



# Sundhedscenter Østerbro

Fra idé til drift

## Indhold

Forord side 1

Det første spadestik side 3

Fire store patientgrupper side 4

Koordinationen  
mellem det kommunale  
og regionale niveau side 8

Sundhedscentret  
udgør kun én brik side 10

Patientforløbet i  
Sundhedscenter Østerbro side 15

Sundhedscentrets  
personalegruppe side 20

Formidling af  
Sundhedscentrets arbejde side 21

Indsatsen i Sundhedscentret  
bliver evalueret side 22

Flere sundhedscentre  
er på vej side 24

## Sundhedscenter Østerbro

### Fra idé til drift

Udgivet marts 2007 af:  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Center for Faglig Udvikling  
Sjællandsgade 40  
2200 København N  
Telefon 35 30 35 30  
[www.kk.dk](http://www.kk.dk)

Tekst:  
Cecilia Ravn Jensen  
Eva Borg  
Birgitte Gade Koefoed

Forsideillustration:  
Dodi Romanati

Fotos: Anne-Li Engström

Grafisk design:  
Bjørn Rasmussen Grafik

Repro og tryk:  
Rosendahls Bogtrykkeri,  
Esbjerg

ISBN 87-89863-55-0

# SUNDHEDSCENTRE

## En vigtig brik i patientrettet forebyggelse

I Københavns Kommune er der ca. 150.000 borgere med kronisk sygdom, og antallet er stigende. Det er en udfordring, der ikke kun løses ved, at man i sundhedsvæsenet arbejder hurtigere – der er behov for radikal nytænkning både på det kommunale og det regionale niveau.

Sundhedscenter Østerbro er det første sundhedscenter for kronisk syge borgere i Københavns Kommune – og i Danmark. Det blev etableret i april 2005. Da strukturreformen trådte i kraft den 1. januar 2007 havde Københavns Kommune altså tilbudt patientrettet forebyggelse i mere end halvdelen af året. Det er vigtigt at indsatsen bliver evalueret – både så vi kan udvikle opgaveløsningen, og så vi kan formidle vores erfaringer til andre.

Vi har i Københavns Kommune besluttet at fortsætte og videreudvikle sundhedscenter-idéen. Vi kan allerede nu se, at Sundhedscenter Østerbro udgør en vigtig brik i den patientrettede forebyggelse i Københavns Kommune. Derfor er vi i gang med at udbygge sundhedscentrene, og det er vores vision, at tilbuddene i sundhedscentrene skal dække kronisk syge borgere i hele byen.

Hvis kommunen skal kunne tilbyde rehabilitering af høj faglig kvalitet, er det vigtigt, at vi har et tæt samarbejde med den specialiserede indsats, der finder sted på hospitalet. De praktiserende læger spiller bl.a. i kraft af deres tovholder-funktion også en vigtig rolle i indsatsen over for borgere med kronisk sygdom. Kronisk sygdom påvirker hele borgerens livssituation, og derfor er det vigtigt, at indsatsen ikke kun er begrænset til sundhedsvæsenet – også private aktører som f.eks. patientforeninger skal inddrages.

Da sundhedscentret bliver evalueret i 2007, er det ikke tanken at denne udgivelse skal bedømme eller vurdere. *Sundhedscenter Østerbro – Fra idé til drift* giver et billede af de overvejelser, udfordringer og løsninger, der har udgjort byggestenene i Sundhedscenter Østerbro.



*Mogens Lønborg*

Sundheds- og Omsorgsborgmester  
Københavns Kommune



# DET FØRSTE SPADESTIK

Det første spadestik til Sundhedscenter Østerbro blev taget, da Borgerrepræsentationen i oktober 2003 besluttede at afsætte to millioner kroner til udvikling af sundhedscentre i Københavns Kommune. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indgik på denne baggrund et samarbejde med Bispebjerg Hospital og de praktiserende læger om udvikling af sammenhængende patientforløb i Københavns Kommune for borgere med kronisk sygdom. Samarbejdet blev udmøntet i projektet *Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge (SIKS)*, der har til formål at styrke det sammenhængende patientforløb og fremme rehabiliteringsindsatsen for personer med kroniske sygdomme. Sundhedscenter Østerbro blev oprettet som et led i dette projekt.

Der er opstillet tre mål for Sundhedscenter Østerbro. For det første skal centret bidrage til at styrke forebyggelses- og rehabiliteringsindsatsen for borgere med kronisk sygdom gennem en tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats. Indsatsen skal give borgerne et mere hensigtsmæssigt forløb, bedre funktionsevne og reducere behovet for indlæggelse. For det andet skal sundhedscentret bidrage til at skabe sammenhængende patientforløb for kronisk syge borgere. Dette skal ske ved at styrke indsatsen på det kommunale niveau og ved at sikre en god koordinering mellem de kommunale og regionale indsatser. Endelig skal sundhedscentret være med til at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne i sundhedssektoren, bl.a. ved at støtte borgerne med kroniske sygdomme til bedre at kunne tage vare på sig selv og dermed til en forbedret livskvalitet. Dette kan bl.a. bidrage til at reducere forbruget af sundhedsydelser.

## Rehabilitering

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.<sup>1</sup>

# FIRE STORE PATIENTGRUPPER

**F**ire store patientgrupper blev valgt som indsatsområder i sundhedscentret. Det drejer sig om patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes, hjertesygdomme (hjertesvigt og iskæmisk hjertesygdom), samt fald og balanceproblemer. Baggrunden for at vælge disse fire patientgrupper er, at det er hyppige sygdomme, og at der er god evidens for effekten af rehabilitering.

## **KOL**

Det skønnes, at ca. 30.000 københavnere har KOL. Omkring en tredjedel har dog sygdommen uden at vide det. I det tidligere H:S blev næsten 3.500 patienter årligt indlagt med diagnosen KOL, og den gennemsnitlige indlæggelsestid var ca. 5,5 dage pr. indlæggelse. De fleste KOL-tilfælde diagnosticeres omkring 60 års alderen, men sygdommen har på diagnostidspunktet ofte været længe undervejs. Rygning er den vigtigste risikofaktor for udvikling af KOL, idet 80–90% af alle KOL-tilfælde skyldes rygning.<sup>2</sup>

## **Type 2 diabetes**

Det skønnes, at ca. 22.000 københavnere har type 2 diabetes. Det anslås endvidere, at der er et tilsvarende antal personer med udiagnosticeret type 2 diabetes, idet patienterne typisk har diabetes i 6–10 år, inden diagnosen stilles. De fleste tilfælde af type 2 diabetes diagnosticeres omkring 60 års alderen, men sygdommen udvikles ofte tidligere. Overvægt, forhøjet blodtryk og dyslipidæmi (uhensigtsmæssig sammensætning af blodets fedtstoffer) er de vigtigste risikofaktorer for udvikling af type 2 diabetes, og sygdommen kan medføre følgesygdomme som åreforkalkning, nyrepåvirkning, synsforstyrrelser, påvirkning af perifere nerver og kroniske fodsår. Disse følgesygdomme er den primære årsag til hospitalsindlæggelser og medfører et stort sengedagsforbrug.<sup>3</sup>

### **Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt**

Cirka 20.000 københavnere lider af iskæmisk hjertesygdom, der hyppigst viser sig som blodprop i hjertet eller hjertekrampe. Iskæmisk hjertesygdom rammer hovedsageligt personer over 50 år, og de vigtigste risikofaktorer er diabetes, rygning, forhøjet blodtryk, overvægt og forhøjet kolesteroltal. Iskæmisk hjertesygdom er den hyppigste årsag til kronisk hjertesvigt. Hvert år diagnosticeres ca. 750 nye tilfælde af hjertesvigt i København. Omkring 5.000 københavnere lever med hjertesvigt, mens næsten dobbelt så mange lever med tegn på hjertesvigt. Sygdommen rammer hovedsageligt personer over 75 år. I perioden 2000–2004 udgjorde personer med hjertesygdomme ca. syv procent af alle indlæggelser i Københavns Kommune, og den gennemsnitlige indlæggelsestid var fem dage pr. indlæggelse.<sup>4</sup>

### **Fald og balanceproblemer**

Cirka hver tredje borger over 65 år falder mindst én gang hvert år. Fald er således et af de mest udbredte sundhedsproblemer blandt ældre borgere og er årsag til ca. 600 indlæggelser pga. lårbenshalsbrud årligt i København. Der kan være mange årsager til fald. De vigtigste er svækket muskulatur, nedsat balanceevne og koordination, gangproblemer, nedsat syn, depression og kognitiv dysfunktion. Mange ældre, der falder, har en eller flere kroniske sygdomme.<sup>5</sup>



### **Et nyt indsatsområde**

Et nyt indsatsområde er under udvikling i Sundhedscenter Østerbro. Det drejer sig om rehabilitering af personer med metabolisk syndrom. Metabolisk syndrom er en tilstand, der øger risikoen for udvikling af type 2 diabetes og hjertesygdom. Indsatsen over for metabolisk syndrom udgør derfor en vigtig del af forebyggelsen af disse sygdomme. Rehabiliteringsindsatsen består på nuværende tidspunkt af fysisk træning og kostvejledning.

#### **Metabolisk syndrom**

International Diabetes Federation anvender følgende definition af metabolisk syndrom:

Central adipositas (taljemål over 94 cm for mænd og 80 cm for kvinder) kombineret med to af følgende fire faktorer:

- Forhøjede triglycerider eller behandling for forhøjede triglycerider.
- Lav HDL-kolesterol eller behandling for lav HDL-kolesterol
- Forhøjet blodtryk eller behandling for tidligere diagnosticeret hypertension
- Forhøjet fasteblodsukker eller tidligere diagnosticeret type 2 diabetes.

Det anslås, at ca. 8.000 midaldrende kvinder og 16.000 midaldrende mænd i København har metabolisk syndrom.<sup>6</sup>



### **Borgernes fordeling på diagnosegrupper**

I 2005 deltog 185 borgere i rehabilitering. I 2006 var antallet steget til 267 borgere. Der er sket en omfordeling af diagnosegrupper. I 2005 var der ikke nogen borgere med hjertesygdom eller metabolisk syndrom, men i 2006 udgjorde disse grupper mere end 20% af det samlede antal borgere. Der er sket et fald i andelen af borgere med KOL og type 2 diabetes.

<b>Borgernes fordeling på diagnosegrupper</b> Absolutte tal samt procentdele af samlet antal deltagere		
	I. apr. – 31. dec. 2005	I. jan. – 31. dec. 2006
KOL	55 (30%)	56 (21%)
Type 2 diabetes	82 (44%)	91 (34%)
Fald	37 (20%)	60 (22%)
Hjertesygdom	11 (6%)	29 (11%)
Metabolisk syndrom	–	31 (12%)
I alt	185 (100%)	267 (100%)

# KOORDINATIONEN MELLEM DET KOMMUNALE OG REGIONALE NIVEAU

**K**oordinationen mellem det kommunale og regionale niveau spiller en central rolle, når der skal skabes et sammenhængende patientforløb. For borgere på Østerbro er arbejdsdelingen mellem det kommunale og regionale niveau blevet tilrettelagt således, at kun borgere med de mest komplicerede sygdomstilfælde tilbydes rehabilitering på Bispebjerg Hospital, mens de øvrige borgere tilbydes rehabilitering i Sundhedscenter Østerbro.

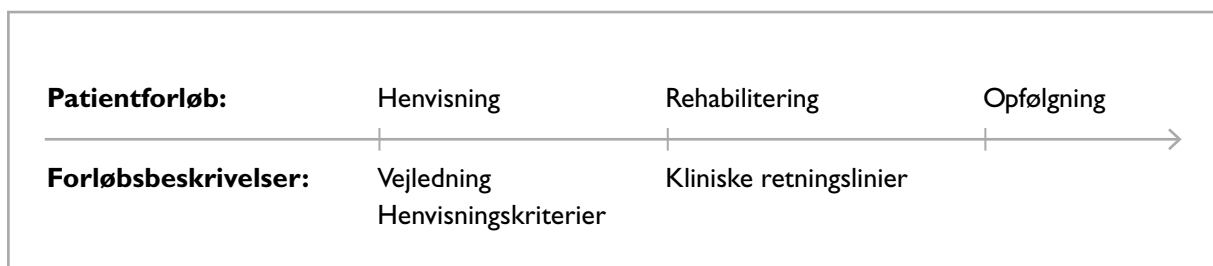
For at sikre en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem primær og sekundær sektor er der blevet udarbejdet *kliniske retningslinier*, *vejledninger* og *henvisningskriterier* for rehabiliteringsindsatsen. Disse værktøjer spiller en central rolle i tilrettelæggelsen af rehabiliteringsindsatsen, og det har været afgørende, at tværfagligt og tværsektorielt sundhedsfagligt personale har deltaget i udarbejdelsen af dem.

Der er udarbejdet kliniske retningslinier for træningsindsatsen. De er udarbejdet af fysioterapeuter, men er blevet godkendt af andre faggrupper fra både primær og sekundær sektor. De kliniske retningslinier er i videst mulig udstrækning evidensbaserede, og de udgør grundstenen i sikringen af den sundhedsfaglige kvalitet i Sundhedscenter Østerbro. For de dele af indsatsen, hvor der ikke er kliniske retningslinier, er indsatsen tilrettelagt efter *best practice* og i konsensus med den indsats, der ydes på Bispebjerg Hospital.

Vejledningerne og henvisningskriterierne benyttes primært af de praktiserende læger. Vejledningerne bruges i forbindelse med udredning, behandling og opfølgning i almen praksis. Henvisningskriterierne bruges i forbindelse med henvisning af patienter til rehabilitering. Ved hjælp af henvisningskriterierne kan de praktiserende læger henvise patienterne således, at de modtager den rehabiliteringsindsats, der passer bedst til deres tilstand.

Henvisningskriterierne er således med til at sikre en fælles forståelse af, hvor i systemet patienterne hører til.

De kliniske retningslinier, vejledninger og henvisningskriterier er samlet i *forløbsbeskrivelser*, der beskriver alle dele af patientforløbet. Disse forløbsbeskrivelser er med til at sikre, at alle aktører har en fælles forståelse af, hvad patientforløbet indeholder. Målgruppen for forløbsbeskrivelserne er alle sundhedsprofessionelle, der arbejder med behandling og rehabilitering af mennesker med kroniske sygdomme. Derfor er de udarbejdet af tværfagligt og tværsektorielt sundhedspersonale. Der er udarbejdet kliniske retningslinier, vejledninger og henvisningskriterier for alle fire patientgrupper. På nuværende tidspunkt findes kun en samlet forløbsbeskrivelse for KOL. De øvrige forløbsbeskrivelser er under udarbejdelse og forventes færdige primo 2007.



Kliniske retningslinier, vejledninger, henvisningskriterier og forløbsbeskrivelser kan findes på SIKS-projektets hjemmeside [www.siks-kbh.dk](http://www.siks-kbh.dk)

# SUNDHEDSCENTRET UDGØR KUN ÉN BRIK

Sundhedscentret udgør kun én brik i indsatsen over for kronisk syge borgere. Derfor har sundhedscentret et tæt samarbejde med en lang række aktører.

## **Borgeren og de pårørende**

Borgeren indtager naturligvis den centrale plads i hele forløbet. Hvis indsatsen i sundhedscentret skal være succesfuld, er det en forudsætning, at borgeren er motiveret for at deltage i rehabiliteringsforløbet. Indsatsen er baseret på, at borgeren selv træffer beslutninger og selv ønsker at forbedre sin livssituation.

De pårørende spiller også en vigtig rolle. For det første påvirker kronisk sygdom ofte hele borgerens livssituation og dermed også de pårørende. For det andet er de pårørendes opbakning og motivation vigtig. Sundhedscentret vil fremover øge fokus på inddragelse af de pårørende.

## **SIKS-projektet**

SIKS-projektet er et tæt samarbejde mellem Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning – herunder Sundhedscenter Østerbro – rehabiliteringsenheder på Bispebjerg Hospital samt de praktiserende læger på Østerbro. Projektet er organiseret med en styregruppe, en projektledelse og fire sundhedsfaglige arbejdsgrupper – én for hver diagnosegruppe. I arbejdsgrupperne er der repræsentanter fra relevante faggrupper og fra både primær og sekundær sundhedssektor. Desuden er der i projektet ansat en tværfaglig stab, der i samarbejde med arbejdsgrupperne har spillet en stor rolle i udviklingen af kliniske retningslinier, vejledninger og forløbsbeskrivelser. Det har haft helt central betydning, at arbejdsgrupperne har været tværfaglige og tværsektorielle, da det har været med til at sikre, at værktøjerne opfylder de behov, der konkret findes blandt personalet i sundhedscentret, på Bispebjerg Hospital og hos de praktiserende læger. Der har været særligt fokus på at inddrage de praktiserende læger, fordi de i kraft af deres funktion som tovholdere spiller en central rolle i rehabiliteringsforløbet. Ud over

deres deltagelse i arbejdsgrupperne er der tilknyttet en praksiskonsulent til sundhedscentret, der løbende er med til at understøtte samarbejdet mellem Bispebjerg Hospital, Sundhedscenter Østerbro og de praktiserende læger.

### **Bispebjerg Hospital**

Sundhedscenter Østerbro indgår i et tæt samarbejde med Bispebjerg Hospital omkring rehabiliteringsindsatsen. Konkret udmønter dette samarbejde sig i videndelmøder mellem personalet på Bispebjerg Hospital og i Sundhedscenter Østerbro samt de praktiserende læger på Østerbro. Formålet med disse møder er at øge personalets kompetencer og de praktiserende lægers viden om rehabilitering. Videndelmøderne holdes én gang hver anden måned for hver af de fire indsatsområder – KOL, type 2 diabetes, hjertesygdomme samt fald og balanceproblemer. Derudover samarbejder sundhedscentret og Bispebjerg Hospital om forskningsprojekter inden for type 2 diabetes og fald. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har endvidere bevilliget penge til et screeningsprojekt inden for KOL, hvor sundhedscentret ligeledes kommer til at spille en vigtig rolle.

### **De praktiserende læger på Østerbro**

Ud over den vigtige rolle, de praktiserende læger har spillet i forbindelse med planlægningen af rehabiliteringsindsatsen, foregår der i det daglige et tæt samarbejde mellem Sundhedscenter Østerbro og de praktiserende læger. De praktiserende læger fungerer som tovholdere på hele rehabiliteringsforløbet – det er oftest dem, der udreder og behandler patienten og derefter henviser vedkommende til sundhedscentret, og de følger ligeledes patienten under hele rehabiliteringsforløbet, idet de bevarer den centrale behandlerrolle i forhold til patienten.

Sundhedscenter Østerbro har deltaget i planlægning af undervisning for de praktiserende læger og praksispersonalet, hvor specialister inden for de fire sygdomsgrupper præsenterer cases. Disse møder er finansieret af den regionale kvalitetsudviklingspulje for almen praksis.

### **Ældrehus Østerbro**

Sundhedscentret er placeret i samme bygning som Ældrehuset i Randersgade, der indeholder et træningscenter, et aktivitetscenter og hjemmeplejen for Indre Østerbro. Der er et tæt samarbejde mellem sundhedscentret og disse øvrige kommunale tilbud. For eksempel bliver en del borgere, der er blevet henvist til rehabilitering i Sundhedscenter Østerbro, henvist til træningscentret med henblik på individuel træning eller hjemmetræning.



I aktivitetscentret er der mulighed for socialt samvær med andre borgere. Desuden er aktivitetscentret et naturligt sted for borgerne at fortsætte med den vedligeholdende træning.

### **Andre kommunale tilbud og tilbud i lokalmiljøet**

Sundhedscenter Østerbro samarbejder med Folkesundhed København og Familieskolen om nærgymnastik. Sundhedscentret har stillet træningsfaciliteter til rådighed for flere nærgymnastikhold, og en af sundhedscentrets fysioterapeuter fungerer som underviser på nærgymnastikholdene. På den måde kan en del af de borgere, der har afsluttet rehabiliteringsforløbet, fortsætte med at lave fysisk træning i de omgivelser, som de er vant til. Sundhedscentret samarbejder desuden med en aftenskole om hensyntagende træning. Her stiller sundhedscentret ligeledes faciliteter til rådighed.

Sundhedscenter Østerbro har indgået samarbejde med en privat idrætsforening, der tilbyder fysisk træning til borgere, som har type 2 diabetes, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk, eller som er overvægtige. Det er et tilbud til borgere, der er afsluttet i sundhedscentret, men som har brug for opbakning og motivation til at fortsætte den fysiske træning.

Sundhedscenter Østerbro har to gange været aktiv i seniormessen, der er et årligt arrangement, hvor de ældre borgere har mulighed for at stifte

bekendtskab med en lang række af de tilbud, der er i deres lokalområde. Sundhedscentret har sammen med Træningscenter Østerbro ansvaret for afholdelse af den næste seniormesse på Østerbro. Sundhedscentret henviser endvidere mange borgere til ældreklubberne i Københavns Kommune og følger nogen gange borgerne derhen, så de kan blive introduceret til ældreklubbernes tilbud.

Sundhedscentret stiller desuden faciliteter til rådighed for Københavns Kommunes tilbud om gratis vaccination til alle borgere over 65 år og til rygestopkurser, der udbydes af Folkesundhed København.

### **Patientforeninger**

Sundhedscentret samarbejder med Danmarks Lungeforening, Diabetesforeningen og Hjerteforeningen. Danmarks Lungeforening holder netværksmøder i sundhedscentret en gang om måneden, og Diabetesforeningen arrangerer motivationsgrupper forår og efterår. Hjerteforeningen har en selvhjælpsgruppe for patienter med kronisk hjertesvigt, som mødes i Hjerteforeningens lokaler. Sundhedscentret formidler kontakten mellem borgeren og foreningen.

### **Apoteker**

Sundhedscentret har samarbejdet med et apotek på Østerbro om en undersøgelse af polyfarmaci (indtagelse af mere end et lægemiddel dagligt) blandt borgere med kroniske sygdomme. En farmaceut lavede 25 kvalitative interviews med borgere, der blev rekrutteret fra sundhedscentret. Resultatet af undersøgelsen ligger klar forår 2007.

### **Fremtidens tilbud**

Det er vigtigt, at borgerne har mulighed for at vedligeholde de livsstilsændringer, der er opnået efter et afsluttet rehabiliteringsforløb. Sundhedscentret vil derfor forstærke indsatsen for at skabe flere vedligeholdelsestilbud til borgerne. Disse tilbud skal etableres i et samarbejde med andre aktører – både dem, som sundhedscentret allerede samarbejder med såvel som nye samarbejdspartnere.

#### **Møder i patientforeninger**

- Danmarks Lungeforening har afholdt 10 netværksmøder siden efteråret 2005 med deltagelse af ca. 15 personer hver gang.
- Diabetesforeningen har afholdt 12 møder i 2005 med ca. 12 deltagere hver gang. I 2006 har der kun været afholdt 4 møder med ca. 10 deltagere hver gang. Det lave antal skyldes, at der har været problemer med at finde instruktører til møderne. Der er blevet uddannet nye instruktører i januar 2007.





# PATIENTFORLØBET I SUNDHEDSCENTER ØSTERBRO

**P**atientforløbet i Sundhedscenter Østerbro starter oftest med, at borgeren henvises fra sin egen læge. Borgeren kan dog også henvises direkte fra Bispebjerg Hospital, Gentofte Hospital eller Rigshospitalet.

Siden sundhedscentrets åbning i april 2005 er der sket en markant stigning i antallet af læger, der henviser patienter til sundhedscentret. I juni 2005 havde 24 praktiserende læger på Østerbro – svarende til ca. 45% – henvist patienter til sundhedscentret. Allerede i august 2005 var andelen steget til ca. 80%, og ved udgangen af 2006 havde ca. 90% af alle praktiserende læger på Østerbro henvist patienter. Lidt mere end 80% af lægepraksis havde henvist op til 10 patienter hver, og ca. 5% havde henvist mere end 10 patienter hver.

Rehabiliteringsforløbet består af fire elementer – en indledende samtale, et rehabiliteringsprogram, en afsluttende samtale og opfølgning efter en, tre, seks og 12 måneder.

## **Den indledende samtale**

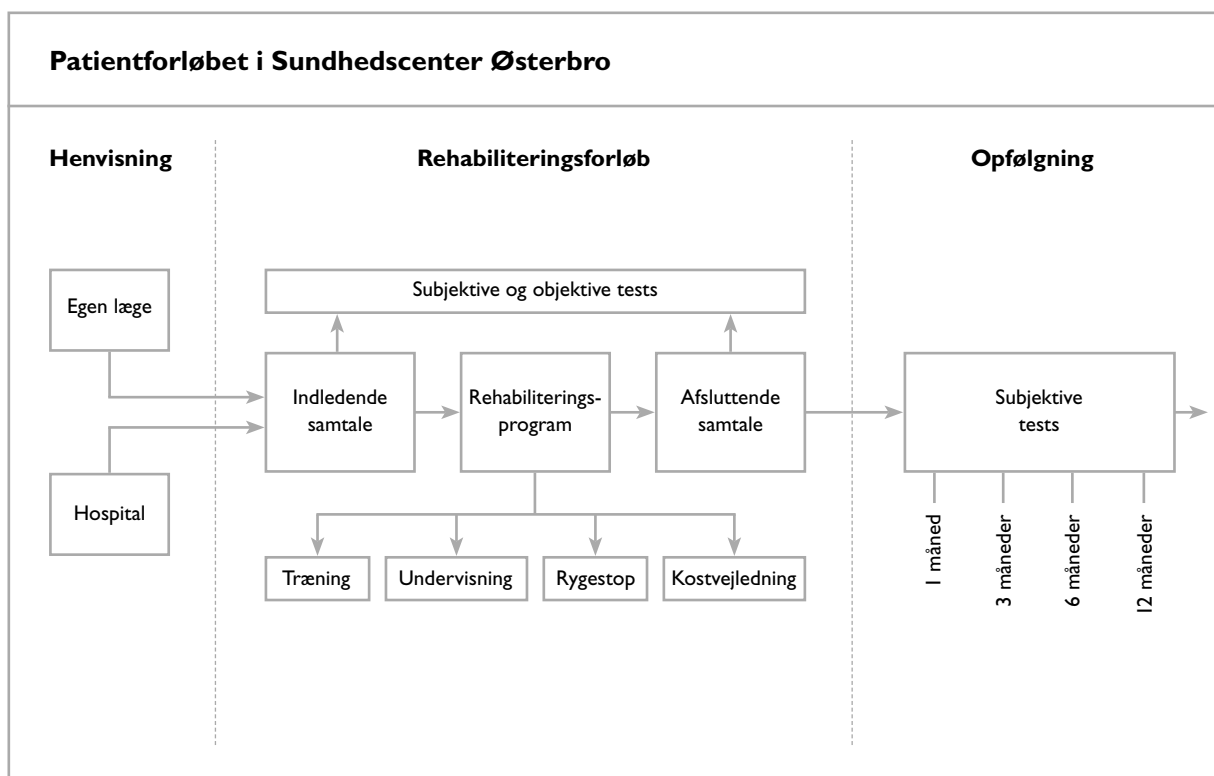
Formålet med den indledende samtale er at afdække borgerens fysiske, psykiske, sociale og kognitive ressourcer samt motivationen for livsstilsændring. Derudover testes borgerens fysiske funktionsevne, og der sættes mål og udarbejdes handlingsplan sammen med

## **Fakta om henvisning:**

En del af de borgere, der henvises til Sundhedscenter Østerbro er fejlhenviste, og andre sendes videre til Træningscenter Østerbro, fordi det vurderes, at deres behov i højere grad vil blive dækket der. Derfor er det ikke alle borgere, der er blevet henvist til Sundhedscenter Østerbro, der gennemfører et rehabiliteringsforløb i centret.

I 2005 blev 248 borgere henvist til Sundhedscenter Østerbro. Heraf gennemførte 185 et rehabiliteringsforløb. I 2006 blev 367 borgere henvist, hvoraf de 267 var igennem et rehabiliteringsforløb.

I 2005 blev ca. 81% af de patienter, der gennemgik et rehabiliteringsforløb, henvist fra deres praktiserende læge, ca. 10% var blevet henvist fra andre læger i Københavns Kommune eller Københavns Amt, og en tilsvarende andel var blevet henvist fra Bispebjerg Hospital. I 2006 var fordelingen nogenlunde ligesådan. Der var dog lidt færre henvisninger fra andre læger i Københavns Kommune eller Københavns Amt. Derimod var der lidt flere henvisninger fra hospitaler, og både Bispebjerg Hospital, Gentofte Hospital og Rigshospitalet havde henvist borgere.



borgeren. Endelig bruges den indledende samtale til at forberede borgeren på rehabiliteringsprogrammet.

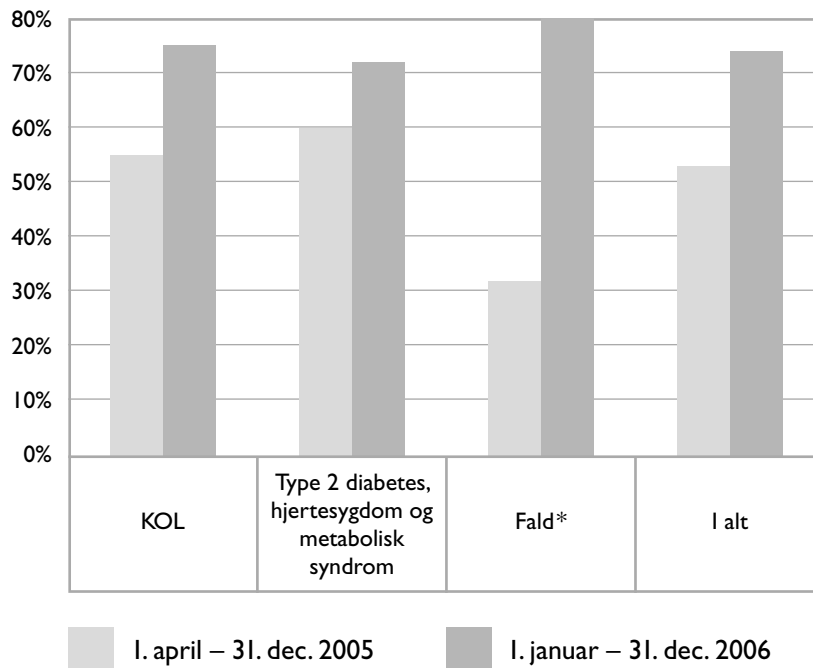
### Rehabiliteringsprogrammet

Rehabiliteringsprogrammet bliver fastlagt i samarbejde med borgeren på baggrund af vedkommendes behov og ønsker. Programmet tager bl.a. udgangspunkt i de mål, borgeren og den sundhedsprofessionelle i fællesskab opstillede ved den indledende samtale. Programmet består af en kombination af fysisk træning, undervisning, rygeafvænning og kostvejledning. Det er fleksibelt og behøver ikke at indeholde alle elementer, hvis borgeren ikke ønsker det.

*Den fysiske træning* foregår på hold a 10–12 personer. Hvert hold træner to gange ugentlig a 1½ time pr. gang. Træningsprogrammet tilpasses den enkelte borger på baggrund af de funktionstests, der laves ved den indledende samtale og består blandt andet af opvarmning, konditionstræning og styrketræning.

*Undervisningen* foregår på hold med 8–10 andre borgere med den samme sygdom. Hvert hold undervises en gang om ugen i 6–7 uger, og hver undervisningsgang varer to lektioner, dvs. ca. 1½ time.

**Procentvis andel, der har deltaget i fysisk træning,  
ud af det samlede antal patienter i patientgruppen**

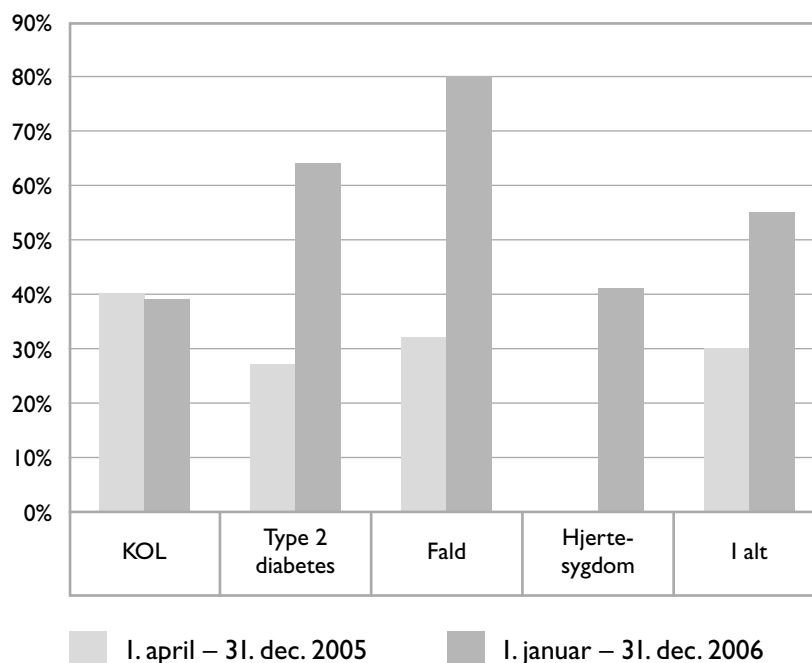


\*) I 2005 var andelen af borgere med fald og balanceproblemer, der deltog i fysisk træning i sundhedscentret, forholdsvis lav, idet de fleste af disse borgere blev sendt videre til træning i Træningscenter Østerbro.

Undervisningen målrettes den enkelte sygdom og omhandler bl.a. fysiologi og de fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle konsekvenser af sygdom, samt hvad der er hensigtsmæssig levevis ved den pågældende sygdom. Desuden gennemgås den medicin, der er mest anvendt. Undervisningen tilrettelægges ud fra borgerens behov og ønsker, og den fokuserer særligt på at øge borgerens handlekompetence, bl.a. ved at borgeren er med til at udarbejde handlingsplaner, som understøtter vedkommende i at opnå de mål, der er blevet fastsat ved den indledende samtale.

*Rygeafvænningskurset* kan både foregå individuelt eller i gruppe. Et typisk holdforløb er på seks uger, hvor man mødes fem gange i 2–2½ time. I det individuelle forløb aftaler borgeren og rygestopinstruktøren, hvor ofte de skal mødes. På kurset udveksles erfaringer om rygestop, der sættes en dato for stoppet, og deltagerne støtter hinanden i processen. De borgere, der har deltaget i rygeafvænningskurset, har alle ønsket individuelle forløb. I 2005 var der syv individuelle forløb, mens der i 2006 var 20 individuelle forløb.

**Procentvis andel, der har deltaget i undervisning,  
ud af det samlede antal patienter i patientgruppen**



*Kostvejledningen* tilpasses den enkelte sygdom og består dels af et madlavningskursus, der foregår på hold og dels af individuel vejledning. Madlavningskurset forløber over tre uger. I to af ugerne er der fokus på madlavning, mens der i den tredje uge er fokus på indkøb. I 2005 var der ni deltagere på ét madlavningshold. I 2006 modtog 90 borgere individuel kostvejledning, og 44 borgere var fordelt på fem madlavningshold.

#### **Den afsluttende samtale**

Ved den afsluttende samtale gøres status for, hvor langt borgeren er nået i forhold til sine mål, og der følges op på målene, så resultaterne fastholdes. Endelig oplyses borgeren om de muligheder, der findes i lokalområdet for at deltage i netværk og fysisk træning.

#### **Opfølgning**

Efter endt behandling sendes der en epikrise til den praktiserende læge med resultaterne af rehabiliteringsforløbet og oplysninger om eventuelle aftaler med borgeren.

Borgeren bliver kontaktet en, tre, seks og 12 måneder efter afslutningen i Sundhedscenter Østerbro. Opfølgningen sker både for at sikre, at borgeren fastholdes i sine livsstilsændringer og for at indsamle data til en effektmåling af indsatsen. Borgeren skal besvare spørgsmål om livskvalitet og kontakter til sundhedssektoren samt om de mål, der blev fastlagt ved den indledende samtale. Opfølgningen foregår oftest telefonisk.

### **Lær at leve med kronisk sygdom**

Kurset *Lær at leve med kronisk sygdom* bliver som noget nyt tilbudt til de borgere, der har været igennem et rehabiliteringsforløb i sundhedscentret. Fra 2007 er det et tilbud til alle borgere med kronisk sygdom, idet sundhedscentret annoncerer for det i lokalaviser o.lign.

Kurset er ikke sygdomsspecifikt, men bygger på det grundlæggende princip, at mennesker med kronisk sygdom har fælles problemer og muligheder, og at man ikke kun skal lære at håndtere selve sygdommen men også de konsekvenser, som sygdommen har for ens hverdag og følelsesliv.

Kurset består af seks moduler, der forløber over seks uger. Hvert modul varer 2½ time. I modsætning til traditionel sygdomsspecifik undervisning, der ofte ledes af sundhedspersonale, bliver kurserne *Lær at leve med kronisk sygdom* ledet af lægpersoner, der selv har en eller flere kroniske sygdomme.

Indtil videre har der i sundhedscentret været afholdt fire kurser. Der har været ca. 12 deltagere på hvert kursus. Kurserne kan både foregå dag og aften.

# SUNDHEDSCENTRETS PERSONALEGRUPPE

Sundhedscentrets personalegruppe er tværfagligt sammensat og omfatter fysioterapeuter, sygeplejersker, en diætist og en sekretær. I efteruddannelsen af personalet har der været fokus på sundheds-pædagogik og sundhedsfremme. Personalet har endvidere været på kursus i *den motiverende samtale* og modtaget supervision i *den vanskelige samtale* én gang månedligt.

Daglig refleksion er en del af hverdagen, hvor medarbejderne dels evaluerer og superviserer hinanden og dels inviterer fagpersoner, der kan bidrage til yderligere refleksion.

Personalet deltager desuden i faglige netværksmøder inden for de faglige selskaber og med kolleger andre steder i landet.

## **Sundhedscentrets personalegruppe består af:**

- En centerchef, der er sygeplejerske og master i folkesundhedsvidenskab.
- To fuldtidsansatte fysioterapeuter, der varetager holdtræning, tests og undervisning om fysisk træning. Den ene af fysioterapeuterne fungerer desuden som rygestopinstruktør.
- To fuldtidsansatte og en deltidsansat sygeplejerske, der varetager den sygdomsspecifikke undervisning. Den ene fuldtidsansatte sygeplejerske har ansvaret for kurset *Lær at leve med kronisk sygdom*, mens de to øvrige sygeplejersker er uddannede rygestopinstruktører.
- En deltidsansat klinisk diætist, der varetager den individuelle kostvejledning samt madlavningskurser.
- En deltidsansat sekretær, der varetager alt praktisk arbejde omkring telefonpasning, kørsel, registrering o.lign.

# FORMIDLING AF SUNDHEDSCENTRETS ARBEJDE



**F**ormidling af sundhedscentrets arbejde har udgjort en stor del af personalets opgaver. Formålet med formidlingen har for det første været at skabe opmærksomhed omkring sundhedscentret blandt de praktiserende læger og borgere på Østerbro. For det andet har formålet været at viderebringe erfaringer og idéer til andre kommuner om, hvordan man kan organisere de nye forebyggelsesopgaver, der er opstået som følge af struktur-reformen.

## **Et lille udsnit af formidlingstiltagene**

### **i Sundhedscenter Østerbro:**

- Foredragsaftener for borgere om type 2 diabetes, KOL, fald og hjertesygdomme.
- Nyhedsbrev, udsendelse af præsentationsmateriale m.m. til de praktiserende læger på Østerbro.
- Interviews i dagblad, lokalavis, fagblade m.m.
- Besøg af repræsentanter fra ministerier, faglige organisationer, kommuner, private virksomheder m.m.
- Foredrag holdt på f.eks. konferencer og årsmøder.

# INDSATSEN I SUNDHEDSCENTRET BLIVER EVALUERET

I ndsatsen i sundhedscentret bliver evalueret i 2007. Det sker som et led i en større evaluering af hele SIKS-projektet. Evalueringen bliver til dels gennemført af Statens Institut for Folkesundhed. Denne del af evalueringen vil primært have fokus på aktørernes vurdering af projektets organisering, herunder det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Derudover vil der blive lavet en evaluering af rehabiliteringsindsatsens effekt på borgernes funktionsevne og livskvalitet. Denne evaluering gennemføres af medarbejdere med tilknytning til SIKS-projektet.

## **De foreløbige resultater er gode**

I en foreløbig opgørelse af træningseffekten, der blev lavet i marts 2006, fandt man, at der for alle diagnosegrupper samlet set var sket en markant forbedring på to forskellige mål for funktionsevne. I en sygdoms-specifik test for borgere med KOL fandt man ligeledes, at der var sket en markant forbedring fra træningsforløbets start til træningsforløbets slutning. I en opgørelse af rehabiliteringsindsatsens effekt blandt borgere med type 2 diabetes fandt man, at der skete en signifikant reduktion i vægt og taljemål samt en signifikant forbedring i funktionsevne og HbA<sub>1c</sub> (en indikator for, hvor godt blodsukkeret har været reguleret over en længere periode).





# FLERE SUNDHEDSCENTRE ER PÅ VEJ

**F**lere sundhedscentre er på vej i Københavns Kommune. Sundhedscenter Østerbro er det første sundhedscenter i Københavns Kommune for borgere med kroniske sygdomme. I 2007 åbnes to nye sundhedscentre. Det ene er for borgere med kronisk sygdom. Det placeres på Nørrebro og vil have særligt fokus på tilbud til borgere af anden etnisk oprindelse end dansk. Det andet er for borgere med kræft. I 2008 åbner endnu et sundhedscenter for borgere med kronisk sygdom. Der er endvidere etableret et sundhedscenter for borgere med ryg sygdomme.

## **Hvis man ønsker at etablere et sundhedscenter...**

...er der ifølge centerchef Eva Borg tre forhold, der er særligt vigtige. Det drejer sig om:

**1. Personalets kompetencer:** Ved rehabilitering er der fokus på sundhedsfremme og på hele borgerens livssituation, ikke kun på sygdom og behandling. Det er derfor nødvendigt, at personalet til stadighed udvikler deres kompetencer..

**2. Videndeling:** For at skabe sammenhængende patientforløb er det vigtigt, at indsatsen koordineres gennem et tæt samarbejde mellem personalet i de forskellige sektorer. Samtidig er videndeling med til at sikre indsatsens faglige kvalitet, idet personalet løbende opdateres med den nyeste viden.

**3. Træningsfaciliteter:** Man skal sikre sig, at der er tilgængelige træningsfaciliteter, men de kan godt være placeret i en offentlig sportshal, i et forsamlingshus eller andre steder. Man kan også lave mobile træningsfaciliteter f.eks. ved at placere træningsudstyret i en bus.

Få mere information på:

[www.sundhedscenteroesterbro.kk.dk](http://www.sundhedscenteroesterbro.kk.dk)

eller hos centerchef Eva Borg på telefon 35 30 30 55

#### Kilder

- 1) Marselisborgcentret, 2004:  
*Rehabilitering i Danmark*  
– Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet
- 2) Hansen, J. G. et al., 2006:  
*The Northjutland COPD prevention study*  
(abstract fra kongres i European Respiratory Society, september 2006)  
  
Sundhedsstyrelsen, 2006:  
*Resumé af anbefalinger for KOL*  
*Tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom*  
  
Statens Institut for Folkesundhed, 2003:  
*KOL i Danmark – Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet*
- 3) Sundhedsstyrelsen, 2006:  
*Det nationale diabetesregister 2005*  
(foreløbig opgørelse)  
Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2006: 24  
  
Klaringsrapport nr. 6, 2000:  
*Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling*
- 4) Hjertereforeningen & Statens Institut for Folkesundhed, 2006:  
*Hjertestatistik for nye kommuner og regioner*  
  
Nielsen, O.W. et al., 2004:  
*Epidemiologien ved hjerteinsufficiens med relation til danske forhold*,  
Ugeskrift for Læger, 2004:  
166/4: 243–247
- 5) Sundhedsstyrelsen, 2006:  
*Faldpatienter i den kliniske hverdag*  
– rådgivning fra Sundhedsstyrelsen  
  
Københavns Kommune, 2005:  
*Folkesundhedsrapport 2005 for Københavns Kommune*
- 6) Madsbad, S. & Astrup, A.V., 2004:  
*Fedme, metabolisk syndrom og hjerte-kar-sygdom*,  
Ugeskrift for Læger, 2004:  
166/17: 1561–1564  
  
[www.idf.org](http://www.idf.org)

**SUNDHEDSCENTER ØSTERBRO**

Vordingborggade 22, 3. sal

2100 København Ø

Telefon 35 30 30 50

[sundhedscenter-osterbro@suf.kk.dk](mailto:sundhedscenter-osterbro@suf.kk.dk)

[www.sundhedscenteroesterbro.kk.dk](http://www.sundhedscenteroesterbro.kk.dk)