Sundhedscentre i kommunerne

Statusnotat om målgrupper, organisering og typer

Når det gælder de nye sundhedscentre, så har kommunerne vidt forskellige overvejelser om indholdet og opbygningen af centret. Nogle centre vil rette deres indsats mod flere specifikke målgrupper, mens andre vil fokusere på enten borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, på borgere med særlige sociale problemer, på patienter med kroniske eller livsstilssygdomme eller på patienter før/efter sygehusindlæggelse. Fælles for alle planerne er dog, at forebyggelse – enten rettet mod borgere eller patienter - skal indgå som en væsentlig opgave i alle sundhedscentrene.

Den 2. Marts 2006

Susanne Boch Waldorff, Forskningsassistent
Jens Kristoffersen, Forskningsassistent
Tine Curtis, Programkoordinator

Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

1. Baggrund og formål …… side 3

2. Sammenfatning ……..…..…… side 3

3. Materialer og metode …..……. side 6

4. Hvad vil kommunerne med sundhedscentre ? …… side 7
- Om kommunerne …… side 7
- Typer af indsats …….. side 7
- Forventet effekt ……..… side 9

5. Organisering af sundhedscentre ……. side 9
- Organisationsstruktur …… side 10
- Organisatorisk ramme …….…… side 10
- Opgavevaretagelse ……. side 11
- Personale …… side 11
- Samarbejdspartnere …… side 12

6. Typer af sundhedscentre ……..……..……. side 13
- *”Sundhedscentrum”* …… side 14
- *”Sundhedsfremmecentret”*……. side 15
- *”Det sociale sundhedscenter”*……. side 16
- *”Kronikercentret”*…… side 16
- *”Genoptræningscentret”* …… side 17
- Sundhedscentertyper, kommunestørrelse og kommunesamarbejder . side 18

7. Diskussion …….. side 19

1. Baggrund og formål

Sundhedscentre er blevet foreslået som en mulig ramme for at løfte de nye sundhedsopgaver, som kommunerne får via kommunalreformen pr. 1.januar 2007. De nye opgaver er sundhedsfremme og forebyggelse samt genoptræning af patienter efter sygehusindlæggelse. Desuden skal kommunerne fremover medfinansiere sygehusindlæggelser, hvilket er et incitament til at prioritere forebyggelse.

Etableringen af kommunale sundhedscentre er derudover blevet understøttet økonomisk, idet der er afsat i alt 200 mio. kr. i form af centrale puljemidler til forsøg med sundhedscentre eller forebyggelses- og rådgivningscentre. Puljemidlerne administreres af henholdsvis Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet.

Kommunerne har fremsendt i alt 63 ansøgninger til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om støtte til etablering af sundhedscentre. Heraf har 18 sundhedscentre fået bevilget puljemidler.

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har fået til opgave at gennemføre en tværgående evaluering af de 18 sundhedscentre. Evalueringen skal vurdere centrenes implementering og effekt og diskutere hensigtsmæssigheden af forskellige løsningsmodeller set i sammenhæng med de rammer og vilkår, der er til stede lokalt. Det er således ikke formålet at pege på én løsningsmodel – én type sundhedscenter, som vil være hensigtsmæssig i alle kommuner og egnet til at varetage alle typer af opgaver. Evalueringen skal snarere bidrage til den aktuelle udvikling af sundhedscentre, hvorigennem forskellige løsningsmodeller afprøves og udvikles. Evalueringen afsluttes med en rapport i august 2008.

SIF har indledningsvist gennemgået kommunernes 63 ansøgninger. Gennemgangen viser, at kommunerne planlægger sundhedscentre, der varierer betydeligt, hvad angår både indhold og struktur.

Formålet med dette statusnotat er at belyse kommunernes forskelligartede ideer og planer, som de skitseres i ansøgningerne. I notatet belyses sundhedscentrenes målgrupper og opgaver, den forventede effekt, sundhedscentrenes organisering, opgavevaretagelsen, personalekategorier samt centrets formelle samarbejdspartnere. Afslutningsvist skitseres en mulig typologisering af centrene med udgangspunkt i de målgrupper, som centrene skal rette indsatsen mod.

2. Sammenfatning

Kommuner inden for alle 5 regioner har fremsendt ansøgninger om midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Der er i alt fremsendt 63 ansøgninger. Ca. halvdelen af ansøgningerne repræsenterer et samarbejde mellem kommuner, der fra januar 2007 lægges sammen, og tre fjerdedele af alle ansøgningerne repræsenterer hver især et indbyggertal på mellem 20.000 og 100.000 indbyggere.

Karakteristika ved sundhedscentrene generelt
Gennemgangen af kommunernes ansøgninger viser, at der planlægges sundhedscentre med en stor variation for så vidt angår indsats, forventet effekt, organisation, opgavevaretagelse, personale samt samarbejdspartnere.

Når det gælder målgrupper og opgaver, fremgår det, at centrenes indsats især skal rettes mod fire områder – nemlig 1) en borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, 2) en indsats målrettet personer med sociale problemer, 3) en indsats målrettet patienter med kroniske sygdomme eller livsstilssygdomme samt 4) patienter, der har været eller skal indlægges på sygehus. Centrene planlægges at skulle varetage flere af disse områder i et varierende omfang. De indsatser, som de fleste centre skal varetage, er dels en indsats rettet mod patienter, der har fået - eller har risiko for at få - en kronisk sygdom eller en livsstilssygdom og dels en indsats rettet mod patienter før/efter sygehusindlæggelse. Umiddelbart herefter prioriteres den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse.

Den forventede effekt af sundhedscentrene angives i flest tilfælde at være en bedre sammenhæng i tilbud til borgere og patienter - ofte ved at centret skal udgøre én indgang for borgeren til sundhedsydelser. Desuden skal sundhedscentrene bidrage til at udvikle nye metoder eller en ny organisatorisk model inden for sundhedsområdet og i den forbindelse skal det nye sundhedscenters rolle og samarbejdsrelationer afklares. I mange tilfælde er der også nævnt en forventning om at centret vil reducere sygehusindlæggelser.

I forhold til organiseringen af centrene fremgår det, at langt de fleste kommuner planlægger et sundhedscenter, der skal fungere som et samlet center med beslutningskompetencen placeret centralt. De resterende centre skal have en mere decentral struktur bestående af flere - evt. allerede eksisterende enheder - som dog typisk skal have en central koordinering.

Hovedparten af alle sundhedscentrene skal etableres i en fysisk ramme, som skal udgøres af én eller flere bygninger. Centrene skal ofte flytte ind i nedlagte institutioner eller eventuelt integreres lokalemæssigt med fungerende sygehuse eller plejehjem. Der er derudover et mindre antal sundhedscentre, der skal fungere murstensløst som en projektorganisation med et antal projektledere for arbejdsgrupper eller som et virtuelt center, hvor borgerne skal sikres en nem og overskuelig adgang til sundhedsydelser via IT.

De fleste sundhedscentre skal selv udføre sundhedsopgaver – lige fra f.eks. rådgivning og vejledning om sund livsstil til sårbehandling og genoptræning. Varetagelsen af opgaverne sker på mange måder i form af f.eks. en åben forebyggelses- eller sygeplejeklinik for alle borgere, drift af senge- og døgnpladser, der bruges til f.eks. observation eller genoptræning eller gennem udgående teams med base i centret. En stor del af centrene skal varetage en koordinerende funktion, således at borgeren vil opleve en sammenhæng i sundhedstilbuddene og i behandlingsforløb på tværs af lokalområdet og/eller sundhedssektoren.

De hyppigste personalegrupper i et sundhedscenter er koordinatorer, der kan have forskellig faglig baggrund og som enten skal etablere centret eller koordinere patientforløb. Desuden sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Læger indgår i knap halvdelen af centrene.

Stort set alle kommuner har lagt op til et samarbejde med andre partnere, men det er imidlertid langt fra alle, der har angivet, at der skal etableres et egentligt formelt samarbejde om varetagelsen af opgaverne i sundhedscentret. De hyppigste formelle samarbejdspartnere er sygehus og/eller praktiserende læger.

Karakteristika ved de 18 sundhedscentre, der er bevilget puljemidler

Når der sættes fokus på de 18 sundhedscentre, der er blevet bevilget puljemidler, fremgår det, at disse ikke afviger væsentligt fra de øvrige sundhedscentres karakteristika. Det gælder både i forhold

til de ansøgende kommunetyper, den indsats, som centrene skal omfatte samt de organisatoriske karakteristika for centret.

De 18 centre skal således varetage de samme fire typer af indsats, som de øvrige centre. Dog fremgår det, at centrene, der har modtaget bevilling, i højere grad skal prioritere en borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse og at centrene skal rumme flere typer af indsats på samme tid. Der forventes samme type af effekt af centrene.

Organisatorisk har de 18 centre en ligelig fordeling af centre med henholdsvis en central og en decentral organisationsstruktur. Centrene placeres oftest i eksisterende bygninger, men der er et par eksempler på en murstenløs projektorganisation. Der er dog ingen centre, der udelukkende skal fungere virtuelt. I forhold til det generelle billede skal centre med bevilling i mindre grad løse opgaverne ved at drive egne senge- og døgnpladser og i højere grad gennem åbne klinikker eller en koordinerende funktion i forhold til borgerens behandlingsforløb. Derudover er det ikke sygeplejersker, men fysioterapeuter, der udgør den hyppigste personalegruppe. I forhold til det eksterne samarbejde lægges der i højere grad lagt vægt på samarbejde med patientforeninger.

Typer af sundhedscentre
For at bidrage til et overblik og en forståelse af, hvilket indhold de kommende sundhedscentre planlægges at få, er kommunernes ansøgninger fordelt på typer af sundhedscentre. Typologiseringen tager udgangspunkt i centrenes fokus på målgrupper, hvorefter centrene kan opdeles i to grupper.

Dels de centre, der har et bredt fokus og skal varetage mange typer af opgaver rettet mod flere målgrupper:
1) *Sundhedscentrum*

Og dels de centre, der har et mere målrettet fokus, og som omfatter fire typer af centre:
2) *Sundhedsfremmecentret* med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse for alle borgere
3) *Det sociale sundhedscenter* med fokus på socialt udsatte, sygedagpengemodtage m.m.
4) *Kronikercentret* med fokus på patienter med kroniske sygdomme og livsstilssygdomme
5) *Genoptræningscentret* med fokus på patienter før og efter indlæggelse på sygehus

Små kommuner vælger primært at etablere et Sundhedscentrum, der har et bredt fokus på flere målgrupper, samt et Genoptræningscenter. Mellemstore kommuner vælger især at etablere et Sundhedscentrum, et Genoptræningscenter eller et Kronikercenter, mens de store kommuner vælger at etablere Det sociale center, et Sundhedscentrum eller et Genoptræningscenter. Sundhedsfremmecentret etableres alene af mellemstore kommuner, og Det sociale center etableres alene af de store kommuner. Kommuner, der skal indgå i et samarbejde, vælger stort set de samme centertyper, som de, der ikke skal indgå i et samarbejde. Dog er det kun samarbejdende kommuner, der etablerer Sundhedsfremmecentre. Der er derudover en lille tendens til, at de samarbejdende kommuner i højere grad vælger et Sundhedscentrum, mens de kommuner, der ikke skal, etablerer et Genoptræningscenter, et Kronikercenter eller Det Sociale center.

3. Materialer og metode

Materialet, der ligger til grund for dette notat, er de 63 skriftlige ansøgninger, som kommunerne inden den 18. marts 2005 havde fremsendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet med det formål at opnå støtte til etablering af sundhedscentre.

I ansøgningerne er indeholdt projektbeskrivelser af de enkelte sundhedscentre. Beskrivelserne følger en skabelon, der var udmeldt på forhånd af ministeriet, og indeholder en redegørelse for projektets titel, formål, målgruppe, indhold, personalebehov fordelt på personalegrupper, samarbejdspartnere, projektets forventede effekt samt planer for evaluering. Desuden er angivet projektets juridisk ansvarlige, forventede varighed, det ansøgte beløb, totalbudget, ansøgt eller bevilget støtte fra anden side samt eksisterende tilbud i kommunen /amtet.

I de efterfølgende skrivelser til de enkelte kommuner, der har fået bevilget puljemidler til sundhedscentre, har ministeriet orienteret om bevillingens størrelse og i de tilfælde, hvor hele det ansøgte beløb ikke er blevet imødekommet, er kommunen blevet bedt om at fremsende redigerede oplysninger om, hvorledes projektet vil blive gennemført. De reviderede projektbeskrivelser indgår i det empiriske materiale som datagrundlag for dette notat med undtagelse af de sidste 6, der ikke var fremsendt inden analysens afslutning.

Der er 6 ansøgninger, der ikke indgår i datagrundlaget, idet disse ikke er konkrete ansøgninger om etablering af kommunale sundhedscentre eller er blevet fremsendt efter ansøgningsfristen.

Gennemgangen af data har taget udgangspunkt i et tappeskema, der blev udviklet på forhånd, og som opstillede relevante variable om bl.a. kommunestørrelse, centrets indsats, organisationen m.v. Alle skriftlige ansøgninger er blevet gennemgået og relevante data er overført til skemaet. Med udgangspunkt heri er data blevet sammenstillet og analyseret. Efter de første analyser viste der sig et behov for yderligere oplysninger og tappeskemaet blev udbygget. Efter endnu en gennemlæsning af alle ansøgningerne blev yderligere data overført til skemaet.

Notatets typologisering af sundhedscentrene er blevet udviklet sideløbende med gennemgangen og analysen af samtlige sundhedscentre. Dataanalyserne har således givet anledning til forskellige overvejelser om og måder, hvorpå centrene kan inddeles. Efter udviklingen af den endelige typologisering er ansøgningerne blevet gennemgået igen og fordelt på de definerede typer.

Eftersom data ikke er blevet drøftet med de enkelte kommuner og alene bygger på en gennemgang af de skriftlige ansøgninger, skal der tages et vist forbehold for analysens resultater. Således kan den enkelte ansøgning være fremsendt med en beskrivelse af dele af sundhedscentret frem for af hele centret. Dette kan give et misvisende billede af planerne med hele centret. Det kan også tænkes, at planerne for det enkelte sundhedscenterprojekt har udviklet sig, siden ansøgningen blev fremsendt til ministeriet, og at analysen derfor ikke i alle tilfælde bygger på opdaterede oplysninger. Og endelig kan den enkelte ansøgning være blevet misfortolket i analysen. På trods af disse forbehold er det imidlertid vurderingen, at de indsamlede data giver et fyldestgørende indblik i, hvilke overordnede planer kommunerne har med sundhedscentre.

4. Hvad vil kommunerne med sundhedscentre ?

Om kommunerne
Kommuner fra alle regioner har søgt om midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (tabel 1). Der er flest ansøgninger fra hovedstadsområdet. Ud af de 63 ansøgninger er i alt 18 ansøgninger blevet bevilget puljemidler.

Flere af ansøgningerne (27) er fremsendt på vegne af et samarbejde mellem kommuner, der fra januar 2007 skal lægges sammen. Ansøgningerne repræsenterer derfor tilsammen 99 kommuner. I den mellemstore gruppe er 23 ansøgninger fremsendt på vegne af et kommunesamarbejde, mens dette er tilfældet for én ansøgning i gruppen med færre end 20.000 indbyggere og tre ansøgninger i gruppen med flere end 100.000 indbyggere.

Tabel 1 - Ansøgernes regionale fordeling

Region	Ansøgninger	Kommuner	Bevilgede
Hovedstaden	21	29	5
Sjælland	11	17	3
Syddanmark	13	23	4
Midtjylland	12	19	4
Nordjylland	6	11	2
I alt	63*	99	18

* Ud af de 63 ansøgninger omhandler 4 ansøgninger reelt ikke en kommunal etablering af et sundhedscenter, mens to er fremsendt for sent og derfor ikke kan indgå i analysen

Fordelt efter indbyggertal (tabel 2) har hovedparten af ansøgerne en størrelse på mellem 20.000 og 100.000 indbyggere (41). Kun 1/6 af ansøgerne repræsenterer færre end 20.000 indbyggere og 1/8 repræsenterer flere end 100.000 indbyggere.

De 18 ansøgninger, der er blevet bevilget midler, repræsenterer ligeledes oftest den mellemstore gruppe. Ca. halvdelen af ansøgningerne er fremsendt på vegne af samarbejdende kommuner.

Tabel 2 – Ansøgeres indbyggertal

Indbyggertal	Sundhedscentre – alle		Sundhedscentre med puljemidler	
	Antal	Procent	Antal	Procent
20.000<X	9	16%	3	17%
20.000<X<100.000	41	72%	11	61%
100.000<X	7	12%	4	22%
I alt	57	100%	18	100%

Typer af indsats
Kommunerne planlægger sundhedscentre med forskellige typer af sundhedsopgaver og rettet mod forskellige målgrupper (tabel 3). Centrenes opgaver kan således variere fra en sundhedsfremmende og forebyggende indsats til en egentlig patientbehandling - f.eks. i form af genoptræning. Centrenes målgrupper varierer ligeledes og omfatter både borgere og/eller patienter. Centrene varetager i stort omfang flere typer indsats på samme tid.

Tabel 3 – Typer af indsat i sundhedscentrene

Indsats	Sundhedscentre – alle		Sundhedscentre med puljemidler	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse	38	67%	15	83%
Borger- og patientrettet forebyggelse målrettet særlige sociale problemer	18	32%	9	50%
Patientrettet forebyggelse målrettet kronikere og livsstilssygdomme	41	72%	15	83%
Patientrettet forebyggelse målrettet patienter før/efter sygehusindlæggelse	41	72%	12	67%

* Denne tabel summerer ikke op til 100%, fordi de enkelte centre kan varetage flere typer indsats på samme tid.

Det fremgår, at 2/3 af kommunerne (38) planlægger, at der i sundhedscentret skal indgå borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse. Det vil sige en generel indsats, der skal fremme en sund livsstil hos borgene i lokalområdet og forebygge sygdom. I langt de fleste tilfælde skal sundhedscentrene prioritere kost, fysisk aktivitet og/eller rygning. I færre tilfælde er fokus rettet mod alkohol. Indsatserne er typisk rettet mod børn og unge i daginstitutioner og skoler eller mod borgerne generelt via kampagner og rådgivningsmuligheder i sundhedscentret. Som udgangspunkt er rådgivningen et tilbud til borgerne, der kan henvende sig i centret uden aftale eller efter henvisning fra deres praktiserende læge. Blandt sundhedscentrenes øvrige indsatser er forebyggende hjemmebesøg blandt ældre, familierådgivning og sundhedsfremme på arbejdspladsen.

En tredjedel af sundhedscentrene (18) skal varetage en forebyggende indsats rettet mod borgere eller patienter med særlige sociale problemer – f.eks. sygemeldte med risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, kontanthjælpsmodtagere, udsatte børn og familier, misbrugere eller borgere i boligområder, hvor der er særlige sociale problemer. Indsatsen rummer både sociale og sundhedsmæssige opgaver og er eksempelvis individuel vejledning om livsstil, støtte til håndtering af egen situation, motivering til øget kontakt til sundhedsvæsenet samt koordinering af langtidssyges sygeforløb på tværs af social- og sundhedssektorerne.

Kommunerne prioriterer derudover en patientrettet forebyggelse og mere end 2/3 af alle sundhedscentrene (41) skal varetage en indsats målrettet personer, der har fået - eller har risiko for at få - en kronisk sygdom eller en livsstilssygdom. Der tilbydes vedligeholdende træning, genoptræning og rehabilitering gennem eksempelvis individuel rådgivning samt patientskoler, hvor den enkelte undervises i at håndtere egen sygdom. Indsatsen i forhold til kroniske sygdomme er særligt rettet mod KOL, hjertesygdomme, diabetes og sygdomme i bevægeapparatet. Det typiske fokus i forhold til livsstilssygdomme omhandler risikofaktorerne motion, rygning, kost og overvægt.

Endelig skal flere end 2/3 af sundhedscentrene (41) varetage en indsats, der er relateret til egentlige sygdoms- og behandlingsforløb, og som er rettet mod patienter, der har været indlagt på sygehus og i nogle tilfælde også patienter, der skal indlægges. Indsatsen før en planlagt operation omfatter vejledning om rygestop, fysisk træning og motion og har som formål at styrke patientens fysik med henblik på at forkorte sygehusindlæggelsen. Indsatsen efter sygehusindlæggelse omfatter vejledning om livsstilsvaner og derudover også genoptræning og rehabilitering for de patienter, der har behov herfor - evt. på grundlag af en genoptræningsplan fra sygehuset. Patientgruppen varierer og omfat-

ter patienter med kroniske lidelser, livsstilssygdomme, reumatologiske og ortopædkirurgiske sygdomme, apopleksi samt kræftlidelser.

De 18 sundhedscentre, der har fået bevilget puljemidler, planlægges i højere grad end de øvrige centre at favne bredt og skulle varetage flere forskellige typer af indsats. De indsatser, der prioriteres relativt højere, er borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, forebyggelse rettet mod sociale problemer og patientrettet forebyggelse målrettet kronikere og livsstilssygdomme. Den indsats, der prioriteres relativt lavere blandt centre med puljemidler, er en indsats rettet mod patienter før/efter sygehusindlæggelse.

Forventet effekt
Kommunerne forventer en forskellig effekt af de nye sundhedscentre (tabel 4). I flest tilfælde (33) stiles der mod at opnå en bedre sammenhæng i tilbud til borgere og patienter. Eventuelt skal centret udgøre én indgang for borgeren til sundhedsydelser. Godt halvdelen af alle sundhedscentrene skal bidrage til at udvikle nye metoder eller en ny organisatorisk model inden for sundhedsområdet (31). I den forbindelse nævnes det, at det bliver en væsentlig opgave at afklare det nye sundhedscenters rolle og samarbejdsrelationer.

Godt halvdelen af alle centrene skal reducere sygehusindlæggelser (30), og knap halvdelen (27) skal bidrage til at forbedre sundhedstilstanden i lokalområdet. Dette forventes at styrke livskvaliteten hos den enkelte og samtidig have en afsmittende effekt på de øvrige effektmål. Der er derudover et antal centre (26), der skal bidrage til at øge kvaliteten i indsatsen, et mindre antal centre (12), der skal medføre en økonomisk gevinst - særligt som følge af færre sygehusindlæggelser, og endelig et fåtal af centre (4), der forventes at kunne lette den faglige rekruttering.

De forventede effekter for de 18 sundhedscentre, der har fået bevilget økonomisk støtte, svarer til det, der angives for de øvrige centre.

Tabel 4 – Sundhedscentrenes forventede effekt

Forventet effekt	**Sundhedscentre – alle**		**Sundhedscentre med puljemidler**	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Sammenhængende tilbud og patientforløb	33	58%	12	67%
Metode og modeludvikling	31	54%	9	50%
Reducere sygehusindlæggelser	30	53%	11	61%
Øge sundhedstilstand	27	47%	10	56%
Kvalitet i indsatsen	26	46%	8	44%
Økonomisk gevinst	12	21%	6	33%
Faglig rekruttering	4	7%	1	6%

5. Organisering af sundhedscentre

Der er stor variation i hvorledes et sundhedscenter organisatorisk kan bygges op. Dette afsnit belyser i hvor høj grad kommunerne planlægger sundhedscentre med en central eller en decentral struktur, om centrene skal have en fysisk, projektbaseret eller virtuel organisatorisk ramme og på hvilke

måder centrets opgaver skal varetages. Desuden belyses de personalekategorier, der skal indgå i centrets opgaveløsning, samt de samarbejdspartnere, som centret skal indgå konkrete aftaler med.

Organisationsstruktur
Sundhedscentrene skal etableres med enten en central eller en decentral struktur (tabel 5). Langt de fleste kommuner (36) planlægger at sundhedscentret skal fungere som et samlet center med beslutningskompetencen placeret centralt. Den øvrige del (21) planlægger en mere decentral struktur bestående af flere - evt. allerede eksisterende - enheder, som dog typisk har en central koordinering.

De 18 støttede sundhedscentre har en ligelig fordeling af de to former for organisationsstruktur.

Tabel 5 – Sundhedscentrenes organisationsstruktur

Organisationsstruktur	**Sundhedscentre – alle**		**Sundhedscentre med puljemidler**	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Central struktur	36	63%	9	50%
Decentral struktur	21	37%	9	50%
I alt	57	100%	18	100%

Organisatorisk ramme
Hovedparten af alle sundhedscentre (46) skal etableres i en fysisk ramme, som udgøres af én eller flere bygninger (tabel 6). Hertil kommer et mindre antal sundhedscentre (5), der skal fungere som en projektorganisation, hvor projektlederere og et antal arbejdsgrupper med centrale nøglepersoner skal gennemføre centrets formål. Desuden er der nogle få centre (3), der skal fungere udelukkende som en virtuel dimension bestående af et IT-netværk, hvor borgerne kan sikres en nem og overskuelig adgang til lokale sundhedsydelser via en hjemmeside. En række centre (3) skal etableres med både en virtuel og en fysisk ramme (3). Det gælder for samtlige virtuelle centre, at de også ønsker at understøtte en fælles intern IT-platform for centrets medarbejdere og sundhedspersonale i øvrigt.

For de 18 støttede sundhedscentre er billedet lig det generelle, men der er dog ingen af disse centre, der udelukkende skal fungere virtuelt.

Tabel 6 – Sundhedscentrenes organisatoriske ramme

Organisatorisk ramme	**Sundhedscentre – alle**		**Sundhedscentre med puljemidler**	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Bygning	46	81%	15	83%
Projektbaseret	5	9%	2	11%
Virtuelt	3	5%	0	0%
Virtuelt og bygning	3	5%	1	6%
I alt	57	100%	18	100%

Det kan supplerende nævnes at sundhedscentre med en fysisk ramme i overvejende grad skal etableres i allerede eksisterende lokaler frem for i nyt byggeri. Centrene skal flytte ind i nedlagte institutioner eller eventuelt integreres lokalemæssigt med fungerende sygehuse eller plejehjem. Et lille antal sundhedscentre planlægges at skulle rumme både de nye kommunale sundhedsopgaver samt amtslige/regionale opgaver så som praktiserende læger eller en skadestuefunktion.

Opgavevaretagelse
Sundhedscentrene skal varetage opgaverne på forskellige vis (tabel 7). I det følgende skitseres nogle af de måder, hvorpå kommunerne i deres ansøgninger angiver at opgaverne skal løses på. Det enkelte sundhedscenter kan have en kombination af de forskellige former for opgavevaretagelse.

Tabel 7 – Sundhedscentrenes opgavevaretagelse

Opgavevaretagelse	Sundhedscentre – alle		Sundhedscentre med puljemidler	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Udførelse af sundhedsopgaver	39	68%	14	78%
Åben forebyggelses- eller sygeplejeklinik	29	51%	12	67%
Koordinering af tilbud og patientforløb	24	42%	12	67%
Drift af senge- og døgnpladser	18	32%	4	22%
Udgående teams	15	26%	4	22%

Ca. 2/3 af alle sundhedscentre (39) skal selv udføre sundhedsopgaver – lige fra f.eks. rådgivning og vejledning om sund livsstil til sårbehandling og genoptræning. For den resterende tredjedel udføres sundhedsopgaver andre steder så som på lokalområdets skoler, plejehjem og træningscentre eller gennem samarbejdspartnere. Omkring halvdelen af centrene (29) skal varetage opgaver i form af en forebyggelses- eller sygeplejeklinik, der er åben for alle borgere med behov for f.eks. rådgivning om sund livsstil eller lettere sygepleje. Også et mindre antal skadeklinikker hører under denne kategori. Et større antal centre (24) skal varetage en koordinerende funktion, således at borgeren oplever sammenhæng i sundhedstilbud og behandlingsforløb på tværs af lokalområdet og/eller sundhedssektoren. Knap 1/3 af alle centrene (18) skal drive egne senge- og døgnplader, der skal bruges til f.eks. observation af patienter, der har behov for omsorg og pleje, men hvor sygehusindlæggelse ikke er nødvendig. Desuden drives pladser til genoptræning efter sygehusindlæggelse. Et mindre antal centre (15) skal have udgående teams, som kan møde borgere og patienter i eget hjem eller på institutioner og arbejdspladser.

De 18 sundhedscentre med puljemidler skal i mindre grad løse opgaverne ved at have egne senge- og døgnpladser og udgående teams. Centrene udfører derimod i højere grad sundhedsopgaver i centret, driver åbne klinikker eller varetager en koordinerende funktion i forhold til borgeren.

Personale
Sundhedscentrene er generelt karakteriseret ved tværfaglige personalegrupper (tabel 8). I ansøgningerne omtales personalegrupperne som enten fastansat personale eller løsere tilknyttet personale. Begge disse grupper betragtes i denne sammenhæng som en del af sundhedscentrets bemanding. Derimod har sundhedscentre, der ikke udfører sundhedsopgaver i eget regi samt de centre, der har til opgave at koordinere patientforløb og tilbud til borgerne, ikke angivet hvilket personalebehov, der skal være til rådighed for at varetage opgaverne, hvorfor disse oplysninger ikke kan indgå.

De hyppigste personalegrupper i et sundhedscenter (tabel 8) er koordinatorer (43), sygeplejersker (41), fysioterapeuter (38) og ergoterapeuter (30). En koordinator kan dække både over en projektleder med ansvar for oprettelsen af et sundhedscenter samt en person, der håndterer koordineringen af sundhedsydelser i forhold til borgere. Koordinatoren beskrives oftest som en person med en sund-

hedsfaglig profil. Læger og diætister indgår i knap halvdelen af centrene (25) og ca. en tredjedel af centrene omfatter forebyggelseskonsulent (18), sundhedsplejerske (17), psykolog (15) og socialrådgiver (15). Endelig omfatter et lille antal sundhedscentre social og sundhedshjælpere (10) eller hjemmehjælpere (10). Få centre har intet angivet om personalebehovet (5). Det skal oplyses, at der er en række personalegrupper, som ikke er medtaget her, idet disse kun indgår i ganske få af ansøgningerne - bl.a. præster, laboranter, pædagoger og zoneterapeuter.

Sundhedscentre, der har fået bevilling, afviger fra det generelle billede ved, at fysioterapeuter udgør den hyppigste personalegruppe, at der er et relativt større antal diætister, psykologer og socialrådgivere, og at der er relativt færre social- og sundhedshjælpere samt hjemmehjælpere.

Tabel 8– Sundhedscentrenes personalekategorier

Personalekategori	**Sundhedscentre – alle**		**Sundhedscentre med puljemidler**	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Koordinator	43	75%	15	83%
Sygeplejerske	41	72%	15	83%
Fysioterapeut	38	67%	16	89%
Ergoterapeut	30	53%	10	56%
Læge	25	44%	8	44%
Diætist	25	44%	13	72%
Forebyggelseskonsulent, rygestopinstruktør	18	32%	6	33%
Sundhedsplejerske	17	30%	7	38%
Psykolog	15	26%	9	50%
Socialrådgiver	15	26%	7	38%
Social og Sundhedshjælper	10	18%	2	11%
Hjemmehjælper	10	18%	2	11%
Intet angivet	5	9%	0	0%

Samarbejdspartnere

Stort set alle kommuner har lagt op til et samarbejde med andre partnere om sundhedscentrene (tabel 9). Langt de fleste angiver således, at der er mange interessenter, der skal inddrages og at disse skal orienteres om opgavevaretagelsen i sundhedscentret. Det er imidlertid langt fra alle, der har angivet, at der skal etableres et formelt samarbejde med udgangspunkt i en form for aftale eller kontrakt. Ca. 1/3 har angivet, at der skal samarbejdes med sygehus (21) og/eller praktiserende læger (18). Også amtet/den kommende region er angivet som en vigtig samarbejdspartner (11). Et lille antal centre skal indgå i et formelt samarbejde med en patientforening (5) eller privat virksomhed (4). Der er kun er ét center, der skal samarbejde med speciallæger, og ét center, der skal samarbejde med en uddannelsesinstitution.

For de 18 sundhedscentre lægges der op til en bred vifte af samarbejdspartnere. I forhold til det generelle billede prioriteres samarbejdet med sygehus, praktiserende læger og amtet/den kommende region lavere, mens der i højere grad er lagt vægt på et samarbejde med en frivillige organisation – f.eks. Kræftens Bekæmpelse, Diabetesforeningen og Gigtforeningen.

Tabel 9 – Kommunens samarbejdspartnere om sundhedscentret

Samarbejdspartnere	Sundhedscentre – alle		Sundhedscentre med pulje-midler	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Sygehus	21	37%	5	28%
Praktiserende læger	18	32%	3	17%
Amt/ny region	11	19%	2	11%
Frivillig organisation	5	9%	3	17%
Privat virksomhed	4	7%	1	6%
Speciallæger	1	2%	1	6%
Uddannelsesinstitution	1	2%	1	6%

6. Typer af sundhedscentre

For at bidrage til et overblik og en forståelse af, hvilket indhold de kommende sundhedscentre planlægges at få, er kommunernes ansøgninger i dette afsnit fordelt på typer af sundhedscentre.

Typologiseringen tager udgangspunkt i centrenes fokus på målgrupper, hvorefter centrene kan opdeles i to grupper.

Dels de centre, der har et bredt fokus og skal varetage mange typer af opgaver rettet mod flere målgrupper:
1) *Sundhedscentrum*

Og dels de centre, der har et mere målrettet fokus, og som omfatter fire typer af centre:
2) *Sundhedsfremmecentret* med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse for alle borgere
3) *Det sociale sundhedscenter* med fokus på socialt udsatte, sygedagpengemodtage m.m.
4) *Kronikercentret* med fokus på patienter med kroniske sygdomme og livsstilssygdomme
5) *Genoptræningscentret* med fokus på patienter før og efter indlæggelse på sygehus

Det skal understreges, at det er vanskeligt at foretage en helt skarp opdeling af sundhedscentrene i forskellige typer. Det skyldes, at de fleste sundhedscentre skal varetage mange forskellige opgaver på samme tid – blot i et varierende omfang. Desuden fremgår det ikke altid tydeligt i ansøgningen, hvilken vægt de enkelte opgaver har. Det vil sige, at det er nødvendigt at foretage en vis tolkning af, hvad der er centrets egentlige kerneopgave, for at kunne placere centret inden for en given type. Desuden er der lagt vægt på, hvad centret skal omfatte i forsøgsperioden, frem for de visioner de enkelte kommuner kan have for centret på længere sigt.

Nedenfor opdeles sundhedscentrene på typer af centre (tabel 13), som enten har et bredt fokus på flere målgrupper eller har et målrettet fokus. De enkelte typer beskrives for så vidt angår særlige karakteristika ved målgruppe, indsats, forventet effekt, organisation og ansøgende kommuner.

Tabel 13 – Typer af sundhedscentre

Fokus	Antal	Procent
Sundhedscenter for flere målgrupper Sundhedscentrum • skal skabe sammenhængende patientforløb, enten central/decentral struktur, ofte placeret i eksisterende bygninger som sygehus og plejehjem, også virtuel og projektbaseret organisation, forebyggelses- og rådgivningsklinikker, senge- og døgnpladser, personale er koordinator, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter og flere eksempler på samarbejde med eksterne parter	32	56%
Sundhedscenter med målrettet fokus Sundhedsfremmecentret - borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse (3) • skal koordinere og skabe sammenhængende patientforløb, ét samlet center, både i nye bygninger og eksisterende – f.eks. sygehus, forebyggelsesklink, ingen senge- og døgnpladser, personale er forebyggelseskonsulent, socialrådgiver, sundhedsplejersker, læger og koordinator, ikke sygeplejersker og ingen formelle samarbejder med eksterne parter Det sociale sundhedscenter - socialt udsatte, sygedagpengemodtage m.m. (3) • skal reducere omfanget af sygehusindlæggelser, skabe kvalitet og sammenhæng i patientforløb, ét samlet center, i eksisterende bygninger, opgavevaretagelse i centret eller via teams, ingen senge- og døgnpladser, personale er socialrådgivere, psykologer, læger og sygeplejersker og formelt samarbejde med patientforening og sygehus Kronikercentret - kronisk syge og patienter med livsstilssygdomme (7) • skal skabe sammenhængende patientforløb, hyppigst ét samlet center, primært i eksisterende bygninger, forebyggelses- eller sygeplejeklinik, ingen senge- og døgnpladser, personale er sygeplejersker og fysioterapeuter i centret og koordinator, diætist og ergoterapeut og formelle samarbejder med praktiserende læge, sygehus og amt/region. Genoptræningscentret - patienter før og efter indlæggelse på sygehus (12) • skal reducere sygehusindlæggelse, ét samlet center, både i eksisterende bygninger f.eks. på plejehjem, i nyt byggeri og murstensløst, senge- og døgnpladser, udgående teams, personale er fysioterapeuter, sygeplejersker, koordinator og ergoterapeuter og samarbejder med flere eksterne partnere, herunder private virksomheder	25	44%
I alt	57	100%

Som det fremgår, er der relativt flere sundhedscentre med fokus på flere målgrupper (32) i forhold til sundhedscentre med et målrettet fokus (25). Blandt de målrettede centre er der flest Genoptræningscentre (12) og Kronikercentre (7) og derudover et mindre antal af Det sociale sundhedscenter (3) og Sundhedsfremmecentret (3).

”Sundhedscentrum” - fokus på flere målgrupper
Dette center har et meget bredt fokus, som er rettet mod flere målgrupper - både borgere og patienter. Centret skal typisk varetage borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, en patientrettet forebyggelse i forhold til kronikere og livsstilssygdomme samt en indsats rettet mod patienter før og efter sygehusindlæggelse. Det er en central opgave for centret, at det skal samle eller koordinere borgernes tilbud og ydelser på tværs af sundhedsområdet. I nogle tilfælde skal centret udgøre én indgang for borgeren i lokalområdet, og nogle kommuner vælger, at centret skal rumme mange sundhedsopgaver i eget regi med et tæt samspil med amtet/regionen.

Centrets primære effekt forventes at være mere sammenhængende patientforløb, udvikling af metode og model, øget sundhedstilstand samt reduktion i sygehusindlæggelse.

I forhold til de øvrige centertyper er det karakteristisk, at centertypen ”Sundhedscentrum” kan etableres både med en struktur bestående af ét samlet center og af centre med en mere decentral struktur. Centret placeres primært i eksisterende bygninger og skal ofte integreres med sygehus og/eller plejehjem. Det fremgår, at godt halvdelen af centrene skal drive en åben forebyggelses- eller sygeplejeklinik, og at en tredjedel skal drive egne senge- og døgnpladser. Der er fem centre, der ikke skal etableres som en murstensløsning, idet to skal fungere virtuelt i forhold til borgerne, mens tre skal etableres som en projektorganisation.

Personalet udgøres typisk af en koordinator, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter. I forhold til de øvrige centertyper er der derudover relativt flere diætister.

Der er en del eksempler på formelle samarbejder med forskellige parter. Der samarbejdes i høj grad med sygehuse, praktiserende læger, amt/region samt patientforeninger.

Ud af alle ansøgningerne hører 32 ind under denne kategori. Alle kommunestørrelser er repræsenteret. Tre fjerdedele er mellemstore kommuner på mellem 20.000 og 100.000 indbyggere, hvoraf mere end halvdelen er samarbejdende kommuner. Derudover er der i forhold til de mere målrettede centertyper en tydelig overrepræsentation af små kommuner på under 20.000 indbyggere. Der er omvendt kun to centre, der repræsenterer over 100.000 indbyggere. Det ene er et samarbejde mellem flere kommuner. Der kan spores en tendens til, at de samarbejdende kommuner ønsker, at deres fælles Sundhedscentrum skal etableres med en decentral struktur.

”Sundhedsfremmecentret” - målrettet borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse
Fokus for denne centertype er en borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, som skal fremme en sund livsstil, og forebygge at sygdom overhovedet opstår. I langt de fleste tilfælde skal sundhedscentrene prioritere risikofaktorerne kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol.

Kommunerne ønsker med denne centertype at skabe sammenhæng i tilbud og patientforløb. I forhold til de øvrige centre er det karakteristisk, at ingen angiver, at dette center forventes at ville medføre en økonomisk gevinst. Det fremgår ikke direkte af ansøgningerne, at denne centertype forventes at øge sundhedstilstanden i lokalområdet. Dette kan undre og muligvis begrundes med, at kommunerne antager, at denne effekt implicit er nævnt, når centrets kerneopgave er sundhedsfremme.

Centret har en central struktur og er placeret samlet i én bygning. Sundhedscentrets aktiviteter gennemføres typisk i selve centret, hvor der kan tilbydes rådgivning til borgere, der henvender sig uden

aftale, eller som henvises af deres praktiserende læge. Derudover er også daginstitutioner og arbejdsplader nævnt som arenaer, hvor centret gennemfører sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Der er ingen senge- og døgnpladser i centret.

De typiske personalekategorier er forebyggelseskonsulent, socialrådgiver, sundhedsplejersker, læger og koordinator. I forhold til de øvrige centertyper er sygeplejersker repræsenteret i relativt mindre grad.

Der er ingen eksempler på formelle samarbejder med eksterne partnere.

Der er tre af ansøgningerne, der hører ind under denne kategori. Alle tre er eksempler på samarbejdende kommuner, der repræsenterer mellem 20.000 og 100.000 indbyggere.

"Det sociale sundhedscenter" - målrettet socialt udsatte, sygedagpengemodtage m.m.
Kerneopgaven for denne type sundhedscenter er at varetage opgaver rettet mod borgere med særlige sociale problemer. Det kan være langtidssyge med risiko for udstødelse af arbejdsmarkedet, misbrugere eller et lokalområde med særlige sociale problemer. Indsatsen er meget bred og rummer både sociale og sundhedsmæssige opgaver. Der varetages både borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse samt patientrettet forebyggelse. Der arbejdes bl.a. på at sikre, at den enkelte borgers sygeforløb koordineres effektivt på tværs af social- og sundhedssektorerne og på at udarbejde individuelle rehabiliteringsplaner eller en målrettet indsats i forhold til diabetikere.

Kommunerne ønsker med denne centertype at reducere omfanget af sygehusindlæggelser og skabe kvalitet og sammenhæng i tilbud og patientforløb. I forhold til de øvrige centre er der også lagt vægt på at opnå en økonomisk gevinst.

Centret har en central struktur og placeres samlet i én eksisterende bygning. Opgaverne varetages enten i centret eller via teams. Der er ingen senge- og døgnpladser i centret. Det oplyses, at tilbudene kan være visiterede – f.eks. i form af henvisning fra egen læge til sundhedscentret eller henvisning af langtidssyge fra sagsbehandler i kommunen til sundhedscentret.

Socialrådgivere og psykologer udgør sammen med læger og sygeplejersker kernepersonalet i centret.

Der er et eksempel på, at en kommune indgår i et formelt samarbejde med en patientforening og et sygehus om en fælles opgavevaretagelse rettet mod diabetikere.

Tre af ansøgningerne hører ind under denne kategori. Det er alene store kommuner med over 100.000 indbyggere, der er repræsenteret, og heraf udgør én af ansøgningerne et samarbejde mellem kommuner.

"Kronikercentret" - målrettet kronisk syge og patienter med livsstilssygdomme
For denne type sundhedscenter er kerneopgaven at varetage forebyggelse målrettet patienter med kroniske lidelser og/eller livsstilssygdomme. Der tilbydes vedligeholdende træning, genoptræning og rehabilitering gennem eksempelvis individuel rådgivning samt patientskoler, hvor den enkelte undervises i at håndtere egen sygdom. Indsatsen i forhold til kroniske sygdomme er særligt rettet mod KOL, hjertesygdomme, diabetes og sygdomme i bevægeapparatet. Det typiske fokus i forhold

til livsstilssygdomme omhandler risikofaktorerne motion, rygning, kost og overvægt. Det er en væsentlig opgave for dette center at koordinere tilbud og patientforløb på tværs af sundhedsområdet.

Kommunerne forventer med denne type sundhedscenter at skabe bedre sammenhæng i tilbud og patientforløb, udvikle metode og model, øge sundhedstilstanden, reducere sygehusindlæggelse og øge kvaliteten.

Der er variation i den organisatoriske struktur – de fleste centre etableres som ét samlet center, mens knap en tredjedel skal have en mere decentral struktur. Centret placeres primært i eksisterende bygninger. I forhold til de øvrige centertyper varetages opgaverne i mindre grad i selve centret og i lidt højere grad gennem en forebyggelses- eller sygeplejeklinik. Der er ingen senge- og døgnpladser i centret.

Der er sygeplejersker og fysioterapeuter i centret og typisk også koordinator, diætist og ergoterapeut.

Der er eksempler på formelle samarbejder med praktiserende læge, sygehus og amt/region.

Ud af ansøgningerne hører 7 ind under denne kategori. Næsten alle er mellemstore kommuner på mellem 20.000 og 100.000 indbyggere, hvoraf halvdelen er samarbejdende kommuner. Der er derudover én lille kommune på under 20.000 indbyggere.

"Genoptræningscentret" - målrettet patienter før og efter indlæggelse på sygehus
Dette er en type sundhedscenter, der til forskel fra andre sundhedscentre i særlig grad har fokus på patienter før og efter sygehusindlæggelse. Indsatsen før en planlagt operation omfatter vejledning om rygestop, fysisk træning og motion og har som formål at styrke patientens fysik og forkorte sygehusindlæggelsen. Indsatsen efter sygehusindlæggelse omfatter vejledning om livsstilsvaner og derudover også genoptræning og rehabilitering for de patienter, der har behov herfor - evt. på grundlag af en genoptræningsplan fra sygehuset. Også pleje eller observation af ældre patienter, der ikke har behov for egentlig sygehusindlæggelse, kan være blandt centrets opgaver. Patientgruppen varierer og omfatter patienter med kroniske lidelser, livsstilssygdomme, reumatologiske og ortopædkirurgiske sygdomme, apopleksi samt kræftlidelser.

Effekten forventes primært at være en reduktion i sygehusindlæggelse, udvikling af metode og mode samt at øge sundhedstilstanden.

Genoptræningscentrenes struktur udgøres primært af ét samlet center. Nogle centre placeres i eksisterende bygninger f.eks. på plejehjem, mens der for en fjerdel bygges helt nye fysiske rammer. Ét center skal udgøres af et eller flere projekter frem for mursten, mens ét center skal fungere rent virtuelt, som en IT-baseret indgang i forhold til borgerne. To tredjedel af centrene skal drive egne senge- og døgnpladser enten til observation eller pleje af patienter, der ikke har behov for sygehusindlæggelse, eller til varetagelse af genoptræning. En tredjedel af centrene skal løse opgaver gennem udgående teams.

Personalet i denne centertype udgøres især af fysioterapeuter, sygeplejersker, koordinator og ergoterapeuter.

Der er flere eksempler på konkrete samarbejder med forskellige partnere. Således samarbejdes der i høj grad med sygehuse, praktiserende læger, amt/region, private virksomheder samt patientorganisationer.

Der er 12 centre i denne kategori. Alle kommunestørrelser er repræsenteret. Hovedparten er mellemstore kommuner. Derudover er der to kommuner med færre end 20.000 indbyggere og to med flere end 100.000 indbyggere. Der er kun tre eksempler på samarbejdende kommuner – to har en mellemstørrelse og et har en stor.

Sundhedscentertyper, kommunestørrelse og kommunesamarbejder
Inden for de enkelte typer af sundhedscentre er det tydeligt, at selvom der er et fælles fokus på samme målgruppe, så er der mange forskellige måder at løse opgaverne på. Der ses således en stor variation i den organisatoriske opbygning inden for hver centertype. Den valgte løsningsmodel vil formentlig være afhængig af de specifikke formål, der opstilles for centret, og derudover også af særlige lokale rammer og vilkår.

Når der tages udgangspunkt i kommunestørrelser (tabel 14), fremgår det, at små kommuner primært vælger at etablere et Sundhedscentrum, der har et bredt fokus på flere målgrupper, samt et Genoptræningscenter. Mellemstore kommuner vælger især at etablere et Sundhedscentrum, et Genoptræningscenter eller et Kronikercenter, mens de store kommuner vælger at etablere Det sociale center, et Sundhedscentrum eller et Genoptræningscenter. Sundhedsfremmecentret etableres alene af mellemstore kommuner og Det sociale center etableres alene af de store kommuner.

Kommuner, der skal indgå i et samarbejde, vælger stort set de samme centertyper, som de, der ikke skal indgå i et samarbejde. Dog er det kun samarbejdende kommuner, der etablerer Sundhedsfremmecentre. Der er derudover en lille tendens til, at de samarbejdende kommuner i højere grad vælger et Sundhedscentrum, mens de kommuner, der ikke skal, etablerer et Genoptræningscenter, et Kronikercenter eller Det Sociale center.

Tabel 14 – Sammenhæng mellem sundhedscentertyper, kommunestørrelse og kommunesamarbejder

	Sundheds centrum	**Sundheds-fremme-centret**	**Det sociale center**	**Kroniker-centret**	**Genop-trænings-centret**	**I alt**
Kommunestørrelse						
20.000<X	10%	0%	0%	2%	4%	16%
20.000<X<100.000	42%	5%	0%	11%	14%	72%
100.000<X	4%	0%	5%	0%	3%	12%
I alt	56%	5%	5%	13%	21%	100%
Samarbejde med andre kommuner ?						
Nej	26%	0%	4%	7%	16%	53%
Ja	30%	5%	2%	5%	5%	47%
I alt	56%	5%	5%	13%	21%	100%

Sundhedscentrum er den type center, der er valgt hyppigst uanset kommunestørrelse og samarbejde. Det kan i den forbindelse tænkes, at små kommuner ønsker sundhedscentre, der i et tæt samspil med

amtet/regionen, kan samle mange sundhedsopgaver og udgøre én indgang for borgeren. De mellemstore og store kommuner, som ofte udgøres af et antal samarbejdende kommuner, kan have et andet rationale bag valget, som handler om at skabe et samlende og koordinerende sundhedscenter, der udnytter forskellige og eventuelt allerede eksisterende tilbud på tværs af kommunens geografi.

Genoptræningscentret vælges næsthyppigst og vælges ligeledes af alle kommunestørrelser og samarbejder. Det kan hænge sammen med, at genoptræningsopgaven er en konkret opgave, hvis opgavevaretagelse kommunerne under alle omstændigheder skal tage stilling til, og som de kan vælge at løse i et sundhedscenter.

Kronikercentret vælges af alle men især af de mellemstore kommuner. Baggrunden herfor er muligvis forventningen om en stigning i antallet af kronikere og patienter med livsstilssygdomme og derfor et kommunalt ønske om at forebygge netop på dette område. Der er desuden – ikke mindst fra de centrale sundhedsmyndigheder – et voksende fokus på indsatsen netop i forhold til disse patientgrupper, hvilket måske kan spille ind på kommuners valg af fokus.

Det sociale center vælges alene af de store kommuner, hvilket kan hænge sammen med en sammenhæng mellem store byer og visse sociale problemer, men som også kan udspringe af, at store byer generelt har flere ressourcer – ikke mindst fagligt - til at kunne prioritere det mere målrettede fokus. Eventuelt eksisterer der allerede forebyggelsestilbud i kommunen indenfor sundhedsområdet, som sundhedscentret derfor ikke behøver at omfatte. Der kan eventuelt være etableret sundhedscentre i forvejen.

Sundhedsfremmecentret vælges alene af de mellemstore kommunesamarbejder. Baggrunden herfor kan ligesom ved Sundhedscentrum være et ønske om et sundhedscenter, der fungerer på tværs af kommunens geografi, men som derudover skal medvirke til at skabe synlighed om den nye kommunes fælles profil på sundhedsområdet.

Ovennævnte hypoteser om sammenhænge mellem sundhedscentertyper, kommunestørrelser og samarbejder er med til at belyse etableringen af de enkelte sundhedscentre. Det skal dog understreges at det netop er hypoteser og ikke sandheder. Der er derudover mange andre variable, der bør inddrages, for at nå frem til fyldestgørende analyse af årsagerne til valget af de enkelte sundhedscentre. Andre variable, der kan spille ind, er kommunens geografiske størrelse og placering, land/by, ressourcer i kommunen, samarbejdsrelationer samt den historiske og politiske kontekst i øvrigt. Disse variable har det ikke været muligt at inddrage i denne analyse, idet der ikke foreligger tilstrækkelige informationer.

7. Diskussion

Når alene antallet af ansøgninger til sundhedscenterpuljen under Indenrigs- og Sundhedsministeriet opgøres, har der siden foråret 2005 været knap 100 kommuner i gang med formelle overvejelser og planer om at etablere et sundhedscenter i lokalområdet.

Den store interesse fra kommunernes side kan hænge sammen med, at sundhedscentre tidligt i diskussionerne om kommunalreformen er blevet opfattet som en model, der er blevet anbefalet til at varetage de nye kommunale sundhedsopgaver. I den vedtagne sundhedslov fremgår det imidlertid,

at kommunerne alene foreslås at gøre forsøg med sundhedscentre. Sundhedscentre anbefales ikke som den eneste løsningsmodel. En anden årsag til kommunernes store interesse for sundhedscentre er derudover det økonomiske incitament, der udspringer af de afsatte puljemidler til forsøg med sundhedscentre.

I gennemgangen af kommunernes projektbeskrivelser er det tydeligt, at der ikke eksisterer én entydig udmøntning af sundhedscenterbegrebet. Dette hænger i høj grad sammen med, at et sundhedscenter er et relativt nyt begreb i dansk sammenhæng. Der eksisterer kun få - og meget forskellige - eksempler på sundhedscentre i Danmark. Desuden har der ikke på forhånd, hverken som en del af sundhedsloven eller ved etableringen af sundhedscenterpuljen, været udmeldt præcise retningslinier for, hvilke konkrete opgaver et sundhedscenter skal kunne løse, og hvordan et center skal opbygges organisatorisk. Dermed er der dannet et stort handlerum for, hvordan et sundhedscenter kan defineres og etableres lokalt.

Som dette notat har skitseret, planlægger kommunerne generelt centre, der skal varetage en meget bred indsats rettet mod flere målgrupper. Det er dog spørgsmålet, om ikke centrene med tiden vil få et mere målrettet fokus. Derudover vil kommunerne i den videre planlægning af de enkelte centre skulle tage højde for de generelt snævre økonomiske rammer og særligt de kommuner, der ikke opnåede bevilling fra sundhedscenterpuljen, skal igennem overvejelser om, hvorvidt sundhedscentrene skal etableres, og i givet fald om alle de skitserede opgaver skal gennemføres.

Analysen af sundhedscentrenes indsats viser samtidig, at kommunerne har et lidt større fokus på patienterne frem for på borgerne. Dette kan ses som et udtryk for, at kommunerne generelt prioriterer en indsats rettet mod de sundhedsopgaver, der forventes at have en umiddelbar betydning for kommunens økonomi. Dels skal sygehusene i medfør af sundhedsloven fremover udskrive patienter med en genoptræningsplan til opfølgning i kommunerne, og kommunerne skal derfor under alle omstændigheder til at tage stilling til, hvordan denne patientrettede opgave skal løses. Og dels forventes antallet af patienter med kroniske sygdomme og livsstilssygdomme generelt at vokse, hvorfor kommunerne gennem en patientrettet forebyggelse kan søge at reducere antallet af sygehusindlæggelser og omfanget af den kommunale medfinansiering.

Kommunerne ønsker dog også at varetage den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse. Indsatsen skal varetages af hovedparten af alle centre, men der er kun tre centre, der har denne opgave som sin kerneopgave. Dette kan skyldes, at det i en kommunal kontekst kan være vanskeligt at afsætte midler til et område, hvor der generelt mangler dokumentation for effekten, og hvor gevinsten ved indsatsen først forventes opnået på længere sigt.

I forhold til sundhedscentrenes organisation ses stor variation. I hvert enkelt tilfælde afhænger den valgte løsningsmodel i høj grad af de specifikke formål, der opstilles for centret, og vil derudover være et udtryk for de særlige rammer og vilkår, der er til stede lokalt - så som geografi, ressourcer, samarbejdsrelationer samt den historiske og politiske kontekst i øvrigt.

Dette statusnotat har forsøgt at belyse kommunernes forskellige ideer og planer. SIF har af Indenrigs- og Sundhedsministeriet fået til opgave at evaluere de 18 sundhedscentre, der er blevet bevilget midler fra sundhedscenterpuljen. Evalueringen vil i de kommende år være med til at uddybe baggrunden for den konkrete etablering af de enkelte sundhedscentre, deres implementering og så vidt muligt også deres effekt.