



# Social ulighed i forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom

Hvad kan kommunen gøre?

Januar 2024

## Social ulighed i forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom

© KL

1. udgave, 1. oplag 2024

KL

Weidekampsgade 10  
2300 København S

+45 3370 3370

kl@kl.dk

kl.dk

 @kommunerne

 KL

Produktion: Kommuneforlaget A/S

Design: e-Types

Tryk: Stibo Complete

Illustration: cienpies, iStock

Foto: Side 9: Aalborg Kommune

Side 13: Aarhus Kommune

Side 15, 19: Sundhedsstyrelsen (fra video)

Side 20: Colourbox

Side 23: Københavns Kommune, Thomas Vilhelm

Side 27: Herning Kommune, Mænds mødesteder, Elsebeth Houe (privat)

Side 29: Brønderslev Kommune, Lasse Giversen (loemmel.dk)

Produktionsnr. 830969

ISBN 978-87-94514-08-8

ISBN 978-87-94514-09-5-pdf

# Indhold

<b>Indledning</b> .....	<b>4</b>	<b>Tema 3</b>	<b>Forebyggelsestilbud, der tilgodeser mennesker i sårbare eller udsatte positioner</b> .....	<b>20</b>
<b>Social ulighed i sundhed blandt mennesker med kronisk sygdom</b> .....	<b>5</b>	Varde Kommune i samarbejde med Syddansk Sundhedsinnovation Det digitale sundhedscenter .....		21
<b>Hvad kan kommunen gøre?</b> .....	<b>6</b>	Københavns Kommune CUSTOM til mennesker med etnisk minoritetsbaggrund ...		22
<b>Kvalitet i monitorering af forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom</b> .....	<b>8</b>	Rebild Kommune Fleksibelt og særligt tilrettelagt forløb i Sundhedsværkstedet .....		24
<b>Tema 1</b>		Sønderborg Kommune Forebyggelsestilbud til mennesker med psykisk sårbarhed .....		25
<b>Styrket henvisningsveje til forebyggelsestilbud</b> .....	<b>9</b>	Nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol ..		26
Brøndby Kommune Styrket henvisningssamarbejde med praktiserende læger .....	10	<b>Tema 4</b>	<b>Brobygning og aktive fællesskaber blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner</b> .....	<b>27</b>
Sundhedsklynge Lillebælt Henvisningssamarbejde – tobak og nikotin .....	11	Brønderslev Kommune Dialog med lokale foreninger om brobygning og rummelighed i tilbud .....		28
Aarhus Kommune Lige adgang og let tilgængelige forebyggelsestilbud .....	12	Køge Kommune Brobygning via brobyggerfunktion i sundhedscenteret ....		30
Aalborg Kommune Mobile rehabiliteringstilbud og aktive lokalsamfund .....	14			
<b>Tema 2</b>				
<b>Afdækning af behov og motivation blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner</b> .....	<b>15</b>			
Esbjerg Kommune Differentiering i tilbuddet og forløbskoordination .....	16			
Vordingborg Kommune Stratificering i forebyggelsestilbud .....	17			
Randers Kommune Dialogværktøj til vurdering af borgernes sundhedskompetence .....	18			

# Indledning

Mennesker med kronisk sygdom har forskellige livsvilkår og muligheder, og der er betydelig social ulighed knyttet til kronisk sygdom. Skønt vi samlet set er blevet sundere og lever længere, er den sociale ulighed i sundhed blevet større.

Kommuner ønsker at bidrage til, at flere får gode og sunde leveår, på trods af livet med kronisk sygdom og at prioritere og tilrettelægge indsatsen med udgangspunkt i den enkeltes situation, ressourcer og motivation. Nogle har brug for mere støtte til at leve et godt liv med kronisk sygdom, mens andre kan klare mere selv med de rette hjælpemidler.

Inspirationskataloget giver eksempler på, hvordan differentierede indsatser kan tilrettelægges, så borgere får det tilbud, som de har behov og er motiverede for, samtidig med at mere lighed i sundhed fremmes. Eksemplerne handler om kommunernes forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, jf. sundhedsloven § 119, stk. 3. Forebyggelsestilbuddene er selvstændige indsatser, men kan også indgå som delelementer i en bredere rehabiliteringsindsats.

Kataloget omfatter fire temaer med fokus på borgere i sårbare eller udsatte positioner:

1. Styrket henvisningsveje til forebyggelsestilbud.
2. Afdækning af behov og motivation.
3. Differentiering af forebyggelsestilbud.
4. Netværk og aktive fællesskaber.

For hvert tema præsenteres eksempler på, hvordan kommuner arbejder med at udvikle og styrke indsatsen.

Inspirationskataloget kan give ledere og sundhedsprofessionelle i kommunens sundhedscenter og øvrige velfærdsområder indblik i, hvordan lighed i sundhed blandt mennesker med kronisk sygdom kan styrkes i de kommunale forebyggelsestilbud.

# Social ulighed i sundhed blandt mennesker med kronisk sygdom

## Social ulighed i sundhed og kronisk sygdom

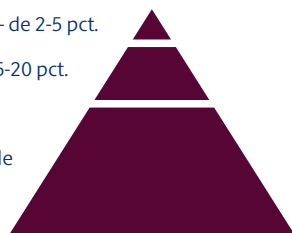
Der er betydelig social ulighed i sundhed knyttet til de store kroniske sygdomme som fx type 2-diabetes, hjerte-kar sygdom, KOL og muskel-skelet sygdom. Sygdommene rammer oftere mennesker med ingen eller kort uddannelse. De udredes oftere senere og har højere risiko for at udvikle komplikationer, miste deres arbejde, få færre gode leveår og for at dø tidligere af deres kroniske sygdom. Der er også en større andel af mennesker som har to eller flere samtidige kroniske sygdomme.

Den sociale ulighed knyttet til kronisk sygdom kommer også til udtryk i forhold til mennesker i udsatte positioner. Fx kan mennesker ramt af psykisk sygdom forvente at leve 7-10 år kortere end den øvrige befolkning. Den kortere levetid skyldes bl.a., at mennesker med psykisk sygdom ofte har flere alvorlige fysiske sygdomme – særligt KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes. Kilde: Social ulighed i sundhed og sygdom Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed 2022.

## Figur Mennesker med kronisk sygdom

I udsatte positioner – de 2-5 pct.  
I sårbare positioner – de 15-20 pct.

Alle



## Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed

KL, Danske Regioner og Kræftens Bekæmpelse har i Alliance mod social ulighed i sundhed lanceret seks anbefalinger til at mindske social ulighed i sundhed i Danmark. Læs mere om anbefalingerne og om Alliancens arbejde 2019-2023 her: [Om alliancen – Ulighed i sundhed og Viden – Ulighed i sundhed.](#)

## Figur Oversigt over 12 determinanter



Kilde: Alliance mod social ulighed i sundhed, 2022

# Hvad kan kommunen gøre?

For mennesker med kronisk sygdom kan det at deltage i et kommunalt forebyggelsestilbud give indsigt, redskaber og tro på egne evner, som kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk sygdom. Over tid kan det give forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd. Alligevel ses udfordringer med manglende henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud og frafald undervejs samt utilstrækkelig støtte i forhold til at opretholde god egenomsorg efter afsluttet indsats. Forskning viser, at udfordringerne rammer socialt skævt. Der er således en større andel af mennesker med få sociale og økonomiske ressourcer, der ikke deltager og profiterer af de kommunale forebyggelsestilbud.

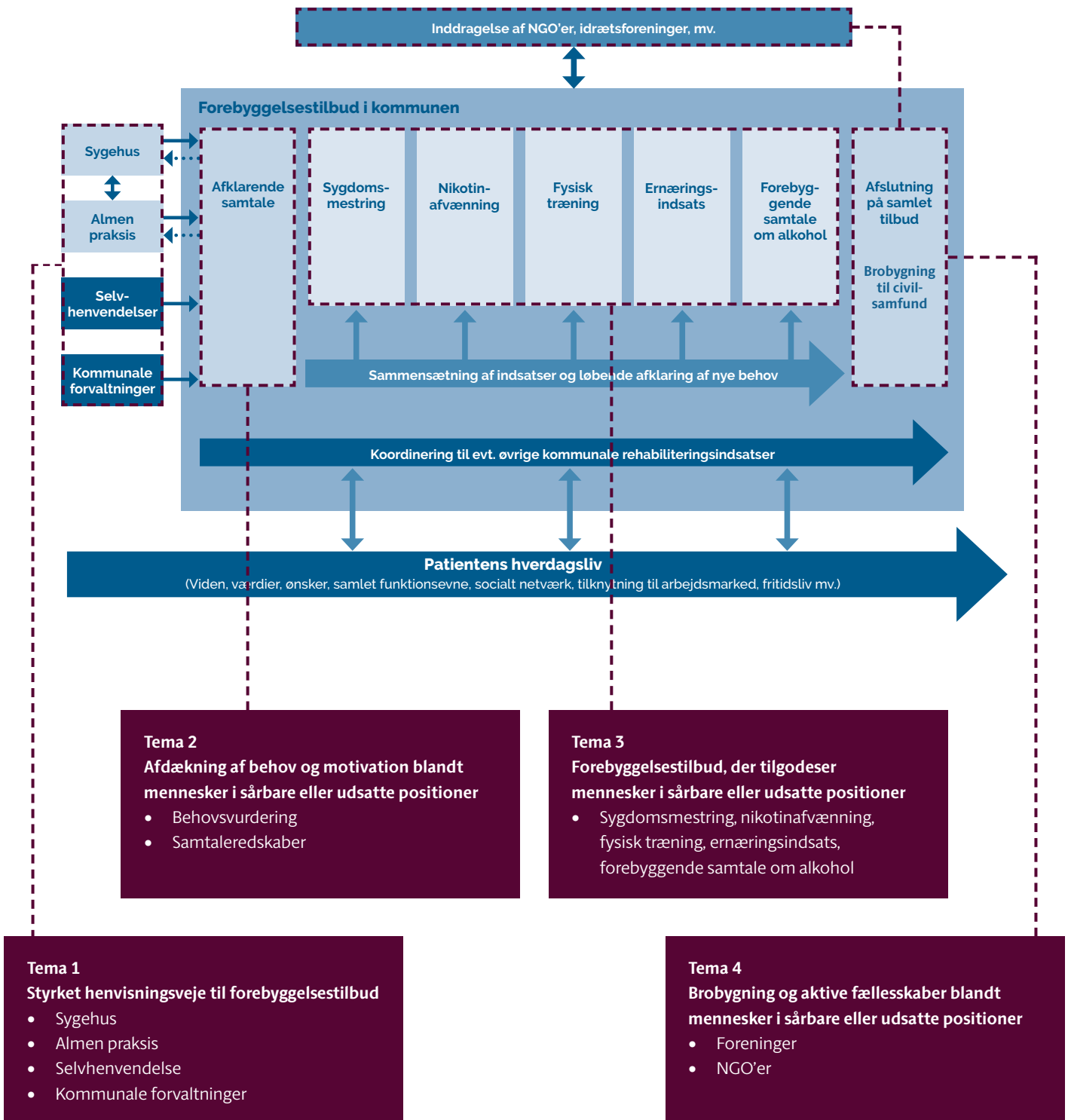
De valgte eksempler i eksempelsamlingen her viser, at kommunerne benytter både ekstra tid og særligt tilrettelagte indsatser for at sikre forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom i sårbare og udsatte positioner. En landsdækkende vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom viser, at også landets øvrige kommuner arbejder med særlige tilpassede eller ekstra indsatser, for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Men det store spørgsmål er, om det er muligt både at prioritere særligt tilpassede indsatser og samtidig sikre relevante forebyggelsestilbud til alle borgere med kronisk sygdom? Hvornår er der behov for supplerende indsatser, og hvornår skal der arbejdes for differentierede indsatser? Nogle har brug for mere støtte til at leve et godt liv med kronisk sygdom. Andre kan med

de rette hjælpemidler klare mere af deres behandling selv. Det afgørende for kommunerne er at tage udgangspunkt i den enkelte borgers situation, ressourcer og motivation.

KL har sammen med Diabetesforeningen og Lungeforeningen lavet Vejviser til et differentieret sundhedsvæsen, som anviser hvordan vi kan få et sundhedsvæsen, der bedre møder borgerens behov og samtidig bruger sundhedsvæsnets knappe ressourcer bedst muligt. 1) Vi skal behandle forskelligt for at behandle ens; 2) Indsatser skal formes af dialog og data; 3) Teknologi skal frisætte borgerne og frigive ressourcer; 4) Tilgængelig rådgivning skal være teknologiens følgesvend; 5) Civiilsamfundet skal bringes i spil; 6) Rammer og kompetencer skal være tilstede. Læs mere om de 6 principper, der kan vise vejen til et sundhedsvæsen med fokus på differentierede indsatser til borgere med kronisk sygdom: [Vejviser til et differentieret sundhedsvæsen \(kl.dk\)](#)

På næste side ses Sundhedstyrelsens model for anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Modellen offentliggøres i 2023 i forbindelse med nye kvalitetsstandarder for Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Til brug for inspirationskataloget her, har vi i modellen indsat 4 lodrette streger, der angiver steder i borgerens forløb, hvor der især er potentiale for at reducere social ulighed i sundhed som led i forebyggelsesindsatsen. De 4 lodrette streger illustrerer de 4 temaer i eksempelsamlingen.

Figur  
Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge



Note: Figuren er fra Sundhedsstyrelsens publikation om kvalitetstandarder vedr. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom og giver et overblik over kommunale forebyggelsestilbud og primære samarbejdspartnere i relation til disse.

# Kvalitet i monitorering af forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom

I kommunerne arbejdes der på at udvikle et systematisk datagrundlag, som kan bruges til at monitorere og kvalitetssikre forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. En række kommuner er i gang med at implementerer en ny fælles standard for registrering af data på sundheds- og ældreområdet, Fælles Sprog III (FSIII). Standarden omfatter også §§ 119, stk. 3 og 140 tilbud jf. sundhedsloven.

## Fælles Sprog III

Fælles Sprog III (FSIII) kan give overblik over indhold og omfang af kommunernes forebyggelsestilbud til mennesker med kroniske sygdom. FSIII data kan også give overblik over hvilke borgere, der deltager i tilbuddene, hvem der gennemfører, hvem der evt. afslutter før tid og hvorfor - fx grundet manglende motivation, tilstødende sygdom eller økonomiske udfordringer. FSIII data giver desuden et nationalt overblik over, hvor mange borgere, som henvises til de kommunale forebyggelsestilbud, og hvor de henvises fra. Læs mere om [FSIII](#).

## PRO-data

PRO-data (patient reported outcome-data) gør det muligt at vurdere borgernes nytte af det samlede forløb på tværs af sektorer. PRO-data kan bruges i det enkelte forløb, og kan også anvendes til kvalitetsudvikling på populationsniveau.

PRO-data bliver rapporteret direkte af borgeren via spørgeskemaer, som borgerne udfylder – eller får hjælp til at udfylde - forud for deres forløb. Det er fx data om patientens/borgerens fysiske og mentale helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau. Data bruges som støtte til dialogen i den afklarende samtale til at afdække behov og motivation for et forebyggelsesforløb. Samme spørgeskema kan anvendes efter endt forløb, da det kan give indsigt i borgerens udvikling og tilfredshed med forløbet. Læs mere om [pro-danmark.dk](#) og [Kommunal PRO \(kk.dk\)](#)





# Tema 1

## Styrket henvisningsveje til forebyggelsestilbud

Kommunerne styrker i disse år henvisningsveje til forebyggelsestilbud blandt mennesker med kronisk sygdom i sårbare eller udsatte positioner, så det sikres, at de kender til kommunens forebyggelsestilbud og opnår samme adgang til tilbuddet som andre. Det sker i bl.a. i henvisningssamarbejdet med alment praktiserende læger og sygehuse og internt i kommunen i samarbejde med fx socialområdet og beskæftigelsesområdet. Desuden prioriterer kommunerne samarbejde i lokalområderne, fx i udsatte boligområder og landdistrikter, og i samarbejde med patientforeninger, samråd og frivillige.

Eksemplerne fra Brøndby Kommune og Vejle Kommune viser styrket samarbejde med hhv. almen praksis og sygehus med henblik på at henvise flere mennesker i sårbare og udsatte positioner til kommunernes forebyggelsestilbud. Eksemplerne fra Aarhus Kommune og Aalborg Kommune illustrerer, hvordan der med tilbud i lokalområder, kan skabes let tilgængelige forebyggelsestilbud.

# Brøndby Kommune

# Styrket henvisnings- samarbejde med praktiserende læger

Brøndby kommune arbejder målrettet sammen med praktiserende læger om at udvikle tilbud, som også tilgodeser mennesker med kronisk sygdom i sårbare og udsatte positioner.

For at styrke henvisningssamarbejdet, er der aftalt regelmæssige møder mellem sundhedsafdelingen og kommunens to praksiskonsulenter, hvor praktiske problemstillinger tages op. Fx type 2-diabetes rehabilitering på flere sprog og udvikling af kostvejledningstilbud. Medarbejdere fra sundhedsplejen, børne- og familieafdelingen, jobcentret eller træningscentret deltager ad hoc for at drøfte aktuelle problemstillinger. Mere principielle problemstillinger drøftes i det Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU) og der udsendes løbende en nyhedsmail til alle praktiserende læger.

Tre gange om året afholdes desuden et introduktionsmødet Brøndby Kommune indefra for nye læger og praksispersonale. På mødet præsenteres også kontaktpersoner i kommunen og de sundhedsprofessionelle, som står for kommunens forebyggelsestilbud. De fortæller bl.a. om forebyggelsestilbud og henvisningsmuligheder samt om brugen af attester i Jobcentret.

Praksiskonsulenterne inddrages også ved udvikling af nye forebyggelsestilbud til mennesker i sårbare eller udsatte positioner. De ved, hvad deres kolleger efterspørger og lægger vægt på, og kan fx være med til at finde den rette balance i forhold til de oplysninger, der skal angives ved henvisning. Et samarbejde på tværs af flere vestegnskommuner har samtidig medvirket til øget volumen i delta-gerantal og har lettet henvisningsarbejdet for de praktiserende læger.

*Vi ser ikke, at der er et quickfix på dette område. Vi har satset på et langsigtet årelangt samarbejde mellem praktiserende læger og flere velfærdsområder og med flere kommunikationsfora. Det er med til at skabe god kvalitet og opbygge en gensidig tillid og lette henvisningsarbejdet for lægerne.*

*Sundhedskoordinator  
i Brøndby kommune*

# Sundhedsklynge Lillebælt

# Henvisnings-

# samarbejde

# – tobak og nikotin

I Sundhedsklynge Lillebælt, som omfatter Kolding, Vejle, Fredericia, Middelfart, Billund og Vejen kommuner samt Sygehus Lillebælt, samarbejdes der om at styrke henvisninger og kendskab til kommunens forebyggelsestilbud ved hjælp af henvisningsmetoden Very Brief Advice (VBA). VBA er en metode, der er udviklet til at sundhedspersonalet - på under et minut - kan oplyse om muligheden for hjælp og henvise patienter til tobaksafvænnings- såfremt patienten ønsker det. På Sygehus Lillebælt bliver alle patienter – uanset socioøkonomisk baggrund – spurgt til deres rygevaner. De oplyses om, at professionel rådgivning kan hjælpe dem med at gennemføre et tobaks- og nikotinstop, hvorefter personalet spørger, om de må henvise til en samtale med en professionel rygestoprådgiver i kommunen. Hvis patienten takker ja, sendes en henvisning til patientens hjemkommune.

Når kommunen modtager den elektroniske henvisning fra sygehus, kontaktes borgeren telefonisk og tilbydes et rygestopforløb. Opråds der ikke kontakt telefonisk, sendes brev med oplysninger om sundhedscentrets rygestoptilbud. Efter kontakt planlægger kommunens rygestoprådgiver og borgeren sammen forløbet, så det tilpasses borgernes behov. Rygestoprådgiverne har forløb for alle borgere, der ønsker ryge- og nikotinstop og understøtter også borgere med psykisk sår-

barhed. Læs mere om Rygning og rygestop blandt borgere med psykiske lidelser - Sundhedsstyrelsen.

Resultatet af indsatsen i Sundhedsklynge Lillebælt er, at det tværsektorielle samarbejde mellem sygehus og kommuner er blevet styrket, og samtidig har VBA-metoden vist gode resultater ift. at henvise patienter til tobaks- og nikotinafvænnings, fx har Vejle Kommune i løbet af de første 10 måneder af 2023 modtaget 208 henvisninger fra sygehuset til rygestopforløb. Siden indsatsen blev implementeret, er der i gennemsnit kommet 30 henvisninger pr. måned til Vejle Kommune mod ingen henvisninger før henvisningssamarbejdet begyndte.

*Vi har fået flere henvisninger fra sygehuset og de fleste takker ja til rygestopforløb, når de bliver kontaktet af rygestoprådgiver – en del takker også nej, men henvender sig måske på et senere tidspunkt, når de er motiverede for rygestop*

*Kvalitets- og udviklingskonsulent i Vejle Kommune*

## Very Brief Advice

Very Brief Advice (VBA) er udviklet til medarbejdere, der møder patienter, der ryger. Via 3 korte spørgsmål (30 sek.) afklares det, om patienten ønsker at blive henvist til tobaks- og nikotinafvænnings. Metoden kan bruges af alle, også af medarbejdere uden sundhedsfaglig viden, fx kommunens socialområde eller beskæftigelsesområde. Sygehus Lillebælt er der en tovholder til at koordinere og implementere metoden. På hver afdeling er tre VBA-ambassadører (en læge, en sygeplejerske og en lægesekretær) særligt trænet, så de kan undervise kolleger og sikre implementering af arbejdsgange i egen afdeling. Kommunerne har understøttet undervisningen på sygehuset i opstartsfasen. Sygehus Lillebælt undersøger også om VBA-modellen kan benyttes til at spørge patienterne om deres alkoholforbrug med henblik på henvisning til forebyggende alkoholsamtale eller alkoholbehandlingsforløb i kommunen. Læs mere om [Very Brief Advice](#)

# Aarhus Kommune

# Lige adgang og let tilgængelige forebyggelsestilbud

Globus 1 i Gellerupparken er et multihus med sports- og fritidsfaciliteter, dagtilbud, sundhedshus og lægepraksis, som giver børn og voksne muligheder for at leve et fysisk aktivt liv og deltage i sociale, sunde og lærende fællesskaber.

*I det videre arbejde er lighed i sundhed fortsat et centralt omdrejningspunkt, og vi arbejder målrettet med at udvikle de organisatoriske sundhedskompetencer og det tværsektorielle samarbejde*

*Leder af folkesundhed  
Aarhus i Globus 1*

I sundhedshuset tilbydes Folkesundhed Vest en bred vifte af sundhedsforløb med sprogstøtte fra sundhedsfaglige medarbejdere, der taler henholdsvis dansk, arabisk, farsi, somalisk og tyrkisk. Et forløb for mennesker med kronisk sygdom starter med en henvisning fra egen læge, sagsbehandler eller ved eget fremmøde. Alle gennemgår en indledende afklarende samtale, hvor der sammen med borgeren planlægges et passende forløb ud fra den enkeltes behov og motivation.

Via samtaler og undervisning arbejder det tværfaglige sundhedspersonale med at give deltagerne øget viden om sygdommen, styrke egenomsorg og give redskaber til at leve et sundt liv med større livsglæde og handlekraft. Der tilbydes bl.a. forløb om type 2-diabetes, sund livsstil, lænde-rygsmerter og tobaksafvænnning. Dertil kommer en række åbne tilbud som gåture, træning m.v.

Desuden tilbydes brobygning, følgeskab og eventuel økonomisk støtte med henblik på at bygge bro fra kommunens sundhedstilbud

til foreningslivet og øvrige tilbud i civilsamfundet. Indsatsen retter sig mod mennesker, der ikke selv har ressourcer til at undersøge og opsøge fællesskaber.

Folkesundhed Vest samarbejder også med en lang række aktører, fx SIND, Patientforeninger og foreningsbrobyggere. Lokalt i bl.a. Gellerup samarbejdes med bydelsmødre, Gellerup bibliotek, fx digitale sundhedskompetencer, Røde Kors ift. gåklubber, sociale aktiviteter, værksteder; Livsværkstederne, Mænds Sundhed samt med de boligsociale helhedsplaner og fremskudte beskæftigelsesindsatser i udvalgte boligområder.

Med placeringen i Gellerupparken har sundhedshuset etableret god kontakt til borgergrupper, der ellers ikke benytter sig af kommunens forebyggelsestilbud. I 2022 har sundhedshuset opstartet 348 forløb, hvilket er en stigning på 149 forløb siden 2021. Næsten halvdelen er diabetesforløb. 91 pct. af brugerne er fra et ikke-vestligt oprindelsesland, 45 pct. er førtidspensionister.



**Figur**  
**Fokus: Lige adgang til sundhedstilbud**



**Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2021**

På baggrund af data fra den nationale sundhedsprofil og registerdata fra Danmarks Statistik, har SDU udarbejdet rapporten *Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2021* og udviklingen siden 2010 for BL - Danmarks Almene Boliger. Rapporten indeholder bl.a. data om udviklingen almene og ikke-almene beboeres sundhedstilstand siden 2010, herunder sygelighed, mentalt helbred samt kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet. Af rapporten fremgår det bl.a., at cirka dobbelt så mange beboere i almene boliger lider af diabetes og KOL, i forhold til resten af befolkningen.

Læs mere her: [Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2021 \(sdu.dk\)](https://sdu.dk)

# Aalborg Kommune

# Mobile rehabiliterings- tilbud og aktive lokalsamfund

Aalborg Kommune arbejder målrettet på at mindske social ulighed i sundhed i lokalområder med en stor andel af mennesker med kronisk sygdom. Senest har kommunen udviklet Mobil Rehabilitering til borgere med hjertekar-sygdom, type 2-diabetes og KOL, som bor i kommunens landdistrikter. Erfaringer viser, at mange mennesker med kronisk sygdom i mindre lokalsamfund ønsker at gøre noget ved deres sundhed, hvis tilbuddene opleves som tilgængelige.

Borgerne i tilbuddet kan være henvist fra egen læge og rekrutteret via annoncer, "åbent hus" arrangement og borgerforeninger m.m. Udover den afklarende samtale får borgeren tilbudt gangtest, bliver vejret, får målt højde og blodtryk. Borgerne udfylder desuden et elektronisk selvrapporeret spørgeskema ved opstart og afslutning med spørgsmål om bl.a. diagnose, lokalområde, erhvervsstatus, uddannelsesniveau, civilstand, deltagelse i sundhedscentertilbud, livskvalitet, tilfredshed og mestringsevne.

Borgeren tilbydes et 8 ugers forløb bestående af hhv. træning og undervisning samt tilbud om individuel vejledning ved fysioterapeut, sygeplejerske og ernæringsfaglig medarbejder. Under forløbet arbejder deltagerne med mål, vaneændringer og tiltag, de vil fortsætte med efter endt forløb.

Mobil Rehabilitering afholdes tæt på hvor borgerne bor og skaber let og lige adgang til lokale forebyggelsestilbud. Samtidig koordinerer Mobil Rehabilitering med øvrige tilbud og aktiviteter i lokalområdet, så deltagerne kan fortsætte deres sundhedstiltag efter endt forebyggelsesforløb. Ved manglende tilbud for målgruppen i lokalområdet, tilbyder kommunens fritidsafdeling sammen med lokale foreninger at etablere efterspurgte aktiviteter. Der er et godt kendskab til de forskellige lokalområder og foreningslivet i forhold til, hvordan lokalsamfundene fungerer, og hvilke ressourcer, der er til stede.

Mobil Rehabilitering består af et tværfagligt sundhedsteam med sygeplejerske, klinisk diætist og fysioterapeut. Der er behov for en koordinator, som varetager samarbejdet

internt i kommunen og med lokale aktører. Det er erfaringen, at det mobile rehabiliteringstilbud skal bemannes af et fast team, som opbygger lokalkendskab og brobygger med konkrete aktører i lokalområdet, og som borgerne i lokalområdet opbygger kendskab til. Det er også af stor betydning at de lokale praktiserende læger tager aktivt del i opsporing og henvisning

Resultaterne viser, at den mobile rehabilitering og samarbejdet mellem kommunens forskellige og lokale aktører både øger tilgængelighed til sundhedstilbud og fremmer attraktive lokalsamfund.

- Borgerne fra landdistrikter opnår samme resultater som borgere, der deltager i rehabiliteringstilbud på Aalborg Sundhedscenter
- Flere borgere fra landdistrikterne i Aalborg Kommune deltager i rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk sygdom
- Almen praksis og sygehusafdelingerne henviser flere til afklarende samtaler, hvor borgeren vælger et forebyggelsestilbud i lokalområdet



# Tema 2

## Afdækning af behov og motivation blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

Formålet med den afklarende samtale er at skabe en fælles forståelse af, hvad der er vigtigt for borgeren, og at afdække borgerens motivation og målsætninger med deltagelsen. Der er stor forskel på den enkeltes behov for støtte til at håndtere sygdom og egenomsorg i hverdagen, på støtte fra pårørende og på forudsætninger for at tilegne sig ny viden og ændre vaner.

Nedenfor beskrives eksempler på, hvordan Esbjerg, Vordingborg og Randers kommuner bruger forskellige samtaleværktøjer til en øget systematik i at afdække situation, behov, ressourcer og motivation for bedst at kunne støtte borgere i mestring af kronisk sygdom.

# Esbjerg Kommune

# Differentiering

# i tilbuddet og

# forløbskoordination

Esbjerg Kommune arbejder med en helhedsorienteret model, Esbjerg-modellen, der sætter det enkelte menneske i centrum og understøtter, at borgere med størst behov får mest støtte.

Formålet er at øge muligheden for borgerens mestring af egen sygdom og livssituation ved at matche de behov, som borgeren har, frem for at handle ud fra standardløsninger.

Esbjerg-modellen består af et samtalehjul og en stratificeringsmodel. Samtalehjulet er et visuelt værktøj, der anvendes sammen med borgeren til at afdække behov, ressourcer og motivation og danner baggrund for borgerens målsætning. Inden samtalen har borgeren modtaget et spørgeskema med hjælpes spørgsmål, så borgeren har mulighed for at reflektere over, hvad han eller hun gerne vil bringe ind i samtalen. Stratificeringsmodellen bruges af sundhedsprofessionelle til at vurdere borgerens mestringsevne holdt op mod kompleksiteten af funktionsevnenedsættelsen og derved omfanget af behovet for forløbskoordination. Alle borgere får tilbudt en afklarende samtale og en afslutningsamtale.

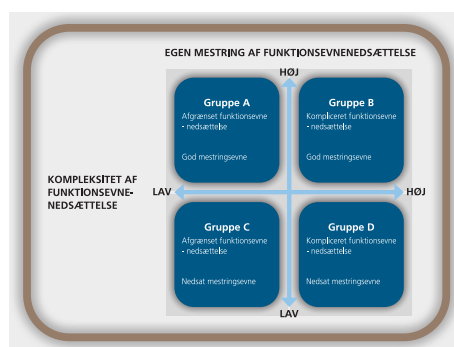
Den enkelte borger, der henvises til et forebyggelsestilbud, bliver kontaktet af en sundhedsfaglig koordinator, som er den gennemgående fagperson for borgeren i hele forløbet. Borgere med særlige behov kan få udvidet støtte, forløbskoordination, via individuelle samtaler og hjælp til at koordinere deres kontakter med sundheds- og socialområdet undervejs i forløbet.

På baggrund af den samlede vurdering af borgerens ressourcer, funktionsevnenedsættelsen og mål, kan der i forebyggelsesforløbet indgå indsatser som: fysisk aktivitet, diætvæjledning, rygestop, patientuddannelse, netværksdannelse mm. Der er stort fokus på borgerens handlemuligheder i lokalsamfundet, herunder brobygning til patientforeninger og fritidsliv.

Modellen har været implementeret siden 2011 og er blevet et fundament i den måde, Esbjerg kommune behovsvurderer og stratificerer borgere, der henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud.

Læs mere om Esbjerg-modellen og resultaterne på baggrund af interviews med borgere, medarbejdere og ledere i VIVE rapporten "[Sats på Esbjerg](#)" fra 2017.

**Figur**  
**Stratificeringsmodel på funktionsevne og mestringsevne**



**Figur**  
**Samtalehjulet**





# Vordingborg Kommune

# Stratificering i

# forebyggelsestilbud

Vordingborg Kommune stratificerer systematisk i den afklarende samtale. Stratificeringen foretages på baggrund af to overordnede kriterier:

- Mennesker, der kan selv, skal understøttes i at gøre det selv
- Mennesker, der er særligt sårbare eller udsatte, skal have øget hjælp og støtte

Borgerens individuelle situation og sygdomsbillede danner udgangspunktet for den samlede indsats. Ved at tilpasse indsatsen til den enkelte borger, forbedres resultaterne, og risikoen for frafald og tilbagefald reduceres. Medarbejderne tager afsæt i tre faktorer:

1. Kliniske faktorer: sværhedsgrad af sygdommen, progression, samtidige sygdomme og funktionsniveau.
2. Sociale faktorer: netværk og sociale problematikker, samt socioøkonomiske status, uddannelsesniveau og kulturelle baggrund.
3. Personlige faktorer: samarbejde om egen sundhed, sygdomsforståelse, sproglige udfordringer og psykiske faktorer.

Den faglige vurdering af faktorerne afgør, hvilken indsats borgerne tilbydes og hvor intensiv, den skal være. Herudover er der også udviklet tilbud til særligt udsatte grupper og til borgere med etnisk minoritetsbaggrund, samt cafeer, hvor borgere med kronisk sygdom og deres pårørende kan mødes. Læs mere her: [Diabeteskursus til borgere med etnisk minoritetsbaggrund i Vordingborg Kommune \(bpno.dk\)](#) og [Træning og Rehabilitering - Vordingborg Kommune](#)

Forebyggelses- og rehabiliteringsforløb tilbydes flere steder i kommunen, hvor de samme medarbejdere varetager både forebyggelse-, trænings- og rehabiliteringsindsatser. Der er desuden tæt samarbejde internt i kommunen fx med rusmiddelområdet, jobcenteret og det rehabiliterende team og opsporer herigen relevante borgere. Da der ofte er tale om komplekse forløb for mennesker i sårbare og udsatte positioner, prioriteres tæt samarbejde med de praktiserende læger og hospital.

**Figur**  
**Tilbud efter Afklarende Samtale**



# Randers Kommune

# Dialogværktøj til vurdering af borgernes sundhedskompetence



Randers Kommune afdækker systematisk borgernes sundhedskompetence ved hjælp af samtaleredskabet CHAT (Conversational Health Literacy Assessment Tool), som er udviklet i samarbejde med Århus Universitet. Afdækningen af borgernes sundhedskompetence kan vise hvilke borgere, der har brug for ekstra støtte og indsats, og hvem der kan nøjes med mindre.

Brug af CHAT kan afdække borgernes sundhedskompetencer, aktuelle sundhedsadfærd og forståelse af sundhedsinformation. Hermed kan borgerens barrierer og muligheder identificeres og danne grundlag for at tilrettelægge forløb, der giver mening for den enkelte. Bl.a. har Randers Sundhedscenter udviklet indsatsen 'Fællesholdet', hvor sårbare borgere med sundhedskompetenceudfordringer modtager et særligt tilpasset forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Randers Kommune har valgt, at alle medarbejdere i Sundhedscenteret skal have fokus på sundhedskompetencen hos borgerne. Dialogværktøjet CHAT er enkelt at tage i anvendelse men forudsætter, at medarbejderne får en kort introduktion og mulighed for faglig sparring, og at de har kendskab til sundhedskompetencebegrebet.

Anvendelsen af CHAT har bidraget med en øget systematik i at finde og hjælpe sårbare borgere. Sammen med muligheden for at henvise til 'Fællesholdet', har det forbedret evnen til at klæde selv de mest sårbare borgere på til at forstå og håndtere deres sygdom. Evalueringerne af Fællesholdet viser, at det har givet borgerne livsmodet tilbage og forbedret deres fysiske og psykiske sundhed markant. Fx siger en borger, at *"Det har været en lifesaver – jeg havde givet op"*. For medarbejderne har det været opløftende at se, at mennesker, der normalt falder fra forløbene, i højere grad gennemfører.



- Læs mere om [CHAT-redskabet](#).
- Se filmen om [hvordan CHAT kan bruges](#).
- Se [CHAT-spørgsmålene](#).

#### **Definition af sundhedskompetence**

Sundhedskompetence handler om menneskers evne til at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om egen sundhed. Begrebet inkluderer også evnen til at kommunikere, fastholde og handle i forhold til beslutningen.

Digital sundhedskompetence er evnen til at søge, finde, forstå og vurdere information fra elektroniske kilder og anvende den opnåede viden til at håndtere et sundhedsproblem.

Organisatorisk sundhedskompetence handler om, hvordan organisationer gør information og ressourcer tilgængelige samt om medarbejdernes evne til at imødekomme borgernes forskellige sundhedskompetence. Det indebærer fx at kunne vurdere borgerens situation, ressourcer, behov og motivation og efterfølgende at kunne tilpasse indsatsen. Læs mere her: [Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen \(sst.dk\)](#)



# Tema 3

## Forebyggelsestilbud, der tilgodeser mennesker i sårbare eller udsatte positioner

Kommunernes forebyggelsestilbud er vidensbaserede og tilbydes i form af forløb med fysisk fremmøde, digitale forløb, vejledning til egen træning eller aktiviteter i foreningsregi. Opgaven er at differentiere tilbuddet, så borgerne, der kan mere selv, understøttes i at mestre mest selv, mens borgere, der har størst behov for støtte, får ekstra hjælp og støtte i det fysiske forebyggelsestilbud.

Eksemplet fra Varde kommune illustrerer, hvordan digitale tilbud kan støtte sårbare borgere til et sundere liv. Eksemplerne fra Københavns Kommune, Rebild Kommune og Sønderborg Kommune viser, hvordan forebyggelsestilbud for særlige målgrupper kan tilrettelægges.

# Varde Kommune i samarbejde med Syddansk Sundhedsinnovation

## Det digitale sundhedscenter

Det Digitale Sundhedscenter er en app-løsning, som omfatter en række digitale forløb, der giver viden og værktøjer til at forbedre sundhed og livskvalitet samt støtte til at ændre vaner. Målgruppen omfatter mennesker med type 2-diabetes, KOL eller hjertesygdom; ønsker at ændre vaner; vil være røgfri eller lever med vedvarende smerter.

De digitale forløb findes i appen Mit liv – min sundhed, som primært er borgerens egen indgang til støtte og viden. Deltagelse sker via mobil enhed, så den enkelte og pårørende kan hente inspiration og vejledning, når det passer.

Mennesker med høj digital sundhedskompetence kan med de digitale tilbud klare mere selv, mens andre vil have brug for mere støtte til at ændre vaner. Forløbene er sammensat af videoer med erfaringer fra andre mennesker med kronisk sygdom, animationsvideoer som formidler kompleks viden på en simpel måde, videoer og podcasts med fagpersoner samt interaktive øvelser. Noget indhold går på tværs af diagnoser, for eksempel træningsvideoer samt indhold om de tanker og følelser der er, når man lever med en kronisk sygdom. Desuden er der

udviklet en række diagnosespecifikke forløb, hvor den enkelte kan vælge relevante temaer ud fra sit behov og motivation.

Evalueringen viser, at den bedste effekt opnås ved kombinationen af start- og slut samtale samt løbende feedback undervejs fra en fagperson, tilpasset deltagerens behov for støtte. Mere end 1.200 borgere har startet et forløb i løbet af det første år, hvor app'en var under afprøvning (2022/2023). Varde Kommunes erfaring er, at app'en giver god mulighed for, at borgerne og pårørende kan søge viden og gennemgå forløbene sammen – også efter endt forløb. Erfaringen er desuden, at app'en kan benyttes som hjælperedskab af støttekontaktpersoner og mentorer til mennesker med kronisk sygdom og en psykisk sårbarhed.

Den videre udvikling af app'en finder sted i et partnerskab på tværs af region, kommuner og patientforeninger. Pt. er 21 kommuner med i samarbejdet.

- Læs mere om appen "[Mit Liv – Min Sundhed](#)" som støtter sårbare borgere til et sundere liv.
- Læs også om [Lev Livet](#) og om [Vidensbaserede indsatser, Videncenter for Diabetes – til professionelle](#)



# Københavns Kommune

# CUSTOM til

# mennesker med etnisk

# minoritetsbaggrund

Københavns Kommune sætter fokus på sygdomsmestring hos borgere med etnisk minoritetsbaggrund og type 2-diabetes ved hjælp af uddannelseskonceptet CUSTOM (CULTurally Sensitive TOols and Methods). Formålet er at sikre, at borgere med anden etnisk baggrund får gavn af en diabetesforløb, der er målrettet deres behov og livssituation. Det er målet, at borgerne tilegner sig kompetencer til at håndtere udfordringer og mestre hverdagslivet med diabetes, herunder at støtte kommunikationen om sygdomshåndtering med borgeren og fremme oplevelsen af handlemuligheder i forhold til mestring af egen sygdom.

Konceptet er udviklet sammen med borgere, sundhedsprofessionelle fra kommunen og forskere fra Steno Diabetes Center Copenhagen.

CUSTOM er et sundhedspædagogisk koncept, som adresserer borgerens individuelle forudsætninger, præferencer og mål. Forløbet bygger på teorier om personcentreret tilgang og empowerment. Materialet understøtter sundhedsmedarbejderens sociale og kulturelle kompetencer, bl.a. via fokus på aktiv lytning samt visuelle værktøjer. For eksempel er der værktøjer, der faciliterer vidensformidling og dialog om sygdomsmæssige udfordringer og helt konkret lægger værktøjet 'min største fristelse' op til dialog omkring madvaner og muligheder for at ændre disse.

Indsatsen er tilrettelagt som et gruppeforløb med seks undervisningsmoduler, hvortil der er udviklet en detaljeret modulbeskrivelse med øvelser og teknikker. Øvelser og trinfor-trin beskrivelse kan downloades og sammensættes efter egne ønsker og rammer, så det bedst muligt understøtter kommunens arbejde med forebyggelsestilbud for denne målgruppe.

Afprøvningen af CUSTOM viser en høj grad af deltagelse og tilfredshed hos deltagerne/målgruppen. Deltagerne opbygger ny viden og færdigheder, som styrker deres personlige sundhedskompetence og evne til at mestre et hverdagsliv med en kronisk sygdom.

Resultaterne af de biologiske målinger, der er foretaget i forbindelse med afprøvningen, viser, at deltagerne gennemsnitligt efter endt undervisningsforløb har lavere langtidsblodsukterniveau (HbA1c), BMI og vægt. Spørgeskemaundersøgelsen viser at kost- og motionsvaner samt selvrapporteret generelt helbred og livskvalitet forbedres. Flere af disse resultater genfindes efter seks måneder, hvor deltagerne også rapporterer om lavere diabetesrelateret stress.



- Læs mere om [CUSTOM konceptet \(sdcc.dk\)](http://sdcc.dk)
- Læs mere om [Projekter, Center for Diabetes og Hjertesygdomme \(kk.dk\)](http://kk.dk)
- Læs mere om [Improving Health and Diabetes Self-Management in Immigrants with Type 2 Diabetes Through a Co-Created Diabetes Self-Management Education and Support Intervention, Journal of Community Health \(springer.com\)](http://springer.com)



# Rebild Kommune

# Fleksibelt og særligt tilrettelagt forløb i Sundhedsværkstedet

Sundhedscenteret i Rebild Kommune har udviklet og tilpasset et særligt forløb til mennesker med kronisk sygdom, som samtidig er i en sårbar eller udsat position. Innsatsen støtter dem i at styrke deres sundhedskompetencer og fastholde en sundere livsstil i hverdagen.

For at deltage i sundhedsværkstedet, skal borgerne ønske at arbejde med og forbedre deres livsstil. Det kan være motion, sund kost, vægttab, rygestop, alkoholvaner eller ønsket om at blive en del af et fællesskab. Forløbet indledes ved, at den sundhedsprofessionelle i den afklarende samtale vurderer behov og motivation og om borgeren har særlig sårbarhed eller udfordringer, hhv. kognitive, sociale eller psykiske. Borgere, der er henvist til afklarende samtale og som selv udtrykker en sårbarhed ift. at kunne deltage i ordinært forløb, kan deltage i sundhedsværkstedets forløb og kan tilbydes forløbskoordination.

Sundhedscenteret har skabt synlighed om forebyggelsestilbuddet blandt praktiserende læger, socialpsykiatrien og andre samarbejdspartnere i kommunen, bl.a. på kommunens værested for mennesker i udsatte positioner.

I sundhedsværkstedet deltager borgeren i fx holdundervisning i sygdomsmestring med integreret café; individuel samtale med sygeplejerske; træning med støtte og supervision fra fysioterapeut og ekstra støtte i kostvejledning samt fleksibelt tilbud om rygestop og samtaler ift. alkohol eller rusmidler. Der tilbydes desuden støtte til at etablere egne træningsfællesskaber og grupper på sociale medier.

De sundhedsprofessionelle oplever, at deltagerne får styrket deres sundhedskompetencer, og bliver bedre til at tage styring i eget liv. Deltagerne selv udtrykker stor tilfredshed med tilbuddets fleksibilitet og rummelighed, og oplever at det bidrager til at styrke deres sociale netværk.



# Sønderborg Kommune

# Forebyggelsestilbud

# til mennesker med

# psykisk sårbarhed

Sønderborg Kommune har fokus på forebyggelsestilbud til mennesker med psykisk sårbarhed i et tværgående samarbejde mellem socialpsykiatrien og sundhedsområdet, og med inddragelse af frivillige foreninger, væresteder, botilbud, kommunale idræts- og aktivitetstilbud og Misbrugscenter Sønderborg.

Sammen om Sundhed er et eksempel på et af Sønderborg Kommunes sundhedsindsatser der omfatter individuelle sundhedsdialoger med en sundhedsvejleder og åbne sundhedscaféer. Formålet er at støtte voksne med psykisk sårbarhed, misbrug og/eller social ulykkelighed, der har et ønske om at ændre deres vaner for at forebygge livsstilssygdomme. Målgruppen kommer blandt andet fra kommunale og private væresteder, botilbud, aktivitetstilbud, misbrugscenter, sundhedscenter, jobcenter samt hjemme- og sygepleje.

Sundhedsdialogerne tager udgangspunkt i den enkeltes livssituation samt motivation

for at leve sundere med et særligt fokus på vaneændringer omkring kost og motion – og med målrettede brobygningsforløb til sundhedsfremmende fællesskaber i kommune eller civilsamfund. Sundhedscaféerne bygger videre på deltagernes motivation i et uformelt socialt fællesskab, hvor deltagerne kan støtte og inspirere hinanden til at leve sundere.

Sammen om Sundhed har været i drift siden 2020 og har vist gode resultater. Der er i november 2023 ca. 80 borgere i forløb, og hver borger har sundhedsdialog én gang i måneden. Årligt afsluttes ca. 75 borgere, som efterfølgende har muligheden for at deltage i de mindre sundhedscaféer med max 10 deltagere og med 2-3 møder om måneden.

Sønderborg Kommune arbejder fortsat med at udvikle den organisatoriske sundhedskompetence i et samarbejde mellem kommunens sundhedsområde og socialpsykiatri,

så flere af socialpsykiatriens medarbejdere får et kompetenceløft og aktivt understøtter sundhedsindsatserne i det daglige arbejde. Samtidig samarbejder Sønderborg Kommune løbende med bl.a. Kirkens Korshær Sønderborg, OMBOLD, UCSYD, Steno Diabetes Center Odense og det lokale foreningsliv om sundhedsaktiviteter og indsatser for mennesker med psykisk sårbarhed.



[Sammen om Sundhed](#)

# Nikotinafvenning og forebyggende samtale om alkohol

Rygning og alkoholoverforbrug er blandt de forebyggelige risikofaktorer, der har størst betydning for folkesundheden i Danmark.

Tobaksrygning og nikotinoverforbrug er langt mere udbredt blandt mennesker i sårbare og udsatte positioner. Det kan have store konsekvenser for deres sygelighed og levetid. Hvis færre ryger i denne gruppe, vil det på sigt mindske den sociale ulighed i sundhed. 3 ud af 4 af dem, der ryger tobak dagligt, vil gerne stoppe med at ryge, og næsten 8 ud af 10 af dem har også forsøgt at stoppe – de fleste endda flere gange. Kilde: Danskernes rygevaner 2022 - Sundhedsstyrelsen. Disse borgere kan have brug for hjælp til at komme ud af nikotinafhængigheden og få oplysninger om mulighederne for gratis hjælp til tobaks- og nikotinafvenning i kommunen. Alle kommuner har gratis tobaks- og nikotinafvenningsforløb, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Kommunerne samarbejder om henvisning til tobaks- og nikotinafvenning

på tværs af bl.a. sundhedsområdet, socialafdeling og jobcenter samt i samarbejde med sygehus og praktiserende læger. Tilbuddet kan tilpasses den enkelte i forhold til varighed, omfang og støttebehov. Yderligere er det muligt at få telefonisk rådgivning via [Stoplinien](#) og digitalt rygestop via app'en [XHALE](#). Læs mere om kommunernes rygestoptilbud på [sundhed.dk](#), og om kommunernes kvalitetssikring af tobak- og nikotinafvenningsforløb: Læs mere om [Stopbasen.dk](#).

Alkoholoverforbrug er også knyttet til social ulighed i sundhed. For mennesker i sårbare eller udsatte positioner kan adgangen til alkoholbehandling være en udfordring. Forebyggende samtaler om alkohol kan bidrage til at minimere barrieren for at indlede behandlingsforløb. For at styrke henvisning af mennesker i sårbare og udsatte positioner med alkoholoverforbrug, etablerer kommunerne samarbejde mellem sundhedsområdet, jobcenter og socialfaglige tilbud.

Derudover kan praktiserende læger og sygehuse henvise til en forebyggende samtale om alkohol i kommunen, og der er åbent for selvhenvendelser.

Kommunerne tilrettelægger den forebyggende samtale om alkohol med fokus på borgerens behov, ressourcer og motivation, og samtalen varetages af en forebyggelseskonsulent med sundhedsfaglig baggrund, som også kan sikre brobygning til kommunens alkoholbehandling.

- Læs mere om [Gentofte Kommunes forebyggende alkoholsamtaler](#).
- Læs også om [Dialog om alkohol – rådgivnings- og implementeringsmateriale - Sundhedsstyrelsen](#)



# Tema 4

## Brobygning og aktive fællesskaber blandt mennesker i sårbare eller udsatte positioner

Kommunerne samarbejder med organisationer, lokale foreninger og med frivillige, for at give mulighed for sundhedsfremmende fællesskaber og støtte til at fastholde sunde vaner, når borgerne har afsluttet et forebyggelsesforløb i kommunen. Mange kommuner har især fokus på brobygning til fællesskaber og foreningsliv for mennesker, der ikke har aktive pårørende eller nære venner.

Køge Kommune arbejder med en brobyggerfunktion til fællesskaber og foreningsliv og Brønderslev Kommune er i dialog med lokale foreninger om deltagelsesmuligheder og rummelighed i tilbud.

# Brønderslev Kommune

# Dialog med lokale foreninger om brobygning og rummelighed i tilbud

Alle deltagere i et kommunalt forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i Brønderslev Kommune, tilbydes at komme med på et eller flere foreningsbesøg som en del af forløbet.

For mennesker i sårbare eller udsatte positioner, har kommunen sammen med udvalgte foreninger udviklet og afprøvet særligt tilrettelagte introforløb. Det har bl.a. været svømning, MTB, padel, G golf, mindfulness og fitness. Introforløbene strækker sig over 4-8 gange, hvor borgerne, på 'lukkede' og trygge hold, får en introduktion til motionstilbudde under ledelse af uddannede instruktører. Her er fokus på, hvordan deltagerne kommer i gang med idrætsaktiviteten og på, hvordan deltagerne bliver en del af en forening og dets sociale liv.

Kommunen har desuden udviklet platformen [bdf.bronderslev.dk](http://bdf.bronderslev.dk) til både medar-

bejdere interesserede borgere, så de kan undersøge, hvilke motionstilbud, der er tilgængelige i kommunen. Her findes også en række videoer af udvalgte foreningstilbud, så borgerne kan se, hvad de går ud på.

Resultatet af indsatserne er, at brobygningsaktiviteter er blevet en integreret del af opgaveløsningen i sundhedscentrene, og der er etableret samarbejde med mellem 35-40 idrætsforeninger og andre lokale foreningstilbud, som tager godt i mod nye deltagere.

Der er desuden kommet flere aktive deltagere i idrætsforeninger og øvrige foreningstilbud, hvilket styrker deltagerens generelle trivsel og mestring i forhold til at leve med kronisk sygdom. For den enkelte borger sker der en god læring i forhold til at begå sig i nye sociale sammenhænge, trods kronisk sygdom.

## Inspiration til samarbejde

Mænds mødesteder:

Konceptet Mænds Mødesteder er udviklet og igangsat af Forum for Mænds Sundhed, der er et partnerskab, som arbejder for at skabe lighed i sundhed med fokus på mænds sundhed. Læs mere her: [Forum for mænds sundhed \(sundmand.dk\)](http://Forum for mænds sundhed (sundmand.dk))

Frivilligcentre:

Fx [Følgeven – Frivilligcenter Aarhus](http://Følgeven – Frivilligcenter Aarhus)

Social Sundhed:

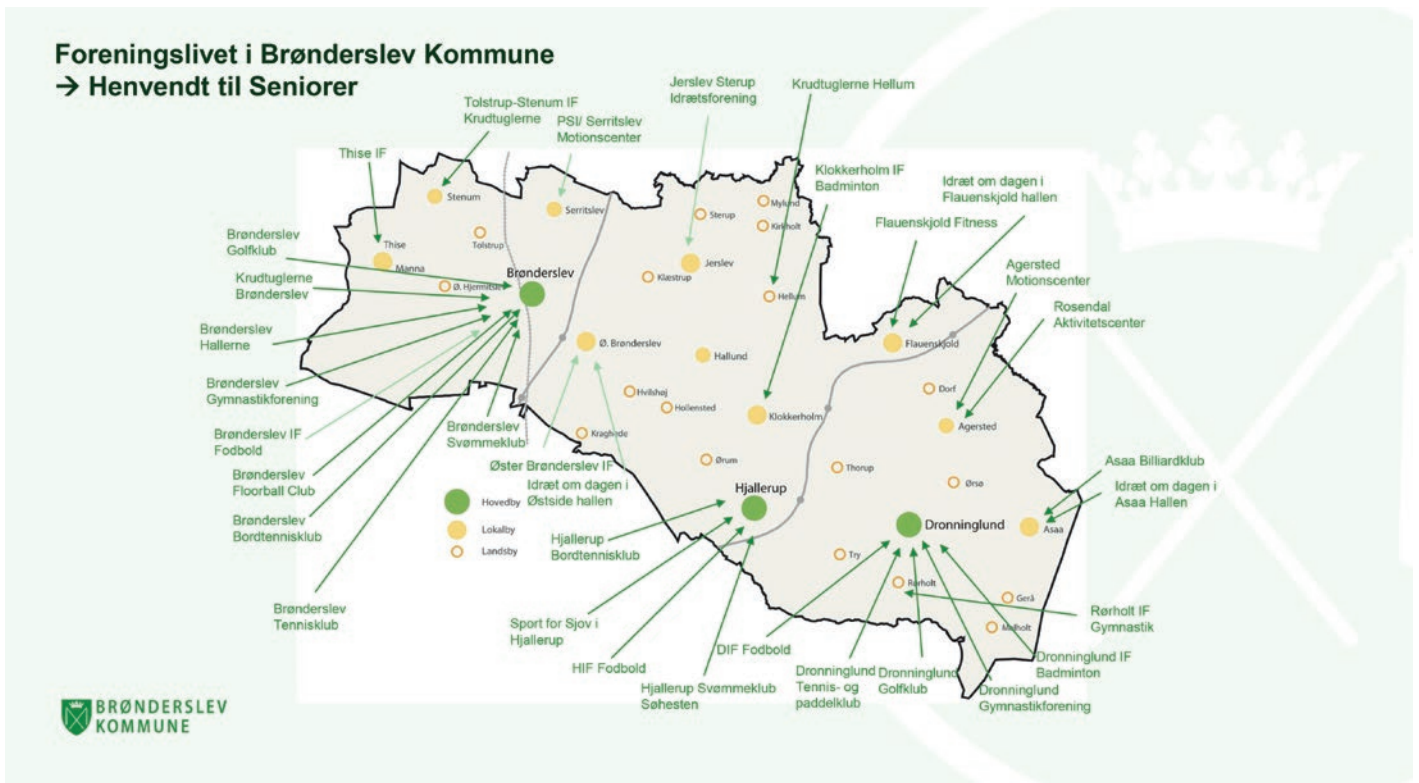
[Hjem – Social sundhed](http://Hjem – Social sundhed)

Ældresagen:

[Det gode værtskab](http://Det gode værtskab)



## Øversigt kort



# Køge Kommune

# Brobygning via brobyggerfunktion i sundhedscenteret

Køge Kommunes sundhedscenter arbejder systematisk med at bygge bro til det lokale foreningsliv.

En sundhedskonsulent i en brobyggerfunktion sikrer borgerinddragelse og ligeværdigt samarbejde med foreninger og frivillige. Den enkelte med behov kan trygt gå direkte fra et forebyggelsesforløb på sundhedscenteret til et tilbud i foreningsregi. Det understøtter, at de fastholder gode vaner i aktive og meningsfulde fællesskaber.

Sundhedskonsulenten arbejder med brobygning både indadtil og udadtil. Internt holdes kommunens medarbejdere ajour med, hvilke foreningstilbud, der er tilgængelige lokalt. Udadtil er sundhedskonsulenten i kontakt med organisationer, foreninger og frivillige for at koordinere og understøtte de fællesskaber, der er behov for. Fx samarbejdes med Røde Kors om at etablere tilbuddet følgeskab til fællesskab, hvor deltagere, der

har brug for ekstra støtte, har mulighed for, at en frivillig møder op ved den enkeltes hjem og følger til og fra foreningstilbuddet. Det er med til at skabe tryghed og nærvær og øger deltagelsen blandt mennesker, der ikke selv ville have deltaget i aktiviteten.

Sundhedskonsulenten er placeret centralt i sundhedshuset, dør om dør med de øvrige sundhedsprofessionelle. Det sikrer en god intern dialog og at deltageres perspektiv inddrages i forhold til, hvilke foreningstilbud, de er motiverede for. Det gør medarbejdere i stand til at 'matche' sammen med den enkelte, så foreningstilbuddet opleves meningsfuldt og deltageren er tryk ved at komme igen. Der er også samarbejde med lokalavisen, som er med til at omtale de eksisterende foreningstilbud og fællesskaber.

Sundhedscenteret rummer, foruden kommunale sundhedstilbud, også lokaler til mange forskellige foreningstilbud. Den tætte relation

til foreninger gør, at det bliver "nemt og trygt" for foreningerne at komme i dialog med kommunen. Fx om opsætning af ekstra bænke i lokalområder, som kan understøtte, at flere mennesker med nedsat funktionsniveau kan være en del af lokale gå-fællesskaber.

Det systematiske arbejde med brobygning i kommunen har styrket deltagelse i bæredygtige, inkluderende og meningsfulde fællesskaber, der bl.a. løfter hverdagen for mennesker med kronisk sygdom, som samtidig er i en sårbar position. Brobygningsfunktionen har desuden givet et udvalg af tilbud, som er tilpasset det lokale behov – set fra deltagerens perspektiv. Det systematiske arbejde har resulteret i multisale, gå-stier mv., der er fyldt med glade smil og røde kinder, og deltagere, der kan spejle sig i hinanden.

#### Links

[Motionstilbud \(koegedk\)](https://www.koegedk.dk)



KL  
Weidekampsgade 10  
2300 København S

+45 3370 3370  
kl@kl.dk  
www.kl.dk

✕ @kommunerne  
in KL

Produktionsnr. 830969  
ISBN 978-87-94514-08-8  
ISBN 978-87-94514-09-5-pdf



Center for Forebyggelse i praksis, KL, har til opgave at formidle viden og understøtte kommunernes sundhedsfremme og forebyggelse, herunder arbejdet med at reducere social ulighed i sundhed blandt mennesker med kronisk sygdom.

**KL**