres en misbrugsbehandling, noget der ikke tidligere havde hørt under kommunen. Dette var også anledning til nye udfordringer.

Det opleves som lidt tilfældigt at misbrug kom ind under sundhed og omsorg, men der skulle oprettes et sundhedscenter i et stort hus, og på den måde blev det naturligt at putte os ind her. Men det at vi er placeret under sundhed og omsorg er faktisk meget godt, så vi ikke bliver en overset polyp et eller andet sted. Vi er en del af et sted, som er under udvikling, vi er med og vi bliver hørt (leder af misbrugscentret).

Fra begyndelsen organiserede sundhedscentret sig naturligt i tre "klumper", sundhedsfremme og forebyggelse, træning samt misbrugsbehandling. I løbet af de første år kom forskellige projekter til, bl.a. kræftrehabiliteringen og kronikeromsorgen med driftsmidler fra regionen og andre midlertidige midler. Det blev som en slags knopskydninger, lidt selvstændige elementer i den store kasse.

De sidste tre år er organisationen blevet lidt mere klassisk tænkende. Fra at fungere som entreprenører, der er hurtige til at sætte ting i gang, er der nu mere stringens og struktur. På samme tidspunkt blev koordinatorfunktionen i hhv. træningsenheden og misbrugscentret ændret til lederstillinger, hvorunder også hører personaleledelsesansvar. Lederen af sundhedscentret er samtidig leder af sundhedsfremme- og forebyggelsesenheden.

Ledelsesstrukturen opleves af ledere/koordinatorer som en flad struktur, dvs. med et stort råderum og en frihed til handle selvstændigt, fx at udvikle nye tiltag, at orientere politikere, embedsmænd, fagchefer, direktører m.fl. om, hvad der foregår regionalt, som

kan have betydning for de kommunale opgaver. Samtidig oplever ledere/koordinatorer, at de altid kan sparre med lederen af sundhedscentret eller blot vælge at orientere hende mundtligt eller som CC i mailkorrespondance.

Det samme udtrykker medarbejderne, der oplever en utrolig stor grad at selvstyring, selvtilrettelæggelse og medbestemmelse, dette både i forhold til sundhedscentrets leder og egen leder/koordinator.

Kultur

Under feltstudiet på sundhedscentret oplevede jeg et meget højt aktivitetsniveau samtidig med en stor ro og positivitet i mødet med den enkelte borger og internt mellem de ansatte. Det samme fandt jeg hos lederen af sundhedscentret, der udviste en positiv, åben, inviterende, respektfuld, accepterende og anerkendende holdning til alle medarbejderne.

Et eksempel fra feltobservation: Et møde mellem forebyggelseskonsulenten for hjemmebesøg og lederen. Forebyggelseskonsulenten havde udarbejdet et statusnotat til politikerne, som blev gennemgået med lederen. Jeg oplevede, hvordan lederen på en meget positiv og anerkendende måde kommenterede notatet, og viste respekt og tillid til medarbejderen, der gav ham styrke til at varetage opgaven.

Når der tales kultur på sundhedscentret, er det nødvendigt at omtale det daglige fællesskab, der finder sted i frokostpauserne, hvor alle medarbejderne mødes i det store, fælles køkken. De fleste af deltagerne i interviewene nævner også dette som et positivt gode, der er fremmende for at styrke kendskabet til hinanden og samarbejdet på tværs af faggrupper og områder, og hvor snakken går på kryds og tværs med både fagligt og privat indhold.

Synlighed

Synligheden vil formentlig være medvirkende til at tegne målgrupperne. Hvilke borgere når man på hvilken måde? Ved at være opsøgende/formidlende på sygehuse, hos speciallæger og praktiserende læger vil man målrette søgningen mod patienter, og ved at være opsøgende/formidlende på hjemmesider, i medier via foredrag, temadag o.l. vil man hovedsagelig målrette søgningen mod borgere.

Der er den opfattelse, at borgere, fagpersoner, institutioner m.m. generelt er gode til at finde og bruge sundhedscentrets hjemmeside. Der rettes oftere og oftere henvendelse til sundhedscentret fra foreninger, kommune, psykiatri- og handicapområdet, arbejdsmarkedsområdet samt skoler m.fl.

Sundhedscenter Vest figurerer ofte med foredrag, artikler om indsatser o.l. i aviser, flyers og annoncerer via opslag og via Facebook til den yngre målgruppe. På nuværende tidspunkt vurderes markedsføringen at være i balance, hvor man skal være opmærksomme på ikke at give folk kvalme, "er det nu dem igen", eller ikke at fremtræde med løftet pegefinger med fx "gulerødder og maraton".

Synligheden af sundhedscentret formidles også gennem annonceringer og artikler i avisen og personalets deltagelse i forskellige sammenhænge, som fx i Sundhedsstyrelsen og i nationale fora, men også i lokalt regi. Sundhedscentret har ry for at kunne noget, måske ikke som de store teoretikere, men som et sted der er kendt for at lave et godt stykke arbejde. Sundhedscentret bliver mere og mere kendt, hvilket ses ved, at der kommer stadig flere henvendelser fra borgere, institutioner og organisationer og andre kommuner, der gerne vil på besøg, ligesom flere bliver henvist til sundhedscentret.

5. Formål

Formål 1

At undersøge hvordan **Sundhedscenter Vest** er organiseret i forhold til **aktuelle opgaver i de enkelte områder og på tværs af områderne** - mulighed for udvikling internt og eksternt.

Formål 2

At undersøge **hvilke opgaver der udføres i Sundhedscenter Vest** – mulighed for udvikling internt og eksternt.

- Hvordan løses opgaverne?
- Hvordan **samarbejder** man?
- Hvordan er **dialogen og kommunikationsformen**?

Formål 3

At undersøge **hvilke kompetencer der er i Sundhedscenter Vest** – er de dækkende i forhold til opgavernes art og omfang, fremmende i forhold til samarbejdet og er der mulighed for udvikling internt og eksternt?

Formål 4

At vurdere om **nye samarbejdspartnere kan inddrages i en udvikling** (flere typer opgaver, andre kompetencer, øget tværfaglighed).

- Hvordan **synliggøres Sundhedscenter Vest** i lokalsamfundet?

6. Materiale og metoder

6.1 Data

Evalueringen er baseret på en kvalitativ metode med i alt ni interviews samt feltobservation. Deltagerantallet i interviewene udgjorde i alt 17 personer, 3 mænd og 14 kvinder med en aldersspredning på 35–55 år. Alle havde en længere ansættelse i sundhedscentret, fordelt som antal ansatte i årene: 2006: 2 personer, 2007: 8 personer, hvoraf de 5 var med fra sundhedscentrets start, 2008: 2 personer og 2009: 4 personer.

6.2 Metode

De fire formål, der danner udgangspunkt for evaluering af organiseringen af Sundhedscenter Vest, blev også udgangspunkt for de strukturerede spørgsmål, der er udarbejdet til interviewguiden samt feltobservationen (bilag 1).

Interviewene foregik alle på Sundhedscenter Vest i perioden 12. april – 16. maj 2012 med i alt ni interviews, fordelt som hhv. et interview med leder af sundhedscenter, fire interviews med ledere/koordinatorer af områderne og fire fokusgruppeinterviews med medarbejdere fra de enkelte områder og et fælles med de to udviklingskonsulenter. Deltagerantallet i fokusgrupperne var fra to til fem personer.

Feltobservationerne forgik på sundhedscentret i dagene 21. og 22. marts 2012. Udvælgelsen af personer til fokusgruppeinterviewene blev foretaget af de respektive ledere/koordinatorer for områderne ud fra kriterierne: hvem havde mest erfaring på området, og hvem var det muligt at frigive på de fastlagte dage og tidspunkter for interviewene. Interviewpersonerne blev forud for interviewene orienteret via mail (bilag 2) og underskrev samtykkeerklæring (bilag 3).

Interviewene blev indledt med kort orientering om formål, berammet varighed af interviews, at samtalerne blev optaget på bånd samt at oplysningerne blev anonymiseret og udført ud fra en struktureret interviewguide.

Efterfølgende blev alle interviews transskriberet i fuld længde og så ordret som muligt. Dernæst blev interviewene gennemlæst, hvorefter der blev foretaget en foreløbig kondensering under hovedområderne, som præsenteret i interviewguiden med tilføjelse af nye emner, der fremkom under analysen. Der blev foretaget en yderligere kondensering med opdeling for hhv. områder, leder, ledere/koordinatorer og medarbejdere i hver sit dokument, struktureret i tre kolonner under hhv. emner, udsagn og udfordringer. Ved

gennemlæsning af denne kondensering fremkommer fem vigtige budskaber, der skaber strukturen og systematikken i resultatafsnittet.

Resultater under de fem budskaber underbygges med udsagn fra deltagerne i interviewene. Hvor en anonymisering ikke giver mening, har personer, der har leveret oplysninger, givet tilladelse til, at deres udsagn indgår i rapporten.

Hvor det er fundet relevant underbygges betragtninger i interviewene med observationer fra feltstudiet.

De fem vigtige budskaber er:

1. *Opgaver*: Beskrive opgaver internt og eksternt i sundhedscentret, prioritering og balance af opgaverne samt udfordringer.
2. *Målgruppen*: Beskrive henvisningsmønstre og målgrupper samt udfordringer.
3. *Kompetencer*: Beskrive kompetencer og anvendelsen på tværs i organisationen og til eksterne samarbejdspartnere samt udfordringer.
4. *Videndeling*: Beskrive formidling og viden samt hvordan viden spredes internt i organisationen og mellem eksterne samarbejdspartnere samt udfordringer.
5. *Dokumentation*: Beskrive dokumentation samt kendskab til og anvendelse af nationale retningslinjer, kvalitetsstandarder, evidensbaserede måleinstrumenter til brug i praksis samt udfordringer.

7. Resultater

7.1 Opgaver

Delkonklusion

Sundhedscenter Vest varetager utroligt mange og forskelligartede opgaver relateret til forebyggende indsats for raske og for kronisk syge, genoptræning efter sygdom samt behandling af misbrug. Opgavernes art og indhold betyder, at de udføres i og uden for sundhedscentret, ligesom de medfører deltagelse/medlemskab i mange forskellige udvalg, arbejdsgrupper, netværk m.m. En anden måde at anskue og opdele opgaverne på kunne være at kalde visse opgaver i sundhedscentret for hhv. kerneydelser (kronikerindsats, genoptræning, misbrugsbehandling), udadgående funktioner og øvrige opgaver (deltagelse i kommunale, regionale og nationale udvalg, arbejdsgrupper, netværk m.m.).

Sundhedscentrets kerneydelser er placeret i de tre områder: sundhedsfremme og forebyggelse, træningsenheden og misbrugscentret. Det har været hensigten at tænke opgaver på tværs af områderne med den synergieffekt, det kunne medføre.

Sundhedscentrets udadgående funktioner er af forskellig art, hvoraf kan nævnes træning i borgerens eget hjem eller på lokalcentre, forebyggende hjemmebesøg og forebyggende arbejde, så som undervisning i skoler, institutioner og på arbejdspladser.

Sundhedscentrets øvrige opgaver er fx deltagelse/medlemskab i kommunale, regionale og nationale udvalg, arbejdsgrupper, netværk o.l. der varetages af flere af medarbejderne, dog hovedsageligt ledere og koordinatore.

Det er det umiddelbare indtryk, at man fra sundhedscentrets side er rigtig gode til at udføre de mange opgaver og også sige ja til nye opgaver. Det er også indtrykket, at de mange og forskelligartede opgaver medfører, at medarbejderne ikke har fuldstændigt indblik i alle de forskellige funktioner, deres kolleger både internt og eksternt i områderne er involveret i.

Gennem databearbejdningen fremkommer mange gode forslag til nye opgaver, opgavetyper, eller forslag til at udvide/ændre/dele flere opgaver.

Ovenstående delkonklusion underbygges af udsagn fra interviewene

Der er fra lederens side stor tillid til, at medarbejderne planlægger og løser deres opgaver på forsvarlig vis med plads til at være innovativ, uden at skulle spørge hver gang en opgave skal løses eller igangsættes. Medarbejderne opleves som fantastisk gode til at være opmærksomme på at få kontakt til borgere "der ikke kan selv". De tager ikke de

nemmeste opgaver, men går efter at hjælpe dem, der har mest brug for det, og engagerer sig i arbejdet.

Et svar på spørgsmålet om overordnede opgaver var: Fremme borgerens sundhed. "Sammen om sundhed" – altså at bevare sundhed, fremme sundhed og tænke sundhed.

Lederens svar på spørgsmålet om overordnede opgaver var:

Først og fremmest, så er det vel at sørge for at vi opfylder de mål, som i sin tid blev opstillet for sundhedscentret. Og det handler om at være et fyrtårn, inden for sundhedsfremme og forebyggelse og en direkte indgangsvej for borgerne til sundhed. Det er sådan et par af de store overskrifter. Og derudover, så betragter jeg det da også som min opgave at sørge for, at vi følger de politikker, som bliver vedtaget i kommunen og sørge for også sådan helt lokalt, at vi har en god arbejdsplads med udvikling og synergi og nogle medarbejdere, der trives, så de også kan lave noget godt arbejde. Det tror jeg nemlig på hænger rigtig meget sammen. Så hvis man sådan skal skære det ud eller skrive med store bogstaver, så tror jeg, det er det.

Nedenstående præsenteres udsagn vedrørende opgaver opdelt i hhv. kerneydelser, udgående funktioner og deltagelse i eksterne fora.

Kerneydelser

I *kronikerenheden* er den primære opgave at afholde afklarende samtaler, planlægge og afholde holdforløb, træne og undervise på rehabiliteringsforløbene. Holdene kan være diagnosespecifikke, fx hjerte-, KOL- og diabeteshold eller blandede hold. Erfaringer indtil nu peger på, at det er en god ide at blande hold på tværs af diagnoser, da en borger med hjertesygdom kan være lige så fysisk dårlig som en borger med KOL. Man kunne også opdele efter borgerens ressourcer, kondition og energi.

Opgaverne i forbindelse med kronikere er siden starten blevet mere strukturerede og afklarede mht., hvem der bliver henvist, hvilke tilbud der er, hvilke hold borgeren skal deltage i m.m. Der har været meget procesarbejde, herunder meget tidsforbrug på at snakke om detaljer, men der er nu sket en udvikling, hvor det, der ikke fungerede, er kasseret, og det, der har givet succes, kan der arbejdes der videre med.

Observation fra feltstudie: Jeg fik mulighed for at deltage i en træningsseance for borgere i et KOL-holdforløb: 10 Borgere med KOL mødte op til træningsseance på 1 time. Det var imponerende at se, hvordan medarbejderne fik aktiveret alle deltagere på holdet, selv de allerdårligste. Træningen var en gåtur ca. 200 meter gennem uvejsomt terræn, på en skovsti frem til en åben plads. Et par borgere med rollatorer og iltbomber i kurven deltog i turen på lige fod med de andre, dog i langsomme-

re tempo. Medarbejdere satte ikke spørgsmålstejn ved, om de kunne klare det, men støttede dem med opmuntring og anerkendelse. Selve træningen på den åbne plads var øvelser, hvor alle kunne deltage hver på deres niveau. Her oplevede jeg virkelig en individuel hensyntagning og opmuntring fra såvel medarbejder som fra de andre holddeltagere, der fik den enkelte til at yde maximalt. Sidste øvelse var gang på trappe, hvor medarbejderne kobledede forlængerslange til iltbomben, så det ikke blev en begrænsning for deltagelse. Også her lykkedes det, at få selv den dårligste med og give den enkelte en oplevelse af sejr og en vished om, at evnerne og ressourcerne rakte længere, end de selv var klar over.

I misbrugscentret er kerneydelserne råd og vejledning, behandling, afklaring med henblik på visitering til enten individuelle samtaler eller gruppeforløb for misbrugere, visitation til omsorgstilbud § 110, visitation til døgnbehandling, samtaler med pårørende og børn af misbrugere, efterforløb til misbrugere samt substitutionsbehandling til misbrugere uden for behandlingsrækkevidde.

Observation fra feltstudie: Under mit ophold fik jeg mulighed for at deltage en halv dag i et gruppeforløb for alkoholikere. Deltagerne viste klart, at de kendte til hinanden og havde en interesse for hinanden, udtrykt ved at de spurgte bekymret til en person, der ikke var mødt op. Under en runde fortalte de åbent og ærligt om, hvordan de havde klaret det siden de sidst havde været samlet for en uge siden. Jeg var imponeret over den åbenhed de viste og den store anerkendelse, respekt, tolerance og opmuntring der blev givet tilbage fra medarbejderen og også fra de andre holddeltagere. Dagens emne var benægtelsesproblematikken, hvor deltagerne blev opfordret til at melde ind og fortælle om deres benægtelser, en meget stærk oplevelse.

I misbrugscentret foretages en afklarende screening af borgeren. Resultatet herfra tages med til det fælles ugentlige visitationsmøde med deltagelse af leder og medarbejdere. Til visitationsmøderne defineres og fordeles opgaverne. Hvis en borger visiteres til behandling, kan denne bestå af fx seks samtaler i et ambulant forløb eller et døgnregi. Når borgerne retter henvendelse, får de en tid til forsamtale, hvor der udarbejdes en afklaring, der tages med til det ugentlige visitationsmøde. Støtte- og omsorgsfunktionen er den eneste aktivitet, der ikke medtages til visitation, og hvor en borger kan være helt anonym.

I træningsenheden arbejder alle fysio- og ergoterapeuter med specialiserede opgaver (ryg, håndkirurgi, neurologi) og varetager ligeledes opgaver jf. servicelovens § 86 (genoptræning og vedligeholdelsestræning). Opgavefordelingen følger syv forskellige geografiske områder/=hjemmeplejeområder, hvilket er en stor fordel, da det betyder et bedre

kendskab til samarbejdspartnere. Terapeuterne i træningsenheden fungerer mere eller mindre som undervisere på kronikerholdene.

I træningsenheden er opgaverne organiseret, så de fleste i personalegruppen kan tage såvel almene som mere specielle genoptræningsopgaver. Det giver den geografiske fordel, at to terapeuter ikke skal køre til samme borger på samme lokalitet. Første kontakt og efterfølgende træning foregår enten i borgerens hjem eller på sundhedscentret, afhængig af borgerens ressourcer/helbredstilstand og træningens art. Det er en fordel at møde specielt de ældre og hjerneskadede borgere i eget hjem, så hverdagsaktiviteter kan trænes i det sædvanlige miljø.

I *kræftrehabiliteringen* er opgaven at samle trådende fra alle borgere, der kommer i et rehabiliteringsforløb, og få dem tilbage til noget, der fungerer i det liv, som nu er deres. Koordinator for kræftrehabiliteringen har den afklarende samtale med borgeren før opstart. De to fysioterapeuter, der er tilknyttet træningsdelen, starter ligeledes med en afklaring af, om der er fysiske begrænsninger i forhold til indsatser.

De individuelle forløb for kræftrehabiliteringen planlægges af koordinator sammen med borgeren og indeholder alt, hvad der ligger omkring denne borger. På baggrund af fremkomne ønsker og behov tages kontakt med relevante samarbejdspartnere. I rehabiliteringsforløb kan indgå cafémøder med forskellige emner, hvor nogle er fremkommet på baggrund af ønsker/behov fra borgeren, fx madlavning, mens andre emner er faste, fx "kræftrejsen", hvor lederen af sygedagpengeafdelingen formidler viden.

En af de store opgaver i forbindelse med kræftrehabilitering er, når borgeren skal tilbage på arbejde. Her er koordinatoren bisidder/buffer i forhold til sagsbehandler, og definerer sig selv som en tryghedsperson, der er med borgeren, et tilbud der gælder alle, der indgår i kræftrehabiliteringen.

Koordinatoren tilbyder borgerne, at de kan komme eller ringe på alle tider – og oplyser at rigtig mange benytter sig af tilbuddet.

De lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg består i at planlægge og udføre disse hos borgere, der er fyldt 75 år.

Udadgående funktioner

Nedenstående er ikke dækkende for de mange udadgående funktioner.

Forebyggende opgaver i samtlige folkeskolens 7.-klasser (sundhedsfremme og misbrug) i samarbejde med politi, SSP og sundhedsplejen samt foredrag for 7. og 8.klasse og deres forældre.

Indgå med træningsopgaver, som del af et geriatrisk team på plejehjemmene.

Deltagelse i eksterne fora

Nedenstående er ikke dækkende for samtlige deltagelses-, medlems- og netværksaktiviteter.

- Deltagelse i kommunale, regionale og nationale udvalg, arbejdsgrupper, netværk o.l., fx Sund By, Sundhedsstyrelsen, Fødevarestyrelsen og DGI-huset.
- Deltagelse i kommunens sundhedsråd og andre relevante udvalgsmøder, undertiden med bidrag til dagsordenpunkter samt konsulentfunktioner til relevante opgaver i socialudvalget.
- Forpligtende samarbejde omkring opgaver med børn og unge, familie, kultur, psykiatri og handicap, sundhed og omsorg samt beskæftigelsesområdet.
- Tæt samarbejde med psykiatriområdet, med deltagelse i at udarbejde og planlægge uddannelse for socialpsykiatrien.
- Aktuelt proceskonsulentfunktion på et hjerneskadeprojekt.
- Medlemskab i/koordinator for kommunen i Sund By, repræsentation i flere tema-grupper, hhv. tobak, fysisk aktivitet og børn, Sund By på tværs, fysisk aktivitet og misbrug. Sund By er endnu ikke så kendt i kommunen, hvor man gerne vil, at flere forvaltninger bliver interesserede i sundhedsarbejdet fx børneområdet, psykiatriområdet, og at også arbejdspladser bliver inddraget.
- Opbygning af netværk omkring patientforeninger.
- Koordinator for patientuddannelsen "Lær at leve med en kronisk sygdom", som udbydes af Komitéen for Sundhedsoplysning.
- Koordinering og samarbejde med netværk af frivillige instruktører og erfarne patienter.
- Planlægning af temaaftener, foredrag, patientforeningskonferencer, eksempelvis i samarbejde med konsulenter og frivillige i patientforeninger.
- Koordinering i forhold til regionen og praktiserende læger, kontakt til sygehuse mhp. at orientere dem om, hvilke opgaver og indsatser sundhedscentret kan tilbyde og varetage. Terapeuterne deltager i specialegrupper internt og eksternt i Regionen.
- Deltagelse i forskellige projekter, bl.a. et projekt ved beskæftigelsesafdelingen, hvor misbrugscentret indgår.
- Projektledelse for projekt om hverdagsrehabilitering og for kommende projekt om senhjerneskode.

Udfordringer

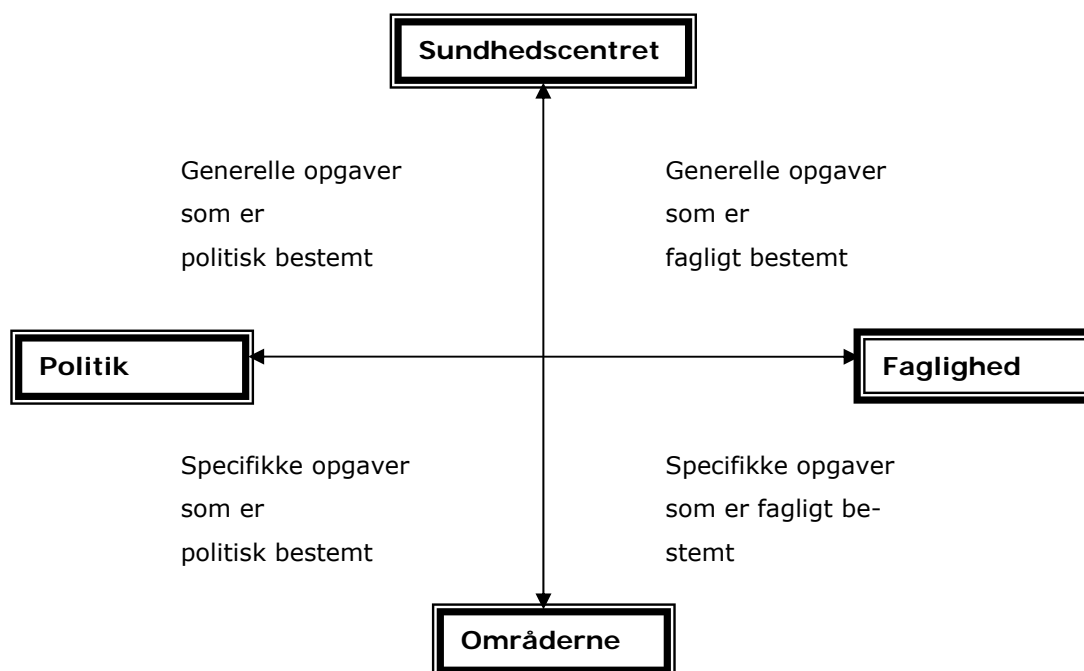
Det kan være vanskeligt at skelne imellem opgaver der udføres i Sundhedscenter Vest og uden for centret, ovenfor benævnt som kerneydelser, udadgående funktioner og deltagelse i eksterne fora. Hvilken opgavetype er træning i eget hjem, undervisning i sundhed på Røde Kors-caféer og medlemskab af udvalg, arbejdsgrupper og netværk inden for relevante områder. Udfordringen er at balancere imellem specialist- og generalistfunktionen og sætte fælles succeskriterier i forhold til kompetencer, kulturforskelle og fælles mål. Skal en opgave tilknyttes et område? - eller skal kompetencerne til at løse opgaven trækkes fra flere områder og/eller flere faggrupper?

Det opleves, at opgaverne får forskellig opmærksomhed i organisationen, hvor fx kronikerenheden har stor opmærksomhed i det politiske regi og dermed også i sundhedscentret. Ser man på sundhedspolitik for 2011-2012, som er udarbejdet af afdelingen for Sundhed og Omsorg i Ringkøbing-Skjern Kommune, fremgår det, at der er mange forskellige målgrupper med tilknyttede indsatser, som sundhedscentret står som ansvarlig eller medansvarlig for (bilag 4). Heri nævnes bl.a. øget indsats for mennesker med kroniske sygdomme, hvor indsatsen er implementering af forløbsprogrammer for muskelskelet- og kræftområdet som nummer 4 og 5 i rækken af forløbsprogrammer.

Vælger man, at kronikerområdet skal udvides med nye målgrupper, kræver det, at man foretager en systematisk planlægning af rekruttering af borgere, planlægning af proces og rehabiliteringsforløb, mål og evaluering af indsatser, samt hvordan man kan sikre, at der arbejdes evidensbaseret, og hvordan man dokumenterer og formidler. Yderligere skal det vurderes, hvilke ressourcer og kompetencer, der skal til for at løse opgaverne.

Sundhedscentrets idéer og fokusering kunne tænkes og anskueliggøres i en helt ny dimension, der belyses i figur 2. Den vertikale linje viser spændingsfeltet mellem sundhedscentrets overordnede opgaver, således opgaver centralt i sundhedscentret og opgaver tilknyttet områderne. Den horisontale linje viser spændingsfeltet mellem den politiske interesse, herunder midler, definerede målgrupper og opgaver og fagligheden, herunder kompetencer og viden.

Figur 2 Spændingsfelt mellem sundhedscentret/områderne og politik/faglighed



En anden betragtning kunne være at skelne mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse, tolket som hhv. primær og sekundær forebyggelse. Opgaverne er afhængige af, hvordan de enkelte kommuner fortolker sundhedsloven (10), der siger: § 1 Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte, samt § 3 Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient. Stk. 2. Sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner m.v.

Hvis en del af den borgerrettede forebyggelse decentraliseres, fx flyttes til arbejdspladser, institutioner o.l., er der mulighed for, at flere borgere kunne deltage i forebyggende tiltag, end hvis der tilbydes individuelle indsatser på sundhedscentret. Dette kunne evt. medføre frigivelse af ressourcer i sundhedscentret, der i stedet kunne anvendes til rehabiliteringsforløb til borgere med kroniske lidelser og/eller til udsatte borgere.

Kunne den økonomiske begrænsning til den kommunale forebyggelse bevirke, at den patientrettede forebyggelse (sekundære forebyggelse) prioriteres frem for den borgerrettede forebyggelse (primære forebyggelse)?

Hvis nogle af ovenstående udfordringer tænkes realiseret, vil det medføre at formålet med sundhedscentret, sundhedscentrets type og sundhedspolitikken generelt skal revurderes.

Af nedenstående udsagn fremgår, at mange mennesker har mange forskellige tanker og idéer, hvilket er positivt, men det betyder også, at opgaverne kan vokse i omfang, og at fokuseringen kan blive utydelig.

Ovenstående udfordringer underbygges af udsagn fra interviewene

Det kan være forslag/ønske om:

- At terapeuterne i træningsenheden bliver en del af det faste team i kronikerenheden og derfor inddrages i planlægning og afvikling af rehabiliteringsforløbene, da det opleves som en ulempe ikke at være en del af det faste team.
- At udvide interessen for sundhedsarbejdet, fx gennem det kommunale sundhedsråd til flere forvaltninger, fx børneområdet, psykiatriområdet, arbejdspladser.
- At få større sammenhæng mellem sygehus, sundhedscenter og hjemmeplejen, og få tydeliggjort og formidlet, hvad der foregår de forskellige steder, fx "en fælles skolebænk".
- At involvere træningsenheden i processen vedr. implementering af forløbsprogrammet vedr. lænderygpatienter.
- At medtage emne om kost til kræftrehabiliteringen og tilknytte diætistfunktion.
- At evaluere rehabiliteringsforløb, der har kørt som et projekt på sundhedscentret, og kritisk forholde sig til fordele/ulempes og andre resultater, før projektet bliver en permanent opgave.
- At blive bedre til at arbejde med den socialt svage borger/ulighed i sundhed.

7.2 Målgruppe

Delkonklusion

Borgere, der kommer i sundhedscentret, er henvist efter forskellige mønstre, der muligvis kan influere på målgrupperne, både mht. hvem og hvor mange der kommer i sundhedscentret. Udover henvisningsmønstre er forløb og planlægning af indsatser også forskellige i de enkelte områder.

I træningsenheden henvises borgeren via genoptræningsplan eller avis fra visitator og kontaktes inden for tre dage, hvorefter genoptræning igangsættes senest 10 dage senere. I kræftrehabiliteringen kræves ingen henvisning. Borgeren kan komme fra sygehus, praktiserende læge eller selv henvende sig og indgå i igangværende rehabiliteringshold. I

misbrugscentret kan borgeren henvises eller selv henvende sig. Der går maks. 14 dage før borgeren har været til samtale, eller der er foretaget en afklaring om behandling. I kronikerenheden kan borgeren selv henvende sig eller være henvist fra andre instanser, fx læge eller beskæftigelsesområdet. Borgeren inviteres til afklarende samtale i løbet af 4-5 dage, hvorefter der kan være ventetid på 2-4 måneder, før borgeren kan indgå i et rehabiliteringsforløb. Holdet kan være enten diagnosespecifikt, hhv. patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), akut koronart syndrom (AKS-hjerte), type 2-diabetes (diabetes) eller hold med borgere, der har flere diagnoser. I kronikerenheden er der igangværende arbejde med henblik på at få kontakt til borgeren tidligere i forløbet, allerede 14 dage efter henvisning er modtaget, hvor borgeren samtidig tilknyttes en kontaktperson.

Sundhedscenter Vest skal danne rammen for såvel borgerrettet som patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse, hvilket gør målgruppen meget bred og dermed svær at afgrænse. Målgrupperne til hhv. træning, misbrugsbehandling og forebyggende hjemmebesøg er rimeligt definerede og afgrænsede, hvorimod målgruppen, der omhandler sundhedsfremme og forebyggelse, opleves som en mere bred og diffus gruppe af såvel borgere som patienter.

Gennem databearbejdningen fremkommer mange forslag om at inddrage nye målgrupper eller have større fokus på enkelte målgrupper med aktuelle kerneområder og udadgående funktioner.

Ovenstående delkonklusion underbygges af udsagn fra interviewene

Målgruppen til træningsenheden definerer næsten sig selv, hvor borgerne henvises enten via genoptræningsplanerne eller visiteres til genoptræning i hjemmeplejen. I misbrugscentret ved man ikke, om man når alle klienter, eller om de klienter, der kommer, kun er de allerdårligste eller "de nemmeste" at behandle. Inden for sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet er tilbuddene siden starten blevet bredere. Tidligere mente mange, at der kun var tilbud om motion og overvægtshold til velbjergede kvinder i fyrrerne. Generelt er det stadig en udfordring at nå de udsatte borgere, selvom der allerede er kontakt med mange. Inden for specielt kræftrehabilitering er gruppen af svage, svækkede og socialt udsatte ikke stærkt repræsenteret.

Udfordringer

Udfordringen er at prioritere og balancere mellem de forskellige målgrupper. Således kunne man evt. revurdere målgruppen mhp., om der skal tilføjes/fjernes målgrupper. Skal der satses på flere borgere med kroniske lidelser, skal der satses mere på de svage

og udsatte borgere eller ældre borgere? Skal man prøve at udvide tilbud til at omfatte "efterrehabilitering"/udslusning af borgere, der har gennemgået et rehabiliteringsforløb, bl.a. for at fastholde deres funktionsevne og bibeholde en social kontakt?

Ifølge sundhedspolitikken for Ringkøbing-Skjern Kommune for 2011-2012 er sundhedscentret indskrevet som ansvarligt for flere målgrupper og indsatser. For at give et billede af målgrupperne nævnes de her med henvisning til bilag 4 for yderligere oplysninger vedr. indsatser m.m. Målgrupperne (målepunkter) er: Trivsel generelt, trivsel på arbejdspladsen, rygning, motion, overvægtige, alkoholforbrug/misbrug, stofmisbrugere, mennesker med kronisk sygdom. Ligeledes er sundhedscentret indskrevet som ansvarligt i ældrepolitikken under området: Sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til ældre.

Hvordan vil man i sundhedscentret forholde sig til de sundhedspolitiske tiltag? Hvordan vil man prioritere, fokusere og balancere mellem opgaver og ressourcer? Er der ressourcer til at tage flere opgaver og/eller målgrupper ind? Skal der satses mere på udsatte målgrupper og dermed fokuseres på rekrutteringen i samarbejde med de praktiserende læger og via oplysning til borgerne?

Ovenstående udfordringer bygger på udsagn fra interviewene

Det kan være forslag/ønske om:

- At man specielt inden for kræftområdet har fokus på at inddrage de svage og udsatte borgere.
- At oprette kommunale sorggrupper for børn med en kræftramt forælder, evt. i samarbejde med skole, fritidsinstitutioner, sundhedsplejersker eller oprette hold til en udvidet målgruppe for børn til alvorligt syge forældre.
- At udvide kræftrehabiliteringen med rehabiliteringsforløb til de ældre borgere, svarende til borgere uden for den erhvervsaktive alder, tilsvarende og sideløbende med rehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder. Dette kunne evt. tænkes ind i tilknytning til seniorcentre.
- At tage flere målgrupper ind i sundhedscentret, fx starte et hold for gravide eller efterfødselshold i nært samarbejde med jordemødre, der holder til i samme hus. Måske inddrage sundhedsplejerskerne, som er en del af sundhedscentret. Hvis der blev koblet tilbud om træning til rådgivningen, var der måske flere, der ville benytte sig af det. Vi kunne evt. supplere med læring og mestring.
- At oprette et inkontinenshold "Knib dig glad".

7.3 Kompetencer

Delkonklusion

Både ledere og medarbejdere synes, de er kvalificerede til de opgaver, de varetager, og gode til at gøre brug af hinandens kompetencer på tværs af faggrupper og områder. I de tilfælde, hvor medarbejdernes kompetencer ikke rækker til at dække borgernes behov, bliver de henvist til relevante personer, fx beskæftigelsesmedarbejdere, psykolog eller andet. Sundhedscentret vurderer, at det ikke skal have alle spidskompetencer, da en af hovedopgaverne også er at klæde borgerne på til at blive klogere på egen situation, så de kan fungere i hverdagen. Her rækker medarbejdernes kompetencer bredt.

Fra sundhedscentrets ledere prioriteres faglighed og videreuddannelse højt. Dette benytter mange medarbejdere sig af. De tager efteruddannelser og kurser inden for forskellige interesseområder og bidrager således med ny viden i det daglige arbejde, fx viden om læreprocesser, studiemiljø og læring, kognitive behandlingsmetoder. Der er en øget opmærksomhed på at gøre brug af hinandens kompetencer, både inden for eget område og på tværs af områderne.

Der er stor opmærksomhed på at betragte borgeren ud fra et helhedssyn, og rigtig mange medarbejdere har det helhedssyn, men det kræver en stor portion selvtillid og erfaring at flytte sig udover egen kerneposition, egen faggrænse. Jo mere erfaren man er, jo nemmere bliver det at gå ud over egen "faggrænse", fx lige at snakke lidt kost med en borger, mens der trænes korsbånd.

Som fælles kompetenceudvikling i sundhedscentret har der været afviklet kurser, hvor bl.a. den kognitive grundtanke blev præsenteret som fælles reference til brug i den svære samtale. Et andet tiltag var et fælles internatophold, hvor emnet var forskellige personlighedstyper, primadonnaledelse, de fire arketyper og vigtigheden af at kigge på personligheder (med de styrker og svagheder de indeholder), når man sammensætter et team.

På det ledelsesmæssige plan er man blevet god til at bruge hinanden som sparringspartner ved økonomiske udfordringer, det kunne fx være, om det er muligt at afholde et kursus for alle ansatte om et relevant emne, hvis hvert område bidrager med kursusmidler i en fælles kasse.

Ovenstående delkonklusion underbygges af udsagn fra interviewene

I *kronikerenheden* er der en stor faglighed og en bred vifte af forskellige kompetencer, som ikke altid kommer i spil i nuværende organisation. I starten var medarbejderne ikke

så optaget af egne opgaver, mere åbne, hvilket er snævret ind, jo mere specialiserede og konkrete opgaverne bliver. Området kører nok lidt eget løb lige nu, hvor der også er mange nye tiltag.

Medarbejderne er gode til at bruge hinandens kompetencer, at veksle mellem opgaverne og hjælpe hinanden. De oplever at have vældigt gode kompetencer i forhold til opgaverne, men er opmærksomme på, at man vel altid kan blive bedre, og de vil gerne hen ad vejen have mere uddannelse inden for området, fx noget om motivation. Kompetencemæssigt supplerer personalet hinanden godt både fagligt og med idéer. Mange af rehabiliteringsforløbsholdene bliver afholdt med to fagpersoner, hvilket giver mulighed for sparring. Undertiden savnes der dog sparring med en person inden for egen faggruppe. Ved rehabiliteringsforløbsholdenes start var der en opgavefordeling, som gik ud på, at der skulle bruges specialesygeplejersker fra hjemmeplejen til undervisning i sygdomme, og at samarbejdet med hospitalerne i øvrigt var rigtig vigtigt. En medarbejder udtaler, at hvis en af medarbejderne blev opkvalificeret til at varetage denne funktion, ville det blive nemmere at planlægge rehabiliteringsforløbene. Som det fungerer nu, kan der på de blandede hold komme en sygeplejerske fra hhv. hjerte-, KOL- og diabetesområdet, så hele holdet hører om alle tre sygdomme. Synes måske ikke, at den fagspecifikke del er det vigtigste, men i stedet at fokusere på: "Hvordan kommer jeg bedst muligt videre i mit liv?"

Medarbejderne har deltaget i kurser/undervisningsdage bl.a. om den motiverende samtale, stress og depression og én person har gennemgået vægtstoprådgiveruddannelsen, hvor meget kan overføres til kronikerne.

Endvidere har medarbejderne deltaget i lærings- og mestringsuddannelse, svarende til fire gange to kursusdage mhp. at tilføre sundhedspædagogiske kompetencer til brug i den afklarende samtale og til afvikling af rehabiliteringsforløb for kronikere. Medarbejdernes kompetencer anvendes også til at uddanne de erfarne patienter (aktuelt i alt 6–7 personer), som også er med på de to sidste moduler i lærings- mestringsuddannelsen. Fremkommer der ønsker og behov fra borgerne, hvor medarbejdernes kompetencer ikke rækker, fx psykiske problemer, opfordres borgerne til at tage kontakt til psykolog. Oplever man på et rehabiliteringsforløb, at der er et generelt behov for at tale om misbrug på et hold, kontaktes misbrugscentret, der efterfølgende laver en aftale. Samtidig opfordres borgerne mere og mere til at indgå i selvhjælpsgrupper, frivillighuse eller ældrecentre.

I *misbrugscentret* oplever medarbejderne, at de har kompetencer til de opgaver de varetager, til trods for at personalet er sammensat af forskellige faggrupper (pædagog, sygeplejerske, socialrådgiver), og hvor kendskab til misbrugsbehandling ikke er et krav ved

ansættelsen. For at kunne indgå i behandlerarbejdet, er det et krav at medarbejderne har en socialfaglig baggrund. Alle medarbejdere får en kognitiv uddannelse og har mulighed for at udvikle nye kompetencer inden for interesseområder, fx akupunktur. Endvidere kan der trækkes på kompetencer fra læge, der er tilknyttet et par timer hver uge, primært til at varetage substitutionsbehandlingen.

Medarbejderne er gode til lige at stikke hovedet ind hos kolleger, når der er vanskelige sager, så man ikke går alene med det. Der opleves en høj kollegial faglighed og en høj tværfaglighed. Det er altid muligt at finde en kollega i huset, læge, terapeut eller andre, hvis der er brug for at drøfte et problem.

Samarbejdet med kollegerne i Sundhedscenter Vest opleves som positivt. Der arbejdes en del sammen med de tre udviklingskonsulenter og med medarbejdere i kronikerenheden, hvis fx en misbruger tillige har en kronisk sygdom. Ligeledes er der et godt samarbejde med terapeuterne i efterbehandlingen af klienterne, hvor de tager sig af den kropslige del mhp. at klienten skal lære at mærke sig selv, og samtidig fastholdes klientens kontakt til sundhedscentret. Henvendelser går også den anden vej, hvor personale i andre områder kontakter misbrugscentret, hvis de oplever misbrugsproblemer hos en borger. Lægerne ved også, hvor misbrugscentret er, og henvisningsvejen bliver dermed kortere.

Medarbejderne bruger også deres kompetencer i samarbejdet omkring forebyggelsesprojekter med forebyggelseskonsulenterne, møder med psykiatri og handicap, og indgår i "team for misbrug og psykiatri", hvor psykiatrisk sygeplejerske er bindeleddet og sparingspartner.

I *træningsenheden* er der blandt medarbejderne ligeledes enighed om, at kompetencerne kan dække opgaverne, og at de er gode til at bruge hinanden og trække på hinandens kompetencer. Fra ledelsen er der stor åbenhed for deltagelse i relevante kurser, som rigtig mange terapeuter benytter sig af.

Generelt er personalet blevet meget bedre til at trække på hinandens kompetencer på tværs af områderne og dermed samarbejde omkring borgerne. Man er gået fra "hvad laver terapeuterne" til fx "kunne træning i naturen være godt for efterbehandlingen af unge stofmisbrugere?". Også i samarbejdet med kronikerenheden er man blevet bedre til at tænke hinanden ind.

Medarbejderne oplever, at de er gode til at bruge hinandens kompetencer internt og i egen faggruppe.

Under mine observationer oplevede jeg, hvordan fysioterapeuterne var gode til at bruge hinanden. Et eksempel var, at en terapeut ringede til en kollega og fortalte, at hun stod ved en borger med svære psykiske problemer, hvor hustruen sagde, at det bare var en dårlig dag. Terapeuten vidste ikke, om hun bare skulle acceptere dette, da hun vurderede at borgerens tilstand var kritisk, og at der evt. skulle tages initiativ til andre foranstaltninger. Jeg oplevede en ro og lydhørhed fra den kollega, der blev kontaktet.

Et andet eksempel på samarbejde er med en borger, der var i et træningsforløb med faste datoer og tidspunkter. Borgeren havde brug for at ændre et tidspunkt, hvilket straks blev foranstaltet af fysioterapeuten uden at inddrage andre fx en sekretær. Her tænker jeg, at udover at terapeuten viste fleksibilitet i planlægningen af opgaver, viste hun også det hensyn ikke at involvere andre personer (her sekretær), hvilket samtidig bevirker at borgeren undgår at få flere kontakter.

Andre eksempler på et godt og givende samarbejde er, hvor ergoterapeuter arbejder med specielle opgaver, fx på det neurologiske område, hvor lederen indgår i et neuroteam. Endvidere i samarbejde med hjemmeplejen omkring en borger og deres pårørende og med jobcentre, hvor mange af borgerne er tilknyttet arbejdsmarkedet.

I *kræftrehabiliteringen* udtrykker koordinatoren, at hun er klædt på til de opgaver, der er, og med mulighed for at anvende sine kompetencer. Der er gode muligheder for at igangsætte nye ting og kort vej fra idé til handling. Ved opgaver ud over egne kompetencer inddrages andre fagpersoner. Det kunne være en opgave vedr. dagpengesager.

Det er koordinatoren, der som hovedregel afvikler de afklarende samtaler med alle, og inden borgeren starter træning, har en af de to fysioterapeuter, der er tilknyttet kræftrehabiliteringen, ligeledes en samtale med borgeren. Koordinatoren vurderer, at der ikke skal ret mange fagpersoner på området, af risiko for at borgerne så ikke på samme måde lukker op for deres problemer. Hvis en borger først skal snakke med én behandler til afklarende samtale, én til fysiske øvelser og én til beskæftigelse, så forsvinder helheden! Ved den afklarende samtale, er det muligt at tage hul på noget, der kan følges op på senere, man lærer borgeren at kende gennem rehabiliteringsforløbet og kan på den måde følge med og kontakte en borger, man ikke har set i lang tid.

Det, at man kender hinanden i sundhedscentret, betyder, at man bliver bedre til at samarbejde. Det kunne være en medarbejder fra misbrugscentret, der siger: Jeg har kendskab til en person med kræft, eller har en ægtefælle, der har kræft, som det ville være fint, du bliver involveret i, eller det kunne være en fysioterapeut, der siger: Må jeg sige til en borger, der har en ægtefælle med kræft, at de kan ringe til dig?

Eksternt samarbejde

I det forudgående afsnit er samarbejdet internt i Sundhedscenter Vest omtalt, men det er også vigtigt at være opmærksom på det samarbejde, der foregår uden for sundhedscentret.

Her præsenteres kort nogle af de samarbejdsrelationer, som går ud fra sundhedscentret. Disse dækker dog ikke alle områder/opgaver. Generelt er oplevelsen, at det eksterne samarbejde bliver stadigt nemmere, når man efterhånden ved, hvem man skal ringe til, måske kan sætte et ansigt på personen og ved, hvor de er placeret rent fysisk.

Der foregår samarbejde med:

- forskellige skoler, arbejdspladser og institutioner og med SSP (skole, social, politi) ved faste månedlige møder.
- sagsbehandlere i beskæftigelsesafdelingen, hvor der efterhånden er etableret god kontakt med de større arbejdspladser, og hvor der stadig kommer nye til.
- børne- og familieafdelingen, distriktpsykiatrien, psykiatri og handicap, læger, jobcentre, rådgivningscentre osv.
- sygehusene med fx ortopædiske læger, som bl.a. er dem der visiterer til genoptræning. De skal jo gerne have tillid til, at man gør det godt nok på sundhedscentret.
- praktiserende læger, hvor samarbejdet opleves positivt, når det handler om den enkelte borger. Lægerne er dog ikke så gode til at henvise patienter til sundhedscentret.

Under min observationsperiode havde jeg mulighed for at deltage i det årlige møde mellem Sundhedscentret og praktiserende læger i Ringkøbing-Skjern Kommune. Der var et meget stort fremmøde og blev udvist en stor interesse for sundhedscentret og det arbejde, der udføres der. Efter mødet udtalte en læge: Sundhedscentret yder en stor og kompetent indsats. De udfører mange opgaver og indsatser, som kan mærkes i praksis. Det er rart at vide, at der er nogle der tager vare på alle de mangeartede opgaver. Sundhedscentrets ledelse og personale er bare så dygtige.

- de frivillige i Kræftens Bekæmpelse og med fagpersoner, hvor en rådgiver fra Viborg afholder mindfulness-øvelser og deltager i caféarrangementer.
- foreninger og patientforeninger generelt.

Endnu et eksempel på sundhedscentrets mange forskellige samarbejdsrelationer er møder med styregruppen for depression og angst. Ved møderne, som afvikles 2-3 gange år-

ligt, planlægges bl.a. kommende arrangementer med emneforslag som: I psykiatriens tegn, unge med depression, bedre psykiatri.

Udfordringer

Der er ingen tvivl om, at der er mange kompetencer samlet i Sundhedscenter Vest, såvel faglige som personlige. Der er kommet større opmærksomhed på at udnytte hinandens kompetencer, hvilket givetvis kan udbygges.

Som eksempler på udnyttelse/forslag til bedre udnyttelse af kompetencerne på tværs af områderne kan nævnes:

Medarbejderne i kronikerenheden giver udtryk for, at de under den afklarende samtale kunne spørge mere ind til alkoholproblemer og dermed øge opmærksomheden på at spotte misbrugsproblemer. På den måde kunne man bruge kompetencerne hos medarbejderne i misbrugscentret noget mere. Man kunne også blive bedre til at bruge deres kompetencer vedr. den kognitive tilgang, hvor man indtil nu kun har inddraget dem få gange. Det opleves som en styrke, at misbrugscentret er placeret i sundhedscentret, så der er mulighed for mange "på tværsopgaver".

Medarbejderne udtrykker også, at man i områderne kunne blive lidt bedre til at formidle og bruge hinandens kompetencer. Som eksempler på dette nævnes, at Kronikerenheden bl.a. kunne orientere, om hvorvidt rehabiliteringsforløbene har nogen virkning. Ligeledes kunne man i træningsenheden få lidt mere input fra misbrugscentret: "Hvad gør vi når vi møder en borger, som vi mistænker for misbrug?" "Skal vi nægte dem træning?" "Er der noget, vi kan tilbyde dem?"

Anvendelsen af kompetencer på tværs af kronikerenheden og kræftrehabiliteringen er for nuværende meget sparsom og kunne med fordel optimeres. Som en mulig årsag peges der på kræftrehabiliterings fysiske placering i kælderetagen.

Den fysiske placering med fælles kontorplads med andre faggrupper har for nogle medarbejdere vist at have en fremmede effekt på såvel kompetenceudvikling som samarbejdet. Denne idé kunne evt. afprøves bredere i organisationen.

Nogle oplever at have kompetencer som specialist, og ikke have mulighed for at anvende dem, kan være frustrerende, fx at have en stor viden om træning i forhold til KOL-patienter, og så ikke blive inddraget i planlægning eller udførelse af opgaver.

Inspireret af ovenstående kunne man opfordre til at se på, hvad sundhedscentret har/skal have af opgaver, og hvilke faglige og personlige kompetencer der er i sundhedscentret, og dermed om der evt. skal tilføjes yderligere kompetencer for at varetage opgaverne. På den måde vil der være mulighed for at udnytte kompetencerne mere bredt end nu, hvor de hovedsagelig er tilknyttet de enkelte områder.

En anden indfaldsvinkel til opgaver kunne være den afklarende samtale med afdækning af borgerens behov for rehabilitering. På baggrund heraf kunne man vurdere, om der findes de nødvendige kompetencer i sundhedscentret, eller om personalet skal have tilføjet kompetencer, om opgaverne ligger uden for sundhedscentret, og borgeren dermed skal viderehenvises, eller om der skal hentes eksterne kompetencer ind i sundhedscentret til specifikke opgaver.

Endelig er der sårbarheden ift. kompetencer, hvis opgaver, rehabiliteringsforløb og kontakt til borger hviler på én person, som fx i kræftrehabiliteringen. Der er ingen tvivl om, at for borgeren er det bedst ikke at møde for mange personer, men ved god information om rehabiliteringsforløbet og om hvem der varetager hvilke opgaver, kan flere fagpersoner indgå, og sårbarheden dermed mindskes. Dette vil også give muligheder for faglige diskussioner og dermed et kompetenceløft.

Når man ser samlet på alle de kompetencer og samarbejdsrelationer, der eksisterer, er det en udfordring at udnytte disse endnu bredere, både i og uden for organisationen.

Ovenstående udfordringer underbygges af udsagn fra interviewene

Det kan være forslag/ønske om:

- At organisere sundhedsfremme og forebyggelse lidt anderledes, så man ikke kun fordyber sig i eget felt og glemmer at bruge hinandens kompetencer.
- At være opmærksomme på at blive bedre til at tænke hinanden ind og anvende hinandens ressourcer og kompetencer på tværs af kronikerenheden s sundhedsfremme og forebyggelse i stedet for at købe dem eksternt.
- At medtænke andre faggrupper med en socialpædagogisk tilgang, sygeplejersker, socialrådgivere til indgå i et udvidet rehabiliteringstilbud for hjerneskadede, hvor en borger efter endt genoptræning kan komme i rehabiliteringstilbud et til to år efter hjerneskadens opståen.
- At opdele kræftrehabiliteringstilbud til hhv. borgere der er i beskæftigelse, og borgere uden for beskæftigelse, hvor der til den sidste gruppe kommer stadig flere borgere, heriblandt mange ældre. Man kunne tænke et samarbejde med den

fysioterapeut, der sidder på seniorcentrene, om at udføre træningen og at indgå i caféarrangementer.

- At udvide kompetencerne i misbrugscentret til at omfatte flere psykiatrifaglige personer. Der er mange klienter, der bruger selvmedicinering, med en alvorlig baggrund bag ved, hvor det ville være godt med psykiatrifaglige personer til en udredning. Denne kompetence skal være supplerende og ikke en erstatning for den lægefaglige konsulent, der varetager somatik/medicinering.
- At optimere samarbejdet internt med kræftområdet, der med både opgaver og ressourcer kunne integreres i kronikerområdet, så disse sidestilles.
- At arbejde videre på en idé om et netværk for kræftkoordinatorer i regionalt eller nationalt regi.
- At optimere samarbejdet med jobcentre, da mange borgere, der kommer i sundhedscentret, er tilknyttet arbejdsmarkedet og evt. har brug for ændrede vilkår.
- At overveje at tilknytte en diætist og en pilatetræner til sundhedscentret (et tilbud der aktuelt kun er i Ringkøbing).
- At tilføre kompetencer til kommunen med heraf følgende mulighed for at kunne henvise yngre kræftramte. Tillige savnes sorggrupper for børn, fx styret af sundhedsplejersker. Der mangler rigtig meget et tilbud til børn med syge forældre, hvor Kræftens bekæmpelse har gode tilbud i Herning, men der er langt, hvis man bor i Hvide Sande. Det kunne også tænkes som en udad kørende funktion fra Herning.
- At øge samarbejdet med sygehusene, for at få kontakt med alle kræftsyrge borgere i kommunen. Alle bør tilbydes at blive kontaktet af kræftkoordinatoren, et tilbud de kan vælge til eller fra. Mange kommer hjem til kaos af forskellige slags, hvorfor det er godt at have en tidlig kontakt. Realiseres et sådant forslag, skal der nok tilføres yderligere kompetencer til sundhedscentrets kræftrehabilitering eller satses på mere tværfagligt samarbejde.
- At sikre deltagelse i møder på hjemmeplejeområder/plejecentre, dels for at få en personlig kontakt med samarbejdspartnerne, dels en gensidig videndeling vedr. indsatser/rehabilitering til borgere med komplekse problemstillinger.
- At få et mere formelt samarbejde med sagsbehandlerne. Få tilknyttet en sagsbehandler til hvert af specialerne i træningsenheden, mhp. at få større indsigt i områderne. Det kan dog være en ressourcetung og sårbar idé, men måske kunne gode erfaringer/resultater overføres fra igangværende projekt MOVE (en sammentrækning af Motion og Vejledning, og som også skal forstås i overført betydning. Altså at det drejer sig om at flytte sig fra et punkt/niveau i sit liv til et andet), hvor der er tæt samarbejde mellem sagsbehandler og terapeut om de langtidssygemeldte borgere, der indgår i projektet.

- At etablere og deltage i møder vedr. borgere med komplekse problemer, specielt borgere i jobafklaring, hvor alle samarbejdspartnere skulle deltage. Det ville virke fremmende for samarbejdet og processen, at man kender til hinanden og hinandens arbejdsområder.
- At optimere samarbejdet med neuropsykolog som sparring til den mere pædagogisk-psykologiske og kognitive del hos patienter, der indgår i rehabiliteringsforløb for voksne med erhvervet hjerneskade.
- At afholde internatkursus for alle medarbejdere én gang årligt for at styrke både fagligheden og det sociale fællesskab.
- At arbejde med den udfordring det er, at få specialist- og generalistfunktionerne til at nå sammen. Herunder ses et eksempel i forhold til ældreområdet, præsenteret på et netværksmøde med ledere i vestklyngen og regionen.

Ved at de trænende terapeuter på Sundhedscenter Vest både varetager genoptræning efter Sundhedsloven og Serviceloven og ved at de trænende terapeuter alle er opdelt i specialer og geografiske områder, betyder det, at den specialiserede viden når ud i yderste led også til beboerne på plejehjemmene. Vi har den force, at kan bruge hinanden meget bredt uden at skele til om borgeren er henvist på den ene eller den anden paragraf. Har vi eks. en træningsopgave som kræver specialviden inden for håndkirurgi, så er det den medarbejder, der besidder den viden, der løser opgaven. Det betyder, at der ikke er de her hardcore grænser mellem to budgetter (Sundhedsloven og Serviceloven), hvor man kan skubbe bolden frem og tilbage. Den har vi ikke. (leder af træningsenheden)

- Kronikerenheden har i nogle år haft deres egen lille niche med dygtige medarbejdere, men fremover foreslås at tænke kræftrehabiliteringen mere ind.

I princippet laver vi det samme alle sammen med vores specifikke kasketter på. Vi har nogle afklarende samtaler med borgeren, laver forløb osv., om det er ældre, rygere, kronikere eller alkoholikere er vel i princippet næsten det samme. Jeg ved godt, at der er forskellige metoder, men det kan vi godt finde ud af. Vi kan så udnytte hinandens kompetencer, som vi lige nu ikke er så gode til – en travl organisation. Hele sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet kunne gøres lidt stærkere. (koordinator af kronikerenheden)

7.4 Videndeling

Delkonklusion

Fra det tidligere afsnit omhandlende kompetencer kan der trækkes paralleller fra det at gøre brug af hinandens kompetencer til videndeling. I dette afsnit beskrives, hvor der foregår videndeling fra en person til en anden eller flere, herunder også formidling af nyheder, idéer m.m.

Gennem databearbejdningen fremkommer en generel stor tilfredshed med graden og hyppigheden af formidling. Samtidig er der et ønske om større fokus på at optimere og videreformidle viden, såvel blandt egne faggrupper, i egne områder og/eller på tværs af områder – afhængigt af temaer.

Inden for ledergruppen, herunder også koordinatorene, afholdes der månedlige udviklingsmøder af halvanden times varighed. Indholdet kan være: Udviklingspunkter, projekter, idéer til fokusområder, formidling af nyt.

Videndelingen i de forskellige områder i sundhedscentret er organiseret forskelligt. Træningsenheden har en velfungerende ordning med en kursusgruppe, der følger med i relevante kursustilbud og fordeler tilbud blandt medarbejderne, så alle får mulighed for at komme med på relevante kurser. Efter kurser er der tradition for, at formidle/dele viden med de andre. På den måde bliver det kendt, hvor der kan hentes ny viden blandt kollegerne. I misbrugscentret er der videndeling ved visitationsmøderne hver 14. dag, hvor lederen af sundhedscentret deltager én gang om måneden, og i sundhedsfremme- og forebyggelsesgruppen starter man videndeling én gang om måneden fra efteråret. Forskeligheden i områderne betyder, at meget viden bliver på områdeplan og ikke formidles bredere i organisationen.

Som skriftlig videndeling eller formidling af nye tiltag, nyheder, idéer, m.m. udfærdiger lederen af sundhedscentret interne nyhedsbreve to gange om året. Der udsendes ekstra nyhedsbrev ad hoc, fx ved nye tiltag og særlige informationer. Personalet opfordres generelt til selv at søge nyheder og formidle til kolleger.

Fra sundhedscentret er man opmærksomme på at få spredt viden til samarbejdspartnere, fx hjemmeplejen, hvor en opgave er kompetenceudvikling af hjemmeplejens personale inden for sundhedsfremme og forebyggelse, en opgave der er defineret under ældrepolitikken og sundhedspolitikken.

Andre eksempler på videndeling er afvikling af kursusforløb omhandlende sundhed for udviklingshæmmede samt undervisning på produktionsskole om sundhed generelt, evt. udvidet med madlavning i køkkenet på sundhedscentret.

Aktuelt har der overordnet i Sundheds- og Omsorgsafdelingen været afviklet nogle kulturelle arrangementer, hvor den enkelte medarbejder kunne deltage og bidrage med at "betale" halvdelen af tiden. Desværre ligger det sent på eftermiddagen og folk skal bruge fritiden på det, hvilket medfører at tilgangen ikke har været så stor som ønskelig.

Ovenstående delkonklusion underbygges af udsagn fra interviewene

Der udsendes interne nyhedsbreve et par gange om året. Hovedparten af de ansatte synes, at den nuværende information er tilstrækkelig, hvorimod andre mangler information.

I kronikerenheden blev der tidligere afholdt møder hver mandag, hvor medarbejderne efterfølgende fik referat og dermed en løbende og tæt orientering, som mange var rigtig glade for. Nu afholdes der møde én gang om måneden, hvor også koordinatoren for kræftrehabilitering deltager. Hver anden gang deltager lederen af sundhedscentret. Personalet i kronikerenheden mødes med personalet i træningsenheden hvert halve år for at sikre, at så mange som muligt informeres om nye tiltag. Der foregår tillige halvårslige netværksmøder med deltagelse af hjemmesygeplejersker, specialsygeplejersker inden for KOL og diabetes. En gang om året inviteres læger og sygeplejersker til informationsmøder.

I misbrugscentret mødes medarbejderne fra afdelingerne i Tarm og Ringkøbing hver tirsdag til visitationsmøde i Tarm.

Medarbejderne oplever en fin overordnet information om nye tiltag m.m., men en af medarbejderne efterlyser lidt mere information, når der sker noget i personalegruppen, fx hvis en kollega har en længere sygdomsperiode. Man er dog opmærksom på, at det er en balancegang med hensyntagen til omsorg og respekt for den enkelte medarbejder. En anden medarbejder oplever, at ledelsen forvalter sådanne situationer med stor respekt.

I træningsenheden føler medarbejderne sig velinformerede gennem møder med leder hver 14. dag, hvor der hver anden gang udveksles viden, og hvor de øvrige møder er mere åbne med generel information, idéudveksling, nye tiltag m.m. Tidligere var det en gang om måneden, og det viste sig at være for sjældent. Terapeuterne i Ringkøbing føler sig tilfredse med den information, de får fra lederen på det ugentlige halvtimes møde.

Mht. nyhedsformidling udtaler en medarbejder, at hun kunne holde sig bedre ajour ved at kigge på sundhedscentrets hjemmeside og se, hvilke tilbud der tilbydes – det som borgerne opfordres til at gøre.

Af decentrale møder, hvor kun nogle af terapeuterne deltager med formidling af specifik viden, kan nævnes hjemmeplejeområderne, hvor der afholdes møder ca. hver anden måned. Sådanne møder opleves som bedre til formidling, diskussion og afklaringer m.m., end hvis det foregik via mail og telefon.

Når en borger er afsluttet i træningsenheden, formidles oplysninger om borgeren som en slutrapport til egen læge. Jobcentrene efterlyser ofte information om, hvor længe borgeren skal være sygemeldt, og om borgerens arbejdsevne. Denne information skal indhentes fra egen læge og ikke fra terapeuterne. Terapeuterne udarbejder en objektiv vurdering, der beskriver det rehabiliteringsforløb, en borger har været igennem samt en sluttest, men vurderer ikke sygemeldinger eller arbejdsevne.

Udfordringer

Den måde man i træningsenheden har etableret sig på, med et udvalg der holder sig ajour med aktuelle og relevante kurser samt fordelingen af kurser blandt personalet og den efterfølgende formidling af opsamlet viden, kunne med fordel kopieres til de andre områder og/eller til hele sundhedscentret samlet, afhængig af emnet.

Mødeaktiviteten bør gennemgås med fokus på deltagelse og indhold mhp. at optimere viden og formidling. Samtidig kunne man vurdere, om der er overflødig mødeaktivitet og formidling ved at se på de enkelte områder og se, om noget kunne samles til generel information, diskussion, erfaringsudveksling og videndeling, således at andre på sundhedscentret kunne drage nytte af disse erfaringer, denne viden.

Ovenstående udfordringer underbygges af udsagn fra interviewene

Det kan være forslag/ønske om:

- At etablere et forum, hvor alle der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse mødes til udveksling af erfaringer og viden på tværs af områder og faggrænser.
- At være opmærksom på tætte informationer, fx en kort mail om hvornår noget nyt starter, hvem der starter det, hvor det foregår, hvem det er for og hvor lang tid det varer.
- At formidle hvis nogle har været på kursus og omkursets indhold, så andre har mulighed for at indhente yderligere oplysninger. På den måde synliggøres det, hvor ressourcepersonerne er.

7.5 Dokumentation

Delkonklusion

I denne evaluering afspejler svarene spørgsmålene fra interviewguiden. Der er ikke foretaget yderligere opsøgende arbejde for at se, hvilke retningslinjer e.l. der forefindes og anvendes, ligesom der ikke er spurgt yderligere ind til metoder, fx sundhedspædagogiske principper. For en god ordens skyld skal nævnes, at personalet er bekendt med en del af de anbefalende metoder og anvender standarder m.m. i den daglige praksis. Gennem interviewene tegner der sig en generel usikkerhed og en lidt undvigende besvarelse, når der spørges ind til, hvad der bruges af retningslinjer og kvalitetsstandarder. Det er fx indtrykket, at der mangler en overordnet introduktion, information og måske beslutning om, hvilke metoder, standarder m.m., der skal anvendes ved afdækning og dokumentation af rehabiliteringsbehov og indsatser.

Ovenstående delkonklusion underbygges af udsagn fra interviewene

Sundhedsaftalen, og dermed den regionale og kommunale sundhedsaftale, har betydning for arbejdet i sundhedscentret. Den omhandler kronikerområdet, og snart kommer også kræftområdet til og senere flere områder som fx depression. Sundhedsaftalen opleves som en struktur med et råderum til, hvordan opgaver kan løses. Aftalen betyder en større styring end tidligere, men samtidig som værende gavnlige, når der tales evidens og effekt af indsats. Aftalen er også anvendelig i samarbejdet med regionen og de praktiserende læger, når det skal klarlægges, hvem der er ansvarlig for hvilke opgaver. I samtale med politikere, kan de nationale retningslinjer også være gode at læne sig op ad.

I det daglige arbejde, læner man sig op ad de nationale retningslinjer inden for specialerne og ser, hvordan det kan implementeres i praksis. Endvidere tages udgangspunkt i vejledninger og restriktioner fra sygehusene samt kommunale beslutninger. De nationale retningslinjer er anvendelige på den måde, at alle overordnet arbejder ud fra den samme viden og de samme rammer, hvor også forebyggelsespakkerne giver mulighed for at arbejde mere evidensbaseret i praksis. Nationale forløbsprogrammer er det overordnet styrende. Med dem som udgangspunkt er der udarbejdet retningslinjer og anvendelige redskaber med rammer og relevante emner.

I kronikerenheden udarbejdes retningslinjer til brug ved ensretning og standardisering af rehabiliteringsforløbene, fx den afklarende samtale.

I misbrugscentret anvendes nationale redskaber i forbindelse med afklarende forløb (Addictive Service Index) og skemaer til indberetning til Sundhedsstyrelsen. Som eksempel skalerer både medarbejder og borger graden af problemerne, hvor borgerens vurdering

af, hvad de synes er det største problem, danner udgangspunkt i en "problemliste", som udarbejdes i samarbejde med en fagperson og anvendes i det videre forløb.

Inden for forebyggende hjemmebesøg forefindes en håndbog med anbefalinger. Samtalerne styres af, hvad borgeren har lyst til at fortælle om behov og ønsker, der efterfølgende skrives som et notat, der gemmes i omsorgssystemet. Viser det sig, at en borger har behov for hjælp, beder forebyggelseskonsulenten borgeren henvende sig til visitator.

Udfordringer

Der findes givetvis både overordnet i sundhedscentret og i de forskellige områder anbefalinger, retningslinjer o.l., som bare ikke er kendt af alle, og dermed ikke bliver anvendt som planlagt og forventet.

Et forslag kunne være at kortlægge sundhedscentrets og de enkelte områders introduktions-/standardmapper og se, hvad der egentlig eksisterer af materiale og vurdere, om det er optimalt, om det er den seneste og nyeste viden, der anvendes, om det er dækkende for det, der skal undersøges og dokumenteres, om der er overlap i de metoder, der anvendes, og om de er anvendelige på tværs af faggrupper/sektorer.

Ovenstående udfordringer underbygges af udsagn fra interviewene

Det kan være forslag/ønske om:

- At nationale retningslinjer, sundhedsaftale, forløbspakker og begreber som evidens og effekt af indsats ikke bliver isolerede begreber, men at de uddybes og kobles til anvendelse i praksis.
- At arbejde på at udvikle fælles sprog til anvendelse på tværs af faggrupper og områder.

8. Diskussion

Fordele og ulemper ved et sundhedscenter kan diskuteres.

I dette afsnit vil Sundhedscenter Vest, dets organisation samt de udfordringer, der er præsenteret i resultatafsnittet, blive diskuteret i forhold til relevant litteratur. Hvor udfordringer, der præsenteres under de enkelte budskaber, er sammenfaldende, vil de også blive diskuteret samlet.

Flere kommuner har fravalgt at etablere sundhedscentre ud fra den antagelse, at det vil hindre en integration af opgaven i de kommunale forvaltninger. Andre kommuner har ment, at det kunne skabe en bedre sammenhæng mellem social- og sundhedsopgaver eller en mere entydig og synlig indgang for borgeren til kommunal rehabiliteringsindsats (11).

I en videreudvikling af Sundhedscenter Vest er det relevant at overveje, hvilken struktur og opgavevaretagelse sundhedscentret fremover skal have. Det er muligt at få inspiration til denne overvejelse fra de fire nedenstående områder, som KL peger på som opmærksomhedsområder mhp. videreførelse af sundhedscentre:

- Valg af indsatser i et sundhedscenter (bedre sammenhæng i den patientrettede rehabilitering, skabe et sundhedsfagligt miljø, hvor kunsten er, at dette miljø også samarbejder med øvrige sundhedsfaglige miljøer i kommunen fx hjemmesygeplejen, der også arbejder med patientrettet forebyggelse).
- Koble den individrettede del af den borgerrettede forebyggelse til et sundhedscenter, da flere af de ydelser, der leveres, ofte er de samme, om det er patient- eller borgerrettet forebyggelse. Udfordringen med at placere borgerrettede tilbud i et sundhedscenter er at sikre kontakten til alle borgere, fx også med udadgående funktioner for at nå borgere, der er mindre mobile, og ikke af sig selv opsøger støtte.
- Samlokalisere de kommunale indsatser med fx praktiserende læger og ambulante ydelser. Også lokalisere frivillige tilbud i sundhedscentret, hvor man dog skal være opmærksom på, at lokalefællesskab ikke i sig selv skaber et tættere samarbejde, men kan skabe mulighederne.
- Hvordan spiller sundhedscentre sammen med de øvrige dele i kommunen? Hvordan skaber man sammenhæng i forhold til de opgaver, der ikke er placeret i et sundhedscenter, fx hjemmesygepleje, jobcenter, socialforvaltningen? Dvs. hvordan fastholder man indsatserne, når borgeren har afsluttet sit forløb eller kontakten til sundhedscentret (11)?

Mange af de områder, der ovenstående peges på, stemmer godt overens med de tanker og idéer, der er fremkommet under interviewene med medarbejdere på Sundhedscenter Vest.

Vedr. 1. I sundhedscentret er man meget opmærksom på at skabe sammenhæng i den patientrettede forebyggelse, bl.a. ved at have en tæt kontakt til de praktiserende læger med jævnlige møder, hvor man har en gensidig formidling af kontaktformer, kommunikation samt videndeling. Af rapportens resultater fremgår uoverensstemmelse mellem få henvisninger fra praktiserende læger og den store interesse og anerkendelse de udtrykker for sundhedscentrets indsatser. Ligeledes er der opmærksomhed på til stadighed at have fokus på en god kontakt til samarbejdende afdelinger på sygehuse. Også i samarbejdet med kommunen er man opmærksom at skabe gode relationer til hjemmeplejen med information og videndeling. Disse gode initiativer skal man sørge for at bibeholde, ligesom man til stadighed skal være opmærksom på, om sammenhænge og samarbejde kan optimeres.

Vedr. 2. Det kan være vanskeligt at skelne mellem borger- og patientrettet forebyggelse. Det kan diskuteres, hvornår man er borger og hvornår patient, eller hvornår man går fra den ene kategori til den anden. En borgerrettet forebyggelse kan tolkes som primær forebyggelse, og en patientrettet forebyggelse som sekundær forebyggelse. En tidligere nævnt opdeling kunne også være kerneydelser (i sundhedscentret) og udadgående funktioner (uden for sundhedscentret) samt øvrige aktiviteter i form af mødevirksomhed samt deltagelse i eksterne fora.

I punktet står, at man skal være opmærksom på kontakten til alle borgere, og være opmærksom på at nå borgere, der er mindre mobile. Fokus kunne med fordel udvides til at omhandle borgere, der er resourcesvage af andre årsager, fx oplevelse af ensomhed og isolation samt psykisk svage.

I de udadgående funktioner er mange forebyggende borgerrettede tiltag til institutioner, skoler og arbejdspladser, men skal man nå den enkelte svage borger, vil det givetvis kræve flere ressourcer. Man kan drøfte, hvor ressourcerne skal komme/tages fra eller måske revurdere organisationen og se på, om det er en opgave der hører hjemme i sundhedscentret?

I den patientrettede forebyggelse er der fra sundhedscentrets medarbejdere stor opmærksomhed på den svage patient, en målgruppe der til stadighed er fokus på at rette indsatser imod.

Medtager man den patientrettede forebyggelse under dette punkt, fremgår det af Sundhedspolitikken, der er udarbejdet for Sundhed og Omsorg i Ringkøbing-Skjern Kommune, at indsatsen skal øges over for mennesker med kroniske sygdomme, herunder endnu to forløbsprogrammer for hhv. patienter med muskel-skelet- og kræftlidelser. Forventeligt tilføjes i de nærmeste år yderligere forløbsprogrammer for patienter med hhv. erhvervet hjerneskade og depression, hvilket vil medføre endnu flere opgaver til sundhedscentret. I sundhedspolitikken er også indskrevet målgrupper omhandlende: Trivsel generelt, motion, overvægtige, rygning m.m. Det er nødvendigt, at man fra politisk side beslutter, hvilke målgrupper og opgaver der skal prioriteres og fokuseres på i sundhedscentret, ikke kun næste år men i årene fremover så kvalificerede ressourcer og kompetencer kan følge opgaverne.

Ovenstående rejser de diskussioner, der kan fremkomme under spændingsfelterne i figur 2.

Hvad er det, der definerer opgaverne eller målgrupperne for sundhedscentret? Følger det pengene? Betyder tildeling af puljemidler, at der er en øget opmærksomhed på patienter med kroniske lidelser som KOL, type 2-diabetes eller hjertekarsygdomme? Eller ser man på, hvor sundhedscentrets faglighed ligger og tilpasser opgaverne derefter? Eller vil man prøve at rette fokus på de ressourcetsvage borgere og patienter?

Vedr. 3 og 4. En samlokalisering af indsatser med praktiserende læger og hospital med ydelser i sundhedscentret kunne blive aktuelt, hvis man vælger at se på, om sundhedscentret i sin nuværende form kunne udvides/ændres til at varetage flere funktioner, fx flere målgrupper, opgaver, behandlinger, ambulante funktioner, hvilket kunne føre til en ny type sundhedscenter.

Ser man på Sundhedscenter Vest med dets nuværende centrale opgaver (se kapitel 3 om typer af sundhedscentre), kunne det betegnes som et sundhedsfremmecenter (fokus på sundhedsfremme og forebyggelse for alle borgere), et genoptræningscenter (fokus på patienter før og efter sygehusindlæggelse), et kronikercenter (fokus på patienter med kroniske sygdomme og livsstilssygdomme, hvor livsstilssygdomme ikke indgår i Sundhedscenter Vests opgaver) samt et misbrugscenter. Aktuelt tilbydes rehabiliteringsforløb til borgere med kroniske sygdomme som KOL, diabetes samt til hjerte- og kræftsyge, hvor kommende eller planlagte rehabiliteringsforløb vil tilbydes til borgere med neurologiske sygdomme, muskel-skelet-lidelse samt depression.

Med Sundhedscenter Vests lokaliteter, et tidligere sygehus, kunne man tænke endnu mere visionært med ændring til et sundhedscentrum. Dette vil kunne rumme yderligere

målgrupper og opgaver så som forebyggelses- og rådgivningsklinikker samt senge- og døgnpladser. Vælger man dette, kræver det tilførsel af ressourcer og kompetencer fra relevante faggrupper som fx sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter (2).

Det er oplevelsen, at samarbejdet mellem sundhedscentret og frivillige organisationer og patientforeninger fungerer rigtig godt. Som eksempel kan nævnes, at der på sundhedscentret er mødelokaliteter, der står til disposition for frivillige og patientforeninger, med hvilke der også er et godt samarbejde omkring planlægning og afvikling af forskellige arrangementer.

Samarbejde med andre institutioner, centre, forvaltninger o.l. opleves ligeledes som vel-fungerende med opmærksomhed på at udvide og fremme samarbejdet i forbindelse med nye tiltag, hvor der er brug for kompetencer, som sundhedscentret ikke selv er i besiddelse af.

Ud over de ovenstående opmærksomhedsområder, kunne man i visioner for Sundhedscenter Vest ligeledes med fordel skele til de opmærksomhedspunkter, som rejses andetsteds i litteraturen (12). Heraf fremgår, at et sundhedscenter skal udgøre *det* faglige miljø inden for forebyggelse og sundhedsfremme, der kan arbejde på et evidensbaseret grundlag og bidrage til at sikre løbende og tværfaglig kvalificering af kommunens indsatser. Dette indebærer:

- Sundhedscentret er den organisatoriske ramme, der sikrer den praktiske koordinering af kommunens borgerrettede og patientrettede forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.
- Sundhedscentret skal være et anerkendt, kendt og nemt tilgængeligt sundhedstilbud for borgerne.
- Sundhedscentret skal samarbejde med det primære og sekundære sundhedsvæsen for at sikre sammenhængende behandlingsforløb. Det betyder, at det øvrige sundhedsvæsen skal have en klar opfattelse af, hvad sundhedscentret er, hvorledes arbejdsdelingen er, og hvorledes kommunikationen - herunder den it-baserede - fungerer.
- Sundhedscentret skal samarbejde med lokalområdet - idrætsforeninger, patient- og handicapforeninger, ældreorganisationer mv. om forebyggelse og sundhedsfremme.
- Sundhedscentret skal være samarbejdspartner med regionen, Sundhedsstyrelsen, forskningsinstitutioner o.l.

Det er mit indtryk, at man i Sundhedscenter Vest i høj grad lever op til ovenstående punkter, som man også fremover skal være opmærksom på at bibeholde, ændre eller optimere.

Når der tales om evidens, skal man, ud over at tage udgangspunkt i tilgængelige redskaber som retningslinjer og standarder, også se på, hvad der virker i praksis. På baggrund af anbefalede indsatser fra litteraturen anbefales det at se på, om det virker i egen praksis. Det skal dokumenteres, hvilke indsatser der virker og ikke virker. Der er fx ingen idé i at tilbyde kostvejledning, hvis der ikke er effekt af de råd og anbefalinger, der gives. Omvendt kan praksis pege på indsatser, der virker, fx om træning i naturen har effekt på bevægelse, kondition, sociale sammenhænge m.v. På den måde kan sundhedscentret være med til at fremme udvikling og forskning. Dette stemmer overens med § 194 i Sundhedsloven, hvoraf det fremgår, at regionerne har en selvstændig forskningsforpligtelse, som kan inddrages i rådgivningen til kommunerne, og at kommunerne skal medvirke til udviklings- og forskningsarbejdet på sundhedsområdet (13).

Af andre udfordringer fra resultatafsnittet, der kan rejses i diskussionen, er bl.a. sammensætning af patienter på de holdforløb, der afvikles for kroniske patienter. I sundhedscentret har man på baggrund af den afklarende samtale gode erfaringer med blandede diagnosegrupper og tilbud om rehabiliteringsforløb til den enkelte borger.

Dette er i overensstemmelse med, hvad der anbefales i en udgivelse fra Danske Regioner, der siger, at det overordnet er afgørende at tilpasse rehabiliteringstilbud mest muligt til den enkelte patients behov og ønsker. En mulighed er at gøre patientholdene så homogene som muligt. Differentiering af holdene efter fysiske og sociale evner har formodentlig en indvirkning på patienternes vedholdenhed i de forskellige tilbud. Også sygdommes kompleksitet er af betydning for, hvilke kompetencer der skal være til stede i et rehabiliteringstilbud (14).

Ser man på håndteringen af henvisninger i sundhedscentret, kunne proceduren med fordel optimeres. Dette er man i sundhedscentret selv opmærksom på og arbejder på at forbedre. For nuværende kan der gå op til 2-4 måneder fra den afklarende samtale til borgeren starter det rehabiliterende forløb.

På baggrund af en evaluering fra et andet sundhedscenter blev der ved forespørgsel om kursisternes tilfredshed peget specielt på tilfredsheden med modtagelsen første dag på sundhedscentret, den indledende samtale og den tildelte kontaktperson. Sundhedscentret arbejder med den anerkendende tilgang. Det essentielle i rehabiliteringsforløbet og udbyttet heraf er, at information og vejledning tilpasses den enkelte borgers behov og

motivation på et givet tidspunkt. Til måling af hvor parat – motiveret – borgeren er til at modtage konkret information og fortage ændringer af adfærd og vaner anvendes "forandrings hjul", før, under og efter et kursusforløb (svarende til rehabiliteringsforløb i Sundhedscenter Vest), hvor man vurderer, at visualiseringen kan hjælpe kursisten til "at komme op på hesten" igen. I en udviklingsproces kunne man fra Sundhedscenter Vest skele til udpluk fra rapporten fx: 1) Inden for to dage efter henvisning er modtaget fra praktiserende læge kontaktes borgeren telefonisk af en medarbejder fra sundhedscentret, der fremover er kontaktpersonen. Her aftales tid til første samtale, 2) For at give borgere i arbejde mulighed for at deltage på et kursus afholdes et hold om aftenen (15).

Af yderligere udfordringer fra resultatafsnittet kan nævnes: Optimering af samarbejdet med jobcentre, idet mange borgere, der kommer i sundhedscentret er tilknyttet arbejdsmarkedet. Det kunne gøres ved fx at etablere et mere formelt samarbejde med sagsbehandlere med tilknytning til hvert speciale i træningsenheden. Det at inddrage andre samarbejdspartnere forholder man sig til i en rapport: "Organisering og samspilsrelationer" omhandlende kræftrehabiliteringen i Aalborg, hvor man har evalueret betydningen af jobkonsulentens funktion og placering i organisationen. Her peges der på fordele ved at have jobkonsulenten fysisk placeret i centret, som får betydelig større viden om de pågældende sygdomsgrupper, hvilket kan resultere i en mere effektiv indsats i forhold til at få de syge tilbage på arbejdsmarkedet. Af ulemper ved at sidde i sundhedscentret kan nævnes: Tab af den tætte viden og føling med dagpengeområdet, som man får ved at sidde i et jobcenter samt det at have sundhedscentrets leder som daglig leder og jobcenterchefen som faglig leder på myndighedsdelen (16).

Siden oprettelse af sundhedscentrene i 2007 er flere under udvikling; der evalueres og sættes nye mål. Nedenstående er medtaget et par eksempler.

Fåborg-Midtfyn Kommune har et igangværende udviklingsprojekt (januar 2010 – januar 2013) med det mål at udvikle kommunens organisation til at kunne støtte den sårbare borger til øget egenomsorg og dermed evnen til og muligheden for at håndtere livet med kronisk sygdom. Kernen i projektet er at udvikle og afprøve en model for forløbskoordination for særligt sårbare borgere med kronisk sygdom på tværs af kommune og med almen praksis. Forløbskoordinationen fokuserer på at sætte borgerens oplevelse og fortælling i centrum, uafhængig af lov og paragraffer, hvilket gerne skulle betyde, at borgeren og kommunen anvender ressourcerne mest effektivt. For borgerens vedkommende undgås en forgæves søgen rundt i systemet efter noget han/hun ikke rigtig ved, hvad er, og for kommunen betyder det, at kontakten til færre personer er lig med færre ressourcer (17).

Et andet eksempel er Gladsaxe Kommune, der har sat et mål, der går på tværs af kommunens forvaltninger. Dette indebærer bl.a., at uanset hvilken forvaltning borgeren henvender sig til for første gang, skal der fra første møde med kommunen tænkes på tværs af forvaltningerne. Når borgerens sag involverer mere end én forvaltning, tildeles borgeren automatisk en koordinerede sagsbehandler. Denne skal have til opgave at sikre et sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af forvaltningerne, hvor borgeren løbende inddrages (18).

Ud over igangværende evalueringer af sundhedscentre, er der stadig debat om deres organisering, funktion, formål og visioner m.v.

KL skitserer i rapporten "Det nære sundhedsvæsen" strategi for etableringen af et stærkt og nært sundhedsvæsen. Visionerne er at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor kommunerne på tværs af forvaltninger og sammen med almen praksis arbejder på at give danskerne et sundere og længere liv, som leves aktivt og produktivt uden sygdom og begrænset funktionsevne. De kommunale opgaver er brede, strækkende sig fra den borgerrettede forebyggelse til palliation. Herimellem ligger den patientrettede indsats til de stadig flere borgere med kroniske sygdomme, flere ældre og den samtidigt tidligere udskrivelse fra sygehusene. Blandt anbefalingerne peges der på, at der må foretages en omlægning af finansieringsmodellen på sundhedsområdet, der tilskynder at forebygge frem for ensidigt at fokusere på at belønne højere aktivitet på sygehusene (19).

Denne problematik præsenteres ligeledes i et indlæg i Ugeskrift for Læger, hvor der reageres på, at regeringen lægger op til en opgaveflytning fra kommuner til regioner, især på sundhedsområdet. PLO og kommunerne opfordrer til at investere mere i "det nære sundhedsvæsen" og kritiserer Christiansborg-politikere for gennem 10 år at have brugt "stort set alle ressourcer i sundhedsvæsenet på at centralisere strukturen på sygehusene og udbygge kapaciteten i den højt specialiserede behandling". Samtidig bebudede regeringen at kaste et kritisk lys på kvaliteten af kommunernes opgaveløsning mhp. at belyse, om opgaverne er placeret rigtigt. Er der opgaver, hvor det er uklart, hvem der har ansvaret for hvad?

PLO og KL peger på fire områder, som de mener, bør prioriteres:

- Det stigende antal kronikere i de kommende år
- De ældre medicinske patienter
- Nye sundhedssygehuse
- Projekter for de sundhedsmæssigt mest udsatte grupper.

Her fem år efter kommunalreformen vil regeringen foretage en evaluering af kommunalreformen og den nuværende arbejdsdeling mellem kommuner, regioner og stat. Det skal bl.a. ske med fokus på sundhedsområdet, det specialiserede socialområde, miljøområdet og den regionale udvikling. Et af fokusområderne er: Evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet (20).

Der kommer stadig mange idéer og forslag til forskellige ændringer og tiltag for sundhedscentret i tiden fremover. Indtil videre er der i denne rapports diskussion kun medtaget synspunkter fra fagpersoner og embedsmænd. Til slut præsenteres relevante uddrag fra en nylig udkommet rapport: Patienternes perspektiv på kronisk sygdom – oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland (21).

Besvarelsene baserer sig på hvordan 4174 patienter med kronisk sygdomme, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), type 2-diabetes eller akut koronart syndrom (AKS), vurderer indsatserne i forløbsprogrammerne. Inkluderede patienter er repræsenteret fra fem forskellige klynger hhv. vest, Viborg, Horsens, Randers og Aarhus, og er således ikke kun patienter, der indgår i målgruppen for Sundhedscenter Vest.

Her nævnes fra rapporten blot få besvarelser og anbefalinger, hvor nogle måske allerede er effektueret i Sundhedscenter Vest, mens andre kan inspirere til det fremtidige udviklingsarbejde. For yderligere oplysninger henvises til rapporten. De anbefalinger, der nævnes er rettet mod kommuner og evt. andre aktører.

Under temaet "Sammenhæng i din behandling" er blandt anbefalingerne, der bl.a. er rettet mod kommunen:

- Øget gennemsigtighed for den plan, der er lagt for patienten. Mange ved ikke, at en sådan findes. Ved i højere grad at involvere patienten i udarbejdelse af planen, vil patienten bedre forstå indholdet i planen.
- Tilbud om fleksibel undervisning og træning uden for normal arbejdstid.
- Hjælp til transport for de patienter, der ikke bor i nærheden af tilbuddene.
- Synliggørelse af tilbuddene i højere grad end de er i dag.
- Øget opmærksomhed på at inddrage pårørende i behandlingen.

Under temaet "At tage vare på sig selv":

- Etablering og hjælp til at danne netværk mellem patienter med samme diagnose. Nogle patienter foretrækker det allerede under indlæggelsen, hvor det hos andre først er et behov, når de er kommet hjem.
- Minimering af ventetiden fra udskrivelse til tilbud hos kommunen eller sygehuset. Hvis det ikke er muligt at minimere ventetiden, så skal patienten informeres

grundigt om forventet ventetid, da ventetid er nemmere at acceptere, hvis man kender dens længde.

Under temaet "Kommune"

- Fokus på individuel timing, så patienten får tilbuddet på et tidspunkt, der er relevant. Går der for lang tid, virker tilbuddet som uvedkommende for patienten. Tilbyd varierede tidspunkter for deltagelse, således at dem, der stadig går på arbejde, har mulighed for også at deltage, uden at det kolliderer med almindelig arbejdstid.
- Synliggørelse af kommunens tilbud øges, så patienterne får kendskab til tilbuddene.

Som det er nu, har de enkelte kommuner frit spil til at bestemme, hvilken type sundhedscenter de vil etablere, og dermed hvilke opgaver og indsatser der skal prioriteres. En sådan frihed kan have både fordele og ulemper, hvor fordele kan være, at opgaver og indsatser kan tilpasses aktuelle behov for rehabilitering, eksisterende lokaliteter kan tages med i betragtning, ligesom fagpersoner kan influere på beslutninger. Af ulemper kan nævnes, at de mangeartede opgaver, der kan tilknyttes et sundhedscenter, også kan medføre en diffus målgruppe og diffuse opgaver både internt og eksternt i organisationen og dermed skabe en struktur, som udvikles over tid uden nødvendigvis at være fuldt sammenhængende.

9. anbefalinger og perspektivering

Evalueringen har tilvejebragt ny viden, der er værdifuld at medtage ved mulige fremtidige ændringer samt visioner for Sundhedscenter Vest. Anbefalingerne må i praksis tilpasses de vilkår, Sundhedscenter Vest arbejder under.

På baggrund af evalueringen anbefales det at afklare/afgøre:

- om sundhedscentrets nuværende organisering skal udvikles/ændres med mulighed for inddragelse af flere faggrupper, kompetencer, opgaver og målgrupper.
- om man fremadrettet vælger en organisering, hvor opgaverne betragtes som tværgående med mulighed for bedre kompetenceudnyttelse, eller bibeholder den eksisterende opdeling i områder med selvstændig opgaveløsning. Organiseringen bør både tage højde for, hvordan man organiserer sig internt i Sundhedscenter Vest, og hvordan opgaver, der rækker ind i kommunens øvrige opgaveløsning organiseres mest optimalt.
- hvilke opgaver, der skal være kerneydelser. Skal fokus rettes mod indsatser til patienter, der kommer i sundhedscentret, eller skal der også medtages udadgående funktioner.
- om sundhedscentret skal varetage både borgerrettet og patientrettet forebyggelse (her tolket som hhv. primær og sekundær forebyggelse).
- hvordan henvisningsprocedurer kan forenkles og ensrettes.
- hvordan antallet af henvisninger fra praktiserende læger kan øges.
- hvordan de enkelte målgrupper i sundhedscentret prioriteres.
 - Er det patienter med kroniske sygdomme, der indgår i igangværende implementering af forløbsprogrammer med udvidelse til kommende forløbsprogrammer?
 - Er det de socialt svage grupper, man vil øge indsatsen for mhp. at rekruttere og rehabilitere?
 - Er det de eksisterende målgrupper så som borgere med misbrug og borgere i træningsforløb?
- hvilke kompetencer, viden og ressourcer, det kræver at honorere definerede målgrupper og opgaver - i de enkelte områder og samlet i sundhedscentret.
- hvordan viden kan formidles til medarbejdere i sundhedscentret og samarbejdspartnere udadtil.
- hvordan kvalitetsstandarder, retningslinjer og anbefalinger kan bidrage til, at der til stadighed arbejdes frem mod best practice – og hvordan resultater fra praksis kan bidrage til videreudvikling og forskning.

- hvordan der kan dokumenteres kvalificeret og optimalt, på en måde der kan anvendes såvel monofagligt, tværfagligt som på tværs af områder/sektorer i primær og sekundær sektoren.
- hvordan resultater fra rehabiliteringsforløb (kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), akut koronart syndrom (AKS-hjerte), type 2-diabetes (diabetes) og kræft) kan anvendes til opkvalificering af fremtidige tilbud og målgrupper.

10. Referencer

1. Sundhedscentre i Danmark – organisering og samarbejdsrelationer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2008: 1-13, 112-117.
2. Sundhedscentre i kommunerne - statusnotat om målgrupper, organisering og typer. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
3. Evaluering af lærings- og mestringsforløb ved Sundhedscenter Vest, del 1 – rekruttering af deltagere. Rapport. Tarm: Sundhedscenter Vest. 2011.
4. Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
5. Vejledning om kommunal rehabilitering. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011.
6. God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats. Et idékatalog. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011.
7. <http://www.rksk.dk/sundhedscenter-vest-7880.aspx> / juli 2012.
8. Årsrapporter fra Sundhedscenter Vest. Tarm: 2009 og 2010.
9. Bilag til dagsorden fra styregruppemøde for kronikerindsatsen 19. august 2011. Tarm: Sundhedscenter Vest, 2011.
10. <http://www.rhpharm.org/Sundhedsloven%202005.pdf> / juli 2012.
11. Overvejelser om den fremtidige organisering af sundhedscentre i kommunerne. Notat. København: Kommunernes Landsforening, 2009.
12. Iversen L. Organisering af kommunale sundhedscentre. Sygekassernes Helsefonds prisopgave 2008. Hørsholm: Cowi, 2008.
13. Regionernes nære sundhedstilbud. København: Danske Regioner, 2012.
14. Gruppebaserede patientuddannelser i regioner og kommuner. København: Danske Regioner, 2007: 46-62.
15. Ekstern evaluering af lægehenvist sundhedskursus i SundhedsCenter Århus. Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. Aarhus: Sundhedscenter Århus, 2009.
16. Kragh Jespersen P, Larsen V, Seemann J. Evaluering af "Organisering og Samspilsrelationer" Aalborg Kommunes projekt om Kræftrehabilitering. Aalborg: Aalborg Universitet, 2009.
17. <http://www.faaborgmidtfn.dk/borger/sundhed-og-sygdom/genvej-til-overblik/> /juli 2012
18. Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, 2011.
19. Det nære sundhedsvæsen. København: KL, 2012.
20. http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2012/UFL_2012_7/UFL_2012_174_7_393 /juli 2012.
21. Patienternes perspektiv på kronisk sygdom – Oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Rapport. Aarhus: CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2012.

11. Bilag

1. Interviewguide
2. Introduktion til interviews
3. Samtykkeerklæring
4. Sundhedspolitik for Ringkøbing-Skjern Kommune

Bilag 1

Evaluering af Sundhedscenter vest

Interviewguide – fokusgrupper – personale i Sundhedscenter Vest

Indledende spørgsmål

Interviewer: (Formål, tidsramme, båndoptager, anonymisering, skriftlig informeret samtykke)
Hvem er jeg – projektet.

Respondent:

Hvem deltager

Uddannelsesmæssig baggrund/hvor længe uddannet/arbejdsopgaver/hvor mange år i nuværende job?

Selve interviewet

Hvad er jeres opgaver som ansatte i Sundhedscenter Vest – overordnet og i jeres egen enhed?

* Hvordan oplever I egne kompetencer i forhold til opgaverne?

Hvordan fungerer den formelle organisationen i det daglige – overordnet og i jeres egen enhed?

* I hvilken udstrækning planlægger I selv deres arbejdsopgaver?

Hvad ser I som sundhedscenters centrale opgaver - overordnet og i jeres enhed?

* Er der noget i de nationale retningslinjer der giver mening, når I arbejder med dem i den daglige praksis?

Hvordan spiller opgaverne i jeres enhed sammen med de målgrupper, der kommer?

Hvordan vil I karakterisere kompetencerne og sammensætningen af enhedens faggrupper?

* I hvilken omfang oplever I faggrupperne som kvalificerede?

* Kunne I forestille dig andre faggrupper/sammensætninger?

* Når I tænker på hvordan afdelingerne løfter deres opgaver, i hvilken udstrækning er det præget af mono/tværfaglighed?

* Hvis der kommer opgaver, der ligger udenfor enhedens kompetencer – hvordan løser man så det?

Hvordan oplever I jeres samarbejde med hinanden

1) i enheden

2) i enhederne?

3) mellem kolleger i hele sundhedscentret?

4) mellem eksterne samarbejdspartnere?

* Hvordan oplever I måden der kommunikeres og formidles på?

*Hvad oplever I fremmer samarbejdet?

*Hvad oplever I hæmmer samarbejdet?

*Hvordan vil I beskrive et optimalt samarbejde mellem jer internt i enheden/andre kolleger og eksterne samarbejdspartnere?

* Har I forslag til ændringer? Evt. inddrage andre kompetencer?

Hvordan oplever I enhedens synlighed i jeres arbejde i lokalsamfundet?

* Har du forslag til hvordan det kan optimeres/ændres?

* Hvis Sundhedscentret skulle gøre sig mere synlig i lokalsamfundet, hvordan kunne det så gøres?

Bilag 2



Tak fordi du har sagt ja til at deltage i et interview i forbindelse med projektet vedrørende 'Evalueringen af organiseringen af Sundhedscenter Vest'.

Formålet med evalueringen er:

Formål 1)

At undersøge hvordan **Sundhedscenter vest er organiseret i forhold til aktuelle opgaver i de enkelte enheder og på tværs af enhederne** - mulighed for udvikling internt og eksternt.

Formål 2)

At undersøge **hvilke opgaver der udføres i Sundhedscenter vest** - mulighed for udvikling internt og eksternt

- * Hvordan løses opgaverne?
- * Hvordan **samarbejder** man
- * Hvordan er **dialog og kommunikationsform**

Formål 3)

At undersøge **hvilke kompetencer der er i Sundhedscenter vest** – er de dækkende i forhold til opgavernes art og omfang, fremmende i forhold til samarbejdet - mulighed for udvikling internt og eksternt.

Formål 4)

At vurdere om **nye samarbejdspartnere kan inddrages i en udvikling** (flere typer opgaver, andre kompetencer, øget tværfaglighed)

- *Hvordan **synliggøres Sundhedscenter Vest** i lokalsamfundet?

Undertegnede vil i perioden april og maj 2012 foretage interviews både individuelle og i grupper.

Formålet med interviewene er at indhente oplysninger fra jer som fagpersoner og bl.a. høre hvordan I oplever jeres daglige praksis. Spørgsmålene i interviewene er udarbejdet ud fra ovenstående formål.

Data fra interviewene skal medvirke til at belyse evalueringens formål og skabe idéer til udvikling af Sundhedscentrets fremtidige organisering.

Interviewet vil finde sted i Sundhedscentret og vare ca. 1 time for individuelle interviews og ca. 1½ time for fokusgruppeinterviews.

Jeg er glad for at du har lyst til at deltage i interviewundersøgelsen og dermed være med til at bidrage til udviklingen af Sundhedscenter Vest.

Du er velkommen til at kontakte mig hvis du har spørgsmål.

Med venlig hilsen og tak

Hanne Melchiorson

Projekt- og udviklingskonsulent

MarselisborgCentret,

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK)

Tlf. 78414434

Mobil 2423 8123

e-mail: hanne.melchiorson@stab.rm.dk

Bilag 3

Samtykkeerklæring

Evalueringsprojekt 'Evaluering af organisering af Sundhedscenter Vest'

Navn.....

Adresse.....

Fødselsdag/år.....Telefon.....

Evt. e-mailadresse.....

Undertegnede er informeret mundtligt og skriftligt om hvilke oplysninger, der behandles, anvendes og opbevares og til hvilket formål.

Projektleder Hanne Melchiorson fra MarselisborgCentret, Folkesundhed og Kvalitet, Region Midtjylland, har min tilladelse til at behandle og opbevare oplysninger indhentet i forbindelse med interview, jf Persondataloven og har endvidere tilladelse til at kontakte mig i forbindelse med eventuelle yderlige afklarende spørgsmål.

Dato: _____ Underskrift: _____

Der gøres opmærksom på, at den registrerede har rettigheder, jf. Persondatalov, Lov nr. 429 af 31. maj 2000, vedr. behandling af personoplysninger i form af *indsigt*, jf. §35 og *mulighed for sletning af urigtige og vildledende oplysninger*, jf. §37. Endvidere er det muligt til enhver tid at trække sin tilladelse/samtykke tilbage, jf. §38.

For yderligere oplysning henvises til www.datatilsynet.dk

Bilag 4

Sundhedspolitikken for 2011-2012

SUNDHEDSPOLITIK					
Målepunkt	Mål	Indsats/indsatser	Ansvarlig	Nulpunkts-vurderinger	Intern opfølgning
Trivsel generelt	Antal af borgere, der trives, øges	Trivselsudvikling "Hvordan skabes og fastholdes trivsel" – afdækning af muligheder for projektmidler	Sundhedscenter Vest + Faglig drift og udvikling	Kendes ikke	01.03.2012 og 01.10.2012
Trivsel generelt	Antallet af borgere med dårligt selvvrurderet helbred falder	1) Flytte fokus fra begrænsning til muligheder via kompetenceudvikling af medarbejdere. 2) Udvikling af mestringsstrategier i forhold til borgere og pårørende (hjælp til selvhjælp).	Sundhedscenter Vest + Faglig drift og udvikling	Antallet af dårligt selvvrurderet helbred udgør 13 %	01.03.2012 og 01.10.2012
Trivsel på arbejdspladsen	Antallet af sygemeldte på grund af stress og depression falder	Etablering af tilbud til depressionsramte – lærings- og mestringsforløb til voksne depressionsramte over 18 år. (Information om forebyggelse af stress og depression og hvilke handlemuligheder man har som borger).	Sundhedscenter Vest + Handicap og Psykiatri + Beskæftigelse	Det vil være relevant at få tallet fra Beskæftigelsesafdelingen for 2011	01.03.2012 og 01.10.2012
Rygning	Antallet af dagligrygere falder	Rygestopkurser	Sundhedscenter Vest	24 % er dagligrygere	01.03.2012 og 01.10.2012

Motion	Borgernes fysiske aktivitet øges	Fokus på metoden "Små skridt" i forhold til fysisk aktivitet i hverdagen	Sundhedscenter Vest + De decentrale enheder	49 % dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden	01.03.2012 og 01.10.2012
Overvægtige	Antallet af overvægtige falder	BMI 35+ kurser	Sundhedscenter Vest	17 % svært overvægtige og 39 % moderat overvægtige	01.03.2012 og 01.10.2012
Alkoholforbrug/alkoholmisbrug	Nedbringelse af antallet af personer med et risikabelt alkoholforbrug	Indsats i forhold til ungdomsuddannelserne – oplysning og information	Sundhedscenter Vest (Misbrugsafdelingen)	Mænd med mindst en af tre risikable former for alkoholforbrug: 29 %. Kvinder med mindst en af tre risikable former for alkoholforbrug: 11 %.	01.03.2012 og 01.10.2012
Stofmisbrugere	Antallet af stofmisbrugere i Ringkøbing-Skjern falder	Indsats i forhold til ungdomsuddannelserne – oplysning og information	Sundhedscenter Vest (Misbrugsafdelingen)	93 personer i misbrugsbehandling inkl. substitutionsbehandling	01.03.2012 og 01.10.2012
Mennesker med kronisk sygdom	Antallet af mennesker med kronisk sygdom og som har et dårligt selvvrurderet helbred falder	Implementering af forløbsprogrammerne for muskel-, skelet- og kræftområdet, som er nr. 4 og 5 ud af en række forløbsprogrammer	Sundhedscenter Vest + Faglig drift og udvikling	Der er 1,66 kroniske sygdomme pr. indbygger	01.03.2012 og 01.10.2012
Mennesker med kronisk sygdom	Antallet af mennesker med kronisk sygdom og som har et dårligt selvvrurderet helbred falder	Udvikling af sygeplejeklinikker	Konsulent (Sundhed og Omsorg)	Kendes ikke	01.03.2012 og 01.10.2012

