

TOF pilot 2

Oplevelser og vurderinger af forebyggelse af livsstilssygdomme

Marie Broholm-Jørgensen
Katrine Bindsbøl Holm Johansen
Tine Tjørnhøj-Thomsen

TOF pilot 2

- Oplevelser og vurderinger af forebyggelse af livsstilssygdomme

Marie Broholm-Jørgensen, Katrine Bindsbøl Holm Johansen & Tine Tjørnhøj-Thomsen

Copyright © 2020

Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Uddrag er tilladt mod tydelig gengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-501-8

Statens Institut for Folkesundhed
Studivstræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra
www.projektof.dk og www.sdu.dk/sif

Indhold

Indledning 3

Interventionens formål og forløb 3

Evalueringens formål 4

Metode 6

Evalueringsdesign 6

Rekruttering 6

Interviews 7

Observationer 8

Analyse 8

Resultater 9

Interventionens komponenter – oplevelser og vurderinger 9

Den fælles intervention 9

Den målrettede intervention 14

Interventionens forankring i praksis 21

Det sociale aspekt for deltagelse 21

Tilgængelighed og eksistens 21

Organisering i praksis 22

Opsamling og anbefalinger 24

Anbefalinger og læringspunkter 25

Referencer 28

Indledning

Projektet 'Tidlig Opsporing og Forebyggelse' (TOF) er en intervention, der sigter mod at sænke andelen af borgere med livsstilrelaterede sygdomme.

TOF er forsknings- og samarbejdsprojekt mellem Praktiserende Lægers Organisation Syddanmark, syv syddanske kommuner, de praktiserende læger i projektkommunerne, Forskningsenheden for Almen Praksis (FEA), Syddansk Universitet, Kvalitet i Almen Praksis og Region Syddanmark.

Interventionen blev første gang afprøvet i Haderslev Kommune og Varde Kommune i efteråret 2016 og evalueret af FEA og Statens Institut for Folkesundhed (SIF). På baggrund af resultaterne af evalueringen blev TOF-projektet justeret, og i 2019 er TOF-projektet for anden gang gennemført som et pilotprojekt i to kommuner (Langkilde, Rod & Pedersen, 2017).

Interventionens formål og forløb

Formålet med TOF-projektet er at foretage en tidlig og systematisk opsporing af borgere med usund livsstil og risiko for livsstilssygdomme samt tilbyde målrettede og sammenhængende forebyggelsesforløb for disse borgere i almen praksis og kommunen.

TOF-projektet består af en fælles intervention rettet mod alle borgere i målgruppen og en målrettet intervention for borgere med risikoadfærd eller forøget risiko for livsstilssygdom. Projektet er opbygget af følgende fire elementer:

- 1) Borgerne modtager et spørgeskema om livsstilsrisikofaktorer som rygning, kost, alkohol og motion. Resultaterne af spørgeskemaet kobles med informationer om eksisterende livsstilssygdomme registreret i lægens journalsystem.
- 2) På baggrund af de samlede oplysninger stratificeres borgerne i fire risikogrupper:
 - a. *De lilla borgere*: Borgere med allerede diagnosticeret sygdom
 - b. *De røde borgere*: Borgere med forøget risiko for livsstilssygdom
 - c. *De gule borgere*: Borgere med risikoadfærd
 - d. *De grønne borgere*: Borgere med sunde vaner
- 3) Alle borgere modtager en personlig sundhedsprofil på www.sundhedsmappe.dk med angivelse af risikoprofil, samt råd og vejledning i forhold til livsstilsændring.
- 4) Den målrettede intervention er således kun henvendt til borgere i den gule og røde gruppe. De gule borgere er borgere, som har såkaldt risikoadfærd i forhold til udviklingen af en livsstilssygdom, med andre ord borgere, som har en livsstil, som giver en forhøjet risiko for udvikling af en livsstilsrelateret sygdom. Denne gruppe borgere tilbydes en indledende telefonsamtale med en kommunal sundhedsfaglig medarbejder og eventuelt efterfølgende sundhedssamtale i kommunen. Den røde gruppe af borgere er kendetegnet ved at være i den ældre aldersgruppe (det vil sige 50 år og opefter) og i forøget risiko for at udvikle en af de tre livsstilsrelaterede sygdomme diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdomme. De røde borgere tilbydes en fokuseret helbredsundersøgelse hos egen læge.

Procesevalueringen af TOF pilot 1 i 2016 pegede på flere justeringer af projektdesignet (Langkilde, Rod & Pedersen, 2017). Blandt andet fandt man i evalueringen af TOF pilot 1, at de sundhedsprofessionelles forventninger til målgruppen ikke stemte overens med sundhedstilstanden hos de borgere som deltog i projektet, og derfor var en af anbefalinger at justere algoritmen for stratificeringen af borgerne i de fire risikogrupper med det formål at rekruttere flere mænd og mindre ressourcestærke borgere til interventionen. Der blev i evalueringen også peget på udfordringer i organiseringen af projektet i almen praksis. For at sikre større relevansoplevelse blandt læger og praksispersonale anbefalede evalueringen blandt andet at give mulighed for at afslutte forløbet med borgeren, hvis værdierne i helbredsundersøgelsen lå inden for normalområdet i stedet for at inkludere en helbredssamtale uagtet resultaterne for helbredsundersøgelsen.

På baggrund af resultaterne af evalueringen af TOF pilot 1 i 2016 blev interventionen justeret i forhold til:

- At sikre en bredere rekruttering af borgere til deltagelse i projektet ved at udsende præ-notifikation (postkort) i udvalgte områder forud for invitation i e-Boks, at revidere ordlyden i invitationen, udarbejde informationsfilm målrettet til henholdsvis mænd og kvinder samt andre målrettede rekrutteringstiltag, såsom opslag i lokalaviser og Sundhedsbus med information om projektet i udvalgte områder.
- At sikre et fleksibelt forløb i almen praksis (for de røde borgere) ved at borgere kan afsluttes efter helbredsundersøgelsen og/eller kan fortsætte i et kommunalt TOF-forløb og skabe fleksibilitet i forhold til, hvordan den enkelte lægeklinik organiserer arbejdet med TOF-projektet.
- At sikre telefonisk kontakt til de røde borgere, som angiver, at de gerne vil kontaktes af lægehuset for at aftale tid til en helbredsundersøgelse.

Formålet med pilotprojektet i 2019 har været at afprøve, evaluere og kvalitetsudvikle den justerede intervention – TOF pilot 2. Pilotprojektet henvender sig til borgere født i perioden 1959-1988, og som bor i enten Haderslev Kommune eller Middelfart Kommune.

Man kan læse mere om TOF-projektet her: www.projekttof.dk

Evalueringens formål

Denne rapport beskriver resultaterne af en kvalitativ procesevaluering af det justerede TOF-projekt i 2019 – TOF pilot 2. Evalueringens formål er at undersøge afprøvningen af den justerede intervention i almen praksis og i kommunalt regi. Hensigten er at skabe viden og indsigt i, hvordan TOF pilot 2 som projektidé er blevet omsat i praksis i henholdsvis almen praksis og kommunalt regi.

Procesevalueringen har søgt svar på følgende evalueringsspørgsmål:

1. Hvordan oplever og vurderer lægen og praksispersonalet den justerede intervention?
2. Hvordan oplever og vurderer de kommunale sundhedsprofessionelle den justerede intervention, herunder arbejdet med den indledende målrettede rekruttering?
3. Hvordan oplever og vurderer borgerne interventionen og de målrettede rekrutteringstiltag i kommunen såvel som i almen praksis?
4. Hvordan oplever og vurderer borgerne mødet med lægen og praksispersonalet?
5. Hvordan oplever og vurderer borgerne mødet med kommunens aktiviteter og tilbud?
6. Hvilke anbefalinger kan udledes i forhold til fremtidig udbredelse af interventionen?

Evalueringen bidrager med konkrete anbefalinger til yderligere kvalitetsudvikling og justering af interventionen og dermed til den fremtidige anvendelse af TOF-projektet.

Rapporten henvender sig til Styregruppen for TOF-projektet samt læger, praksispersonale og kommunale sundhedsprofessionelle i én af de deltagende kommuner.

Metode

I dette kapitel beskrives procesevalueringens evalueringsdesign og datagrundlaget for rapportens konklusioner. Beskrivelserne af de metodemæssige overvejelser har til formål at sikre gennemsigthed og validitet i evalueringen.

Evalueringsdesign

Evalueringen er designet som en kvalitativ procesevaluering med afsæt i principper fra realistisk evalueringsteori. Det betyder, at der er fokus på de kontekstuelle rammer og betingelser, som interventionen afprøves under, såsom de organisatoriske forhold og fagpersoners og borgeres opfattelser af projektet og praksis (Pawson & Tilley, 1997). Realistisk evaluering er ligeledes optaget af at forstå de mekanismer, som har betydning for selve afprøvningen af en intervention. Derfor er evalueringen af TOF pilot 2 designet med henblik på at afdække, hvordan sundhedsprofessionelle i almen praksis og kommunerne tager imod og vurderer TOF pilot 2. Dette involverer en undersøgelse af det, man inden for en realistiske evalueringstilgang begrebsliggør som *appraisal*. På dansk taler man om deltagernes vurderinger af en interventions kvalitet, holdbarhed, brugbarhed og relevans i forhold til afprøvningen og dermed den ønskede virkning.

Evalueringen er baseret på individuelle semistrukturerede interviews med læger og praksispersonale i almen praksis (tabel 1), individuelle semistrukturerede og fokusgruppeinterviews med kommunale sundhedsfaglige medarbejdere (tabel 1) og individuelle semistrukturerede interviews med borgere, som har deltaget i projektet (tabel 2), samt observationer af helbredssamtaler i almen praksis (tabel 3).

I februar 2019 præsenterede evaluator planerne for den kvalitative procesevaluering på informationsmøder i de fire deltagende lægeklinikker. Evaluator indgik en samarbejdsaftale med hver enkelt lægeklinik om rekruttering af borgere og honorering, og udarbejdede informationsmateriale om procesevalueringen, som personalet kunne udlevere til borgerne.

Indsamlingen af datamaterialet fandt sted fra april 2019 til og med september 2019. Da projektet er forløbet hen over en sommerferieperiode, blev dataindsamlingen udvidet undervejs og projektperioden derfor forlænget.

Rekruttering

Rekrutteringen af praktiserende læger og praksispersonale i almen praksis og sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i kommunerne foregik ved at rette direkte henvendelse til de fire deltagende lægeklinikker og de ansvarshavende medarbejdere i de to kommuner, hvor lægehusene er placeret.

Rekrutteringen af borgere til interviews foregik ved at vælge borgere fra en deltagerliste, som blev lavet af forskningskoordinatoren på Syddansk Universitet (se nedenfor). Borgerne blev udvalgt til interview, sådan at de repræsenterede både de røde borgere, som fik helbredsundersøgelse hos egen læge, og de gule borgere, som fik helbredssamtale ved kommunen. Borgerne har gennem sundhedsmappen givet samtykke til at blive kontaktet med henblik på at deltage i interview, og evaluator har kontaktet borgerne direkte per telefon for at anmode om et telefoninterview. I udvælgelsen af borgere til interview er der tilstræbt en ligelig fordeling på alder, køn og kommune. Derudover rekrutteredes fire røde borgere efter observation af helbredssamtalen ved egen læge.

Det samlede datamateriale består således af 28 transskriberede interviews og feltnoter fra fire helbredsamtaler i almen praksis samt feltnoter fra et målrettet rekrutteringstiltag i én kommune. Nedenstående tabeller 1-3 illustrerer karakteren og omfanget af det empiriske materiale, som indgår i evalueringen.

Tabel 1

Sundhedsprofessionelle	Metode	Antal	Kontekst	Køn	Alder
Almen praksis klinikker					
Læger	Individuelle interview	4	Almen praksis	2 kvinder / 2 mænd	27-54
Praksispersonale	Individuelle interview	3	Almen praksis	3 kvinder	30-52
Kommuner					
Leder og sundhedsfaglig medarbejder	Individuelle interview	2	Haderslev kommune	2 kvinder	N/A
Sundhedsfaglige medarbejdere	Fokusgruppeinterview	1	Middelfart kommune	3 kvinder	N/A

Tabel 2

Borgere	Metode	Antal	Køn	Alder
Gule borgere	Individuelle interview	7	5 kvinder / 2 mænd	30-46
Røde borgere	Individuelle interview	10	7 kvinder / 4 mænd	48-59

Tabel 3

Observationer	Antal	Kontekst
Helbredssamtaler	4	Almen praksis
Rekruttering	1	Kommunal sundhedsbus

Interviews

Interviews med læger og praksispersonale i almen praksis foregik per telefon og fandt sted, efter de havde haft lejlighed til at udføre de helbredsundersøgelser og -amtaler, der indgik i interventionen. De individuelle interviews med de kommunale sundhedsprofessionelle foregik også per telefon, mens fokusgruppeinterviewet blev udført i et af kommunens mødelokaler. Både i de individuelle interviews og fokusgruppeinterviewet med de kommunale sundhedsprofessionelle var der fokus på at afdække motivation og organisering af projektet, forberedelse til projektet, erfaringer med samtaler med borgere og viderehenvisning til tilbud, brugen af sundhedsmappen, målgruppen af borgere, brobygning mellem kommune og almen praksis og vurdering af TOF-projektets kvalitet og relevans i forhold til formålet. Alle interviewene fandt sted, efter medarbejderne havde været i kontakt med borgere i projektet i minimum to måneder.

Borgerne, som tilhører den røde gruppe, blev alle på nær to interviewet per telefon. Interviewene omhandlede borgernes baggrund og forhold til sundhed, motivation for at deltage i projektet, oplevelse og vurdering af helbredsundersøgelsen og samtalen efterfølgende og eventuelle videre henvisning til kommunen, tanker omkring sundhedsmappen samt vurdering af TOF-projektets organisering og relevans og idéer til forbedringer. Borgere i den gule gruppe blev alle interviewet per telefon. Interviewene dækkede følgende

emner: borgernes baggrund, motivation for at få lavet en sundhedsprofil, oplevelse og vurdering af kommunens kontakt til borgeren, overvejelser omkring at opsøge egen læge/kommune for at få råd og vejledning omkring helbred og sundhed, vurderingen af spørgeskemaet og sundhedsmappen, udbytte af kontakt til kommunen og forslag til ændringer i TOF-projektet.

Observationer

Observationer er en metode, der egner sig godt til at opnå indsigt i konkrete handlinger og sociale interaktioner (Hastrup, Rubow & Tjørnhøj-Thomsen, 2013). Der er i procesevalueringen gennemført observationer i tre forskellige settings. For det første observerede evaluator sundhedsbussen en dag, hvor den blev brugt til at skabe opmærksomhed på og rekruttere borgere til pilotprojektet.

For det andet blev helbredssamtaler i almen praksis observeret. Observationerne af helbredssamtalen fokuserede på samtalens indhold, dynamikken mellem borger og læge samt borgerens ønsker i forhold til livsstilsændring, samt hvordan forebyggelse prioriteres i mødet, og om/hvordan sundhedsprofilen indvirker herpå. I det omfang det var muligt, blev der også gennemført uformelle, kortere samtaler med de deltagende læger og andet relevant praksispersonale. Observationerne blev koordineret af lægerne i almen praksis, som kontaktede evaluator, når der var mulighed for at lave observationer.

For det tredje observerede og registrerede evaluator lægernes kommentarer og spørgsmål til TOF-projektet i forbindelse med informationsmøder afholdt i de fire deltagende almen praksis-klinikker kort tid inden projektets opstart. Disse observationer havde til formål at give information om lægernes forventninger og holdninger til pilotprojektet.

Analyse

Alle interviews blev optaget digitalt og transskriberet ordret af studentermedhjælpere tilknyttet projektet. Det samlede datamateriale består således af transskriptioner fra interviews og noter fra observationer. Interview- og observationsmaterialet (i alt 28 interviews og 25 siders observationsnoter) blev læst igennem af projektgruppen, kodet og tematiseret med udgangspunkt i evalueringsspørgsmålene:

- Sundhedsprofessionelles oplevelser og *appraisal* af TOF pilot 2
- Sundhedsprofessionelles vurdering af målgruppen og den målrettede rekruttering
- Borgeres oplevelser af spørgeskemaer, helbredsundersøgelse- og samtale og kommunale tilbud
- TOFs møde med konteksten, herunder de organisatoriske rammer
- Anbefalinger til TOF-projektet

Der blev også identificeret en række supplerende temaer, som indgår i resultaterne, såsom sociale relations betydning for motivation til og fastholdelse af adfærdsændringer.

I TOF pilot 2 har det som noget nyt været muligt at afslutte forløbet hos egen læge efter helbredsundersøgelsen og viderehenvise borgeren til en samtale og muligt forløb i kommunen. Det har betydet, at der ikke på samme måde kan skelnes mellem borgere i den røde og gule gruppe, da en del borgere er gået fra den røde gruppe hos egen læge og over i den gule gruppe hos kommunen. I analysen skelnes derfor kun mellem den røde og den gule gruppe af borgere, når deres oplevelser og vurderinger adskiller sig.

Resultater

I de følgende tre kapitler præsenteres evalueringens resultater. Det første kapitel er inddelt i to afsnit, som vedrører de sundhedsprofessionelle og borgernes vurderinger og oplevelser af henholdsvis den fælles og den målrettede intervention. Det andet kapitel fokuserer på forankringen af TOF-projektet i praksis. Dette kapitel er inddelt i tre afsnit, der beskriver de forhold, som har betydning for borgernes deltagelse i projektet og sammenhængen mellem interventionens formål og konkrete udfordringer for projektets forankring i praksis. I det tredje og sidste kapitel præsenteres en opsamling af resultaterne af procesevalueringen af TOF pilot 2 samt en række anbefalinger, som kan udledes af denne evaluering.

Interventionens komponenter – oplevelser og vurderinger

I dette kapitel beskrives de erfaringer, som sundhedsprofessionelle og borgere har med TOF pilot 2, og hvordan TOF pilot 2 opleves og vurderes i forhold til relevans, kvalitet og brugbarhed. Først gennemgås oplevelser af den fælles intervention og dernæst den målrettede.

I dette kapitel er der også fokus på, hvordan justeringerne af interventionen har fungeret i praksis for såvel borgere som sundhedsprofessionelle.

Den fælles intervention

Den fælles intervention omfatter en indledende stratificering af borgerne ud fra oplysninger om livsstilsfaktorer og eksisterende livsstilssygdom, baseret på selvvurderet spørgeskema som kombineres med oplysninger vedrørende eksisterende livsstilssygdom (diagnose og/eller behandling) noteret i lægernes journal-system. Borgeren får en tilbagemelding (sundhedsprofil) på spørgeskemaet på en personlig hjemmeside (sundhedsmappen) med angivelse af risikoprofil beregnet ud fra validerede algoritmer vedrørende risiko for KOL, diabetes og hjerte-karlidelse. Dette afsnit svarer på, hvordan de involverede aktører, læger, praksispersonale, sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen samt borgerne oplever og vurderer invitationen til projektet, spørgeskemaet samt sundhedsmappen.

Invitation og spørgeskemaer

Invitationen til projektet blev overordnet modtaget positivt af både de røde og gule borgere. Alle borgere blev inviteret til at deltage i projektet gennem en invitation i deres e-Boks nogle måneder før, de udfyldte spørgeskemaet. I interviewene har borgerne ofte svært ved at huske invitationen og har ingen bemærkninger til indholdet eller formatet for invitationen. At invitationen ligger så langt tilbage i tid bevirker endvidere, at flere af de adspurgte borgere enten ikke kan huske, hvorfor de accepterede invitationen, eller at motivationen for at deltage har ændret sig. Som en kvinde forklarer:

Gul borger: *Men på det tidspunkt dér, der gav det rigtig god mening og [jeg] tænkte, ”orgh, det var da en god ide”, men heldigvis kan man sige, har jeg ikke så stort behov for det længe.*

Nogle borgerne peger på, at der går lang tid, fra projektet igangsættes med invitation og spørgeskema, til borgeren møder enten læge og praksispersonale i almen praksis eller sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne. Denne tidsforskydning påvirker nogle af deltagernes oplevelse af projektets kvalitet.

Rød borger: *Man får den der tanke, at jamen, er det her virkelig bare... bliver det til noget eller? Er der styr på det eller?*

For hovedparten af borgerne er udsigten til at få en helbredsundersøgelse det, der får dem til at takke ja til at deltage i projektet. Derfor er der enkelte borgere i den gule gruppe, der blev skuffede, da de ikke fik et helbredstjek, da det kun var de røde borgere der fik tilbud om helbredstjek i almen praksis.

Flere borgere er af den opfattelse, at når man kommer op i alderen, så kan det være hensigtsmæssigt at holde bedre øje med sit helbred, eksempelvis gennem et helbredstjek en gang om året. Andre fortæller, at motivationen til at deltage i projektet blev ansporet af, at de i forvejen gik med tanker om at ændre livsstil.

Gul borger: *Det er nok mest med kost og sådan nogle ting, og, så er jeg ryger, så... jeg ved jo godt, at de er forkerte de ting, men så tænkte jeg, "jamen, hvis man nu er med i sådan en undersøgelse" – det kunne være, at man så lige fik øjnene åbnet eller fik et spark til at komme lidt videre med nogle ting.*

TOF kan således blive en katalysator til forandring, hvis borgeren allerede har overvejet for eksempel kostændringer eller rygestop.

Alle borgere, som deltog i interventionen, besvarede indledningsvis et spørgeskema, som vedrørte deres selvvalgte helbred, vægt, højde, de fire KRAM-faktorer kost, rygning, alkohol og motion, luftvejssymptomer, familiær disposition, graviditetsdiabetes, artrosesymptomer og selvvalgt livsstil. Dette skema dannede grundlag for at opdele borgerne i de fire forskellige risikogrupper. Generelt oplever borgerne spørgsmålene i spørgeskemaet som relevante og let forståelige.

Nogle borgere nævner, at de ikke synes, at spørgeskemaet efterlod plads til en nuanceret forståelse for deres livsstil. Særligt spørgsmålene om kost og motionsvaner er - set fra borgernes perspektiv - formuleret ud fra nogle afgrænsede idéer om, hvad der er sund kost og motion. I spørgeskemaet angives sund kost for eksempel at være baseret på en diæt med fisk og grøntsager, og der er ifølge informanterne ikke taget højde for, at flere i dag lever som vegetarer, veganere eller efter en anden diæt. Ifølge borgerne kan det betyde, at folk, der lever vegansk, bliver kategoriseret som værende i risiko, da de ikke spiser fisk.

I tråd hermed vurderer de sundhedsprofessionelle både i almen praksis og kommunalt regi, at der i spørgeskemaet ikke tages højde for de forskelligartede måder, som man kan være fysisk aktiv på i sit arbejdsliv, og som ikke nødvendigvis kan rubriceres som konkurrenceidræt, motionsidræt eller havearbejde. De sundhedsprofessionelle oplever for eksempel, at der er uoverensstemmelser mellem, hvad borgeren fortæller i klinikken, og hvad der står på deres skema.

Læge: *Ja, det har jeg oplevet nogle gange, at der er diskrepans mellem, at der står, at de er fysisk inaktive, og så når man snakker med dem, så siger de, "Jamen, jeg kunne ikke få lov til at udfylde de fysiske aktiviteter, som jeg laver, så derfor så boner den ud med, at den blev 'fysisk inaktiv', selvom jeg faktisk laver ret meget."*

Endelig påpeger både borgere og sundhedsprofessionelle ligesom i evalueringen af TOF pilot 1, at svarmulighederne i spørgsmålet om rygning ikke giver information om, hvorvidt borgerne er stoppet med at ryge for 6 måneder eller 10 år siden. Ifølge de sundhedsprofessionelle er der forskel på en helbredssamtale med en person, der er stoppet med at ryge for 6 måneder siden og med én der er stoppet for 10 år

siden. Dette er ifølge de sundhedsprofessionelle vigtig viden i tilrettelæggelsen af en samtale, og der er blandt de sundhedsprofessionelle et generelt ønske om, at der gives mulighed for at se borgernes svar på hvert enkelt spørgsmål.

Efter det indledende spørgeskema fik alle borgere et spørgeskema om mental trivsel, selvkompetence, sociale netværk, sociale normer og tro/mening. Den generelle vurdering blandt de sundhedsprofessionelle er, at spørgsmålene omkring socialt netværk og mental trivsel er helt centrale for at forstå borgerens situation og vurdere, hvordan det fysiske og psykiske helbred spiller sammen.

Blandt de interviewede borgere, som har besvaret skemaet, modtages spørgsmålene om tro dog med skepsis og undren af nogle borgere.

Gul borger: *Ja, den første, den synes jeg godt nok, det var en yderst mystisk én.*

Interviewer: *Ja, kan du huske lidt om, hvad det var for nogle spørgsmål?*

Gul borger: *Ja, det var et eller andet med tro og religion, og jeg ved ikke hvad, så den syntes jeg var fuldstændigt malplaceret.*

Derudover har borgerne i den røde gruppe fået et skema efter helbredssamtalen, eller efter de har fået telefonisk tilbagemelding på helbredsundersøgelsen. Borgere i den gule gruppe har fået spørgeskema efter samtalen med den kommunale sundhedsprofessionelle. Disse svar er afrapporteret i den kvantitative evaluering af TOF pilot 2 (Thilsing et al., 2020).

Sundhedsmappen

Sundhedsmappen er den hjemmeside, hvor borgerne kan se deres personlige sundhedsprofil, efter de har besvaret TOF-spørgeskemaet. Interviewene med borgerne viser, at de fleste borgere kun besøger sundhedsmappen, når de får resultatet på besvarelsen af spørgeskemaet. Der er kun en enkelt borger, der angiver, at hun har besøgt sundhedsmappen flere gange.

En borger forklarer sit minimale brug af sundhedsmappen med henvisning til betydningen af det personlige møde med lægen:

Rød borger: *Men også lidt, at jeg føler måske også, at der er lidt mere autoritet, når det bliver personligt overleveret ved lægen, end hvis man læser det fra sin skærm.*

Andre forklarer, at sundhedsmappen ikke bringer ny viden, som de ikke allerede havde i forvejen, at sundhedsmappen er for generel, og at den gerne må være mere personrelateret, for eksempel med mulighed for at slå op præcis, hvad de skal gøre i deres situation.

Rød borger: *Jeg havde forventet lidt, når det nu var 'min' sundhedsmappe, så stod der noget med, "hvad kan JEG?"*

Generelt har borgerne ikke lagt mærke til, at de kan finde informationer og gode råd i sundhedsmappen, og flere af borgerne efterspørger oversigter over relevante sundhedstilbud i nærområdet samt tilmeldingsmuligheder og priser. I nogle tilfælde giver sundhedsmappen dog øget kendskab til de tilbud og muligheder for hjælp til blandt andet livsstilsændringer, som kommunen kan tilbyde, såsom rygestopkurser og kostrådgivning, og bidrager derved til at udbrede kendskabet til kommunale sundhedstilbud, som er til rådighed for borgerne, også hvis behovet skulle opstå senere hen.

Gul borger: *Jeg anede ikke, at man på den måde kunne gå ind og få hjælp. Og det tror jeg ikke... der er ikke mange, der ved det, eller der er ikke nogen, når man snakker med andre om det. Også sundhedscentret, vores sundhedscenter er rimeligt nyt i Haderslev, det er lige bygget. Så jeg anede... vi aner faktisk ikke, hvad det er, nej.*

Risikoinddelingen som lilla, røde, gule og grønne borgere kan ifølge nogle af borgerne give unødige bekymringer i forhold til, hvad det vil sige at leve sundt. For eksempel kan det give en falsk tryghed at blive kategoriseret som grøn, hvis man selv føler, at man burde ændre lidt på sin livsstil.

Gul borger: *Ja, i bund og grund er de fleste af os jo fornægtere, når det kommer til vores egen sundhed, et eller andet sted. Så hvis man får sådan en seddel med grønt på, selvom man inderst inde godt ved, at man får måske ikke lige motioneret nok, spiser måske lige lidt for meget chokolade, eller hvad det nu kunne være. Hvis du så får sådan én, der er grøn, så tænker du, "Det er fint, der behøves jeg ikke lavet noget om... de der smerter jeg har, der trækker ud i armen, det er der sgu nok ikke noget om", altså nu karikerer jeg det lidt. Så jeg kan bare fortsætte, som jeg..., du ved. Så... det er bare, fordi vi vil egentlig alle sammen bare gerne have at vide, at vi er de sunde, og at vi kommer til at leve, til vi er 120, ikke? ... og du kan måske også få en falsk tryghed, "Nå, men jeg er grøn i det hele, så der er ikke noget, jeg skal lave om. Jeg lever lige, som man skal." Og det er jo ikke sikkert, at det hele går lige, som det skal.*

Ligesom borgerne har de sundhedsprofessionelle, der deltog i TOF pilot 2, adgang til en sundhedsmappe, som giver information om borgere, der er tilknyttet deres klinik eller kommune. I overensstemmelse med evalueringen af TOF pilot 1 vurderer de interviewede sundhedsprofessionelle, at sundhedsmappen er et godt og brugbart værktøj i samtalen med borgeren. Ifølge de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere medfører sundhedsmappen, at medarbejderne før telefonsamtalen med borgene kan pejle sig ind på de vigtigste emner og dermed fokusere de reelle samtaler med borgeren.

Sundhedsfaglig medarbejder: *Jeg synes, de [samtalerne i TOF] adskiller sig på den måde, at vi lidt bedre er klædt på til at gå i gang. Fordi der ligger noget, som var ret nemt at gå ind og læse, når man har fundet borgeren. Men når man så klikker på borgerens navn, så kommer der et rigtigt fint billede op, så man er på forkant, inden man skal tale med den der borger.*

Generelt opleves sundhedsmappen dog som et "tungt system". I almen praksis, for eksempel, skal læger og praksispersonale dokumentere i to eller flere systemer, når de skal tilse TOF-borgere i klinikken. Det giver således mere dokumentationsarbejde også at skulle bruge sundhedsmappen. Endvidere opleves sundhedsmappen som rigid at arbejde i på grund af krav om udfyldelse af kommentarer eller bokse, før man kan komme videre i systemet. Dermed passer sundhedsmappen ikke ind i en normal hverdagspraksis, hvilket besværliggør brugbarheden af sundhedsmappen i den nuværende form i almen praksis.

Dobbeltdokumentation er ligeledes et problem for de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne, som oplever sundhedsmappen som et langsommeligt og trægt system.

Sundhedsfaglig medarbejder: *Og så fordi det er langsommeligt, altså det her med når du kommer ind, går ind, logger ind, kommer du så til den her forside, hvor du har alle borgerne i et virvar, og så kan du godt sortere dem ud fra dato. Det gjorde vi i starten, så tænkte vi, vi tager dem, som er kommet først. Så trykker du på Marius, og så finder du ud af, at han så*

ikke kunne ringes op i dag, og så tænker vi, "så går jeg lige tilbage", og selve det her med at klikke tilbage og så vente på, at den loader, og så komme ud på forbilledet, og så er vi tilbage til, at alle borgerne står i ét virvar, så klikker man igen på at sortere efter dato, og så scroller man ned, og så trykker man på Anita, og så tager det bare lang tid igen, før den loader, og så er du inde på siden, der konstaterer, at Anita hun vil kunne ringes op efter jul. Super. Så på den måde var det enormt tungt, og vi brugte faktisk rigtig meget tid på at lave vores egne lister.

I forbindelse med justeringen af interventionsdesignet opstod der tvivl hos praksispersonalet om, hvordan forebyggelsesplanen skal bruges i almen praksis, når borgeren afsluttes eller henvises til det kommunale forløb uden helbredssamtale. Da formålet med forebyggelsesplanen er at nedskrive borgerens videre forløb, opleves det at udfylde planen, når forløbet afsluttes, som meningsløs.

Delkonklusion

Generelt oplever borgerne, at invitationen til TOF-projektet kan være et skub i en adfærdsændrende retning. Dog kun hvis borgeren selv er motiveret for at skabe forandring. Resultaterne viser endvidere, at borgerne ikke bruger sundhedsmappen aktivt, andet end til at se tilbagemelding på spørgeskemaet. Oplevelsen blandt læger, praksispersonale og de sundhedsfaglige medarbejdere er, at sundhedsmappen ikke passer ind i en normal hverdagspraksis, da den skaber dobbeltdokumentation, hvilket besværliggør brugbarheden af mappen.

Den målrettede intervention

I TOF-projektet inddeles borgerne som nævnt i fire risikogrupper på baggrund af besvarelser af det indledende spørgeskema. Den målrettede intervention fokuserer udelukkende på borgere med forøget risiko for livsstilssygdom (de røde borgere) og borgere med risikoadfærd (de gule borgere). De røde borgere tilbydes en helbredsundersøgelse i almen praksis, og de gule borgere får tilbudt en indledende telefonsamtale med en kommunal sundhedsfaglig medarbejder og eventuelt efterfølgende sundhedssamtale i kommunen. I dette afsnit svares på, hvordan de involverede aktører, læger, praksispersonale, sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen og borgerne, oplever og vurderer dels stratificeringen af borgene til henholdsvis den røde og gule gruppe, dels helbredsundersøgelse i almen praksis og telefon- og sundhedssamtale i kommunerne.

Stratificering af målgruppen

Borgerne er på baggrund af deres spørgeskemabesvarelser i den fælles intervention blevet inddelt i fire risikogrupper: de lilla, røde, gule og grønne borgere. Den målrettede intervention er kun henvendt til borgere i den gule og røde gruppe. Den gule gruppe er borgere, som har såkaldt risikoadfærd i forhold til udviklingen af en livsstilssygdom, med andre ord borgere, som har en livsstil, som giver en forhøjet risiko for udvikling af en livsstilsrelateret sygdom. Den røde gruppe af borgere er kendetegnet ved at være i den ældre aldersgruppe (det vil sige 50 år og opefter) og i forøget risiko for at udvikle en af de tre livsstilsrelaterede sygdomme diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdomme. Borgerne stratificeres til én af de fire grupper på baggrund af spørgeskema- og patientjournaloplysninger. I dette afsnit gennemgås de deltagende borgeres og sundhedsprofessionelles oplevelser og vurdering af stratificeringen til henholdsvis den røde og den gule gruppe.

De røde borgere

Interviews og samtaler med læger og praksispersonale i almen praksis viser, at der er en bekymring for, om projektet når den gruppe af borgere, som er defineret som røde. Ligesom i procesevalueringen af TOF pilot 1 nævner alle interviewede læger og praksispersonale, at algoritmen til at identificere de røde borgere er for bred, og at de fleste borgere kommer i klinikken i forvejen til årlige eller halvårlige helbredsundersøgelser:

Praksispersonale: *Altså jeg kan godt lide ideen i, at man kan forebygge, men jeg vil gerne have justeret en lille smule på de der algoritmer, inden at det bliver bredt ud, til at det er noget, vi skal udføre sådan på alle, fordi jeg tænkte, at det kunne hurtigt blive tungt.*

Interviewer: *Ja, og det siger du, fordi du har tænkt, at man møder for mange patienter, hvor det ikke er relevant?*

Praksispersonale: *Vi møder, ja, vi møder for mange, der er raske, og måske med et par kilo for meget på sidebenene, men det er jo ikke nok til at de behøver at gå til læge, altså.*

Dette citat illustrerer en generel kritik, som går igen blandt de sundhedsprofessionelle. Kritikken angår de spørgsmål og svarmuligheder, som er angivet i det indledende TOF-spørgeskema, og som danner grundlag for algoritmernes stratificering af borgerne i den lilla, røde gule eller grønne gruppe. Både læger og praksispersonalet undrer sig over, hvordan algoritmerne egentlig vurderer risici; altså hvilke svar der giver hvilke point, og hvordan cut points ligger for de forskellige grupperinger af borgere. Flere nævner, at det at være mand og over 60 år allerede i sig selv vurderes som en risikofaktor, og at det kan være en årsag til, at de møder en del borgere, som de ikke umiddelbart opfatter som målgruppen for interventionen.

Ligesom i evalueringen af TOF pilot 1 udviser lægerne og praksispersonalet en forventning om at nå borgere i TOF pilot 2, som de vurderer kan være sværere at nå i almen praksis. Denne forventning indebærer at møde borgere, som har færre socioøkonomiske ressourcer og derfor lever et mere marginaliseret liv. De røde borgere i TOF pilot 2 har ikke levet op til denne forventning.

De sundhedsprofessionelles oplevelse af, at algoritmen for de røde borgere er for bred, underbygges endvidere af, at størstedelen af de røde borgere selv vurderer, at de lever sundt. Flere af de røde borgere fortæller, at de undrer sig over at være blevet stratificeret til denne gruppe, for eksempel denne mand, som fortæller om sin og konens livsstil:

Rød borger: *Der er ingen af os, der har røget nogensinde, og det tror jeg er en væsentlig faktor til, at vi har det så godt, som vi har. Så... heller ingen alkoholforbrug, det er tre-fire genstande om ugen i gennemsnit, og normalvægt for begge vedkommende. Så altså, mit BMI det ligger lige i den høje ende af normalt, og det gør min kone, det ligger i midten af normal, ... vi lever sådan set sundt. Altså jeg arbejder hårdt ind imellem ik' også? Det er der ingen tvivl om. Altså, på den måde at på grænsen til at være stresset en gang imellem, jeg er jo stadigvæk i stand til at løbe et orienteringsløb på syv kilometer i en skov med fuld knald på.*

Evalueringen sandsynliggør således, at der er mange borgere, der fejlplaceres i den røde gruppe, fordi algoritmen er for finmasket og dermed fanger borgere, som ikke umiddelbart vurderes som relevante til en helbredsundersøgelse hos lægen.

De gule borgere

De sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne oplever, at de når de gule borgere, som er tiltænkt i projektet. De er dog, som læger og praksispersonale i almen praksis, også bekymret for, at de kun når de mere ressourcestærke borgere. Det vil sige borgere, som bruger e-Boks, og som allerede er motiveret i forhold til at ændre livsstil eller optaget af sundhed. I lighed med den første evaluering af TOF pilot 1 er der således også her en forventning blandt de sundhedsfaglige medarbejdere om, at interventionen skal hjælpe til at opspore mindre ressourcestærke borgere. De sundhedsfaglige medarbejdere har desuden mødt undren omkring stratificeringen af den gule gruppe fra borgerne selv.

Sundhedsfaglig medarbejder: *Ja. Der har faktisk været nogen, som ønskede en opringning, fordi de bare skulle have en forklaring på, "hvorfors jeg [gul]"*

I og med de sundhedsfaglige medarbejdere efterspørger en mere sårbar målgruppe, vurderes stratificeringen af de gule borgere at være for bred. De sundhedsfaglige medarbejdere vurderer, at brugen af e-Boks kan være en barriere for, at nogle af de sårbare borgere ikke får udfyldt spørgeskemaet. De foreslår, at rekrutteringen af borgerne sker ved, at de udfylder spørgeskemaet på apoteket eller hos praktiserende læge. Derudover foreslår de, at algoritmen også inddrager mental sundhed, som de erfarer ofte er mere presserende end problemer med de gængse KRAM-faktorer.

Sundhedsfaglig medarbejder: *Men jeg tænker umiddelbart, at der burde være mange flere derude, hvor det mentale i virkeligheden... Også fordi, det er jo tit, hvad er det, der kommer først? Hvorfor er det, jeg spiser og spiser, er det, fordi jeg er ked af det? Hvorfor er min mand gået fra mig? Eller er det, fordi jeg ikke kan sove om natten, eller hvorfor er det? Hvorfor er jeg begyndt at ryge igen? Er det virkeligheden også på grund af sorg?*

Helbredsundersøgelse- og samtale hos egen læge

Borgere i den røde gruppe fik tilbud om at få en helbredsundersøgelse hos egen læge, og til forskel fra TOF pilot 1 fik lægehuset mulighed for at afslutte forløbet med borgeren og eventuelt viderehenvise borgeren til kommunen, hvis værdierne i helbredsundersøgelsen lå inden for normalområdet. Hvis borgerne derimod lå uden for normalområdet, blev de tilbudt en opfølgende helbredssamtale hos lægen.

De røde borgeres oplevelse

Generelt er borgerne, der har fået lavet en helbredsundersøgelse, glade for muligheden for at få deres helbred undersøgt og oplever undersøgelsen som spændende og relevant. Borgerne vurderer, at der var mere tid og ro i konsultationen, end der plejede at være. Selvom der ikke altid var behov for en helbredsamtale hos lægen, har det ifølge borgerne betydning, at der er afsat god tid og er lydhørhed hos den fagperson, som udfører helbredsundersøgelsen. At møde forståelse og interesse for kompleksiteten i borgernes situation har betydning for, om de har lyst til at tage imod hjælp.

Borgerne oplever også, at muligheden for at forberede sig til samtalerne gennem sundhedsmappen havde en god virkning på samtalen. En borger fortæller for eksempel, at han undersøgte sin families sygehistorie før helbredsundersøgelsen for at kunne svare på spørgsmål bedst muligt. De røde borgere oplever således, at de fik sat sig mere ind i deres egen situation og gjort sig klar til at kunne svare på eventuelle spørgsmål.

***Interviewer:** Ja. Og hvordan virkede det, synes du, i konsultationen, at du havde fået lavet det her forarbejde?*

***Rød borger:** Jamen, det synes jeg, det var jo super godt. Altså, lige så snart man har lavet et forarbejde, så får man jo også nogle mere præcise svar, og jeg tror, at det er også noget af dét, der er med til, at jeg synes, at det har været en rigtig god konsultation. Altså det er mere, fordi jeg har fået svar, men det er jo også igen, fordi jeg selv kan stille spørgsmålene, så det med, at man bliver skubbet lidt til at være forberedt, det er en rigtig god ting*

Tilbuddet om en opfølgende samtale hos egen læge værdsættes af flere af borgerne. Nogle nævner, at det er motiverende, at der er en opfølgning på de mål om ændringer, som de sætter sammen med lægen, og det at en fagperson har forventninger til, at man igangsætter forandringer, kan også virke motiverende.

Læger og praksispersonalets oplevelser

Generelt oplever læger og praksispersonale, at TOF er et godt tilbud, og at designet passer ind i hverdagen i almen praksis. Lægerne værdsætter, at de røde borgere kan afsluttes eller henvises direkte til det kommunale forløb efter helbredsundersøgelsen, som var et af de nye tiltag i TOF pilot 2.

***Læge:** Med den mulighed, der har været indbygget den her gang, med at vi, efter at have vurderet blodprøverne og talt om de tilgængelige oplysninger, kan afslutte patienten efter et personligt telefonopkald, den har jo betydet, at der ikke er kommet helt så mange til regulære samtaler.*

Som tidligere nævnt oplever læger og praksispersonale, at projektet ikke fanger de borgere, som de virkelig skønner har et behov for forebyggelse, og at potentialet i TOF dermed ikke opfyldes. Dette generelle billede illustreres i følgende citater:

Praksispersonale: *Ja, vi har egentlig været heldige i den her ombæring af, at vi har haft en del forholdsvis nye patienter, som vi ikke har set før, så i den henseende har det jo været fint at få dem ind. Så vi har også haft nogen, hvor jeg tænker, at det har været relevant, men når det så er sagt, så har vi egentlig ikke haft ret mange, som er nået til, at det egentlig var relevant, at de behøvede at komme til opfølgning ved lægen efterfølgende.*

Læge: *Vi kan vel primært kigge på, om dem, der kommer, har nogle sundhedsprofiler, der stikker ud. Vores oplevelse den her gang er jo, at tre-fjerdedele af dem har egentlig en sundhedsprofil, som ikke berettiger til hverken en diagnose eller til, at de skal ind i et decideret samtaleforløb eller bare en samtale i hvert fald, men kan netop afsluttes, ikke?*

Læger og praksispersonale fortæller således, at det kun er ganske få røde borgere, som har fået tilbudt en helbredssamtale, da den i de fleste tilfælde ikke blev vurderet som relevant. De røde borgere er overvejende borgere, som i forvejen kommer ofte i klinikken, og hvis sundhedsprofil ikke som sådan berettiger til en helbredssamtale. Projektet opleves af nogle få af lægerne som en tidsrøver, fordi den tid, der bruges på projektet, opleves at gå fra de borgere, som virkelig har behov.

Enkelte peger dog på, at hvis borgeren er indstillet på at skulle ændre livsstil, så kan TOF være et kærkomment skub i den rigtige retning og herigennem en god mulighed for "patientuddannelse".

Læge: *Og er det nogle, vi har en fornemmelse af, eller et indtryk af måske kunne have gavn af et årligt helbredstjek, så har vi sagt det, eller så har vi fortalt dem, at jeg synes, at du skal komme igen om et halvt år. Så har man ligesom fået fingrene i dem, og man har fået en masse patientuddannelse ud af det også, så det synes jeg har været enormt vigtigt, hvis man skal sige noget om dem her, man så i virkeligheden har afsluttet og ikke har tilbudt noget, fordi så får de også en følelse af, hvor vigtigt det er at opspore og holde øje – at det ikke kun handler om at komme til lægen, når man er blevet syg.*

Nogle læger oplever, at helbredssamtalen ofte kom til at handle om praktiske ting, såsom igangsættelse af behandling, i stedet for at bruge sundhedsmappen med henblik på at have en samtale om forebyggelse.

Læge: *Jeg synes, at dem, som så skulle ind til en helbredssamtale, og som gerne ville det, det har været nogle, der har været motiverede, fordi der har været noget galt, så vi har været nødt til at starte noget behandling. Og så kommer der ligesom til at være sådan et parallellforløb, hvor vi taler om det helt praktiske med, at nu skal der opstartes noget sukkersygemedicin eller noget blodtryksmedicin, og der skal vi simpelthen have lavet et forløb jo ... den der helbredssamtale, så har den ligget lidt i anden række, fordi det har ikke været dét, der har været så vigtigt.*

Flere læger foreslår, at forebyggelsesforløbet skal køre hos klinikkens praksispersonale i stedet for hos lægen, og at det kun er i de tilfælde, hvor der skal igangsættes behandling, at der henvises til lægen.

En læge efterspørger et større fokus på de praktiserende læger og praksispersonalets motiverende arbejde i mødet med de røde borgere. Dette behov udspringer af erfaringer med helbredsundersøgelser, som viser et forebyggelsespotentiale, men hvor borgeren ikke ønsker videre forløb efter helbredsundersøgelsen. Lægen foreslår, at læger og praksispersonale klædes bedre på til at møde disse borgere og motivere dem til at blive i TOF-forløbet.

En af justeringerne fra TOF pilot 1 til TOF pilot 2 var ,at borgerne havde mulighed for at krydse af, om de vil kontaktes af egen læge for at få en tid til helbredsundersøgelsen. Organisering af telefonopkald til de TOF-borgere, som krydsede af, at de gerne ville ringes op på Sundhedsmappen, skabte ligeledes udfordringer. Læger og praksispersonale fortæller, at det ofte var vanskeligt at få fat på disse borgere. Desuden oplevede især praksispersonalet problemer med at identificere at en borger deltog i TOF pilot 2, når borgeren noget tid efter ringede tilbage efter et ubesvaret opkald. De fleste oplyser, at de har givet op efter tre opkaldsforsøg

Samtale og tilbud i kommunalt regi

Borgere, der får en telefonsamtale med en kommunal sundhedsfaglig medarbejder, kan både være allokeret direkte til den gule gruppe på baggrund af deres besvarelser i TOF-spørgeskemaet eller henvist fra egen læge efter helbredsundersøgelsen. På baggrund af den indledende samtale beslutter borgeren og den sundhedsfaglige medarbejder i fællesskab, hvilke sundhedstilbud der er relevante.

De gule borgeres oplevelser

Generelt oplever de gule borgere at blive mødt med anerkendelse og forståelse for deres situation af de sundhedsfaglige medarbejdere, og at det er vigtigt for deres motivation til at gøre noget ved deres helbredssituation.

Gul borger: *Hmm, det ved jeg ikke ... hun har bare en god stemme, god lyttende og så alligevel kommer med god opbakning, altså man havde det bare sådan lidt godt, efter man havde snakket med hende. Hun er virkelig dygtig, det er hun altså. Det skal siges. Jeg ved ikke, hvordan man kan forklare det. Det var bare måden, hun talte på, lyttede... ligesom bakkede én lidt op.*

At møde forståelse for og interesse i éns situation har for flere borgere betydning for, om de har lyst til at tage imod hjælp.

Nogle borgere udtrykker imidlertid også skuffelse over, at der ikke altid findes relevante forebyggelsestilbud til netop dem. Flere efterspørger tilbud til dem med mentale, sociale og psykiske problemer.

Gul borger: *Nå ja, men altså det er jo klart, at man kan jo ikke tabe sig i vægt, hvis man har det svært psykisk, jo. Altså, så sådan hænger det jo heller ikke sammen, jo...altså man skal jo også ligesom være klar og motiveret, til at man skal tabe sig, fordi ellers kan du jo ikke tabe dig, jo.*

Kommunernes bestræbelser på at støtte borgernes adfærdsændringer afhænger imidlertid ikke kun af tilbudspaletten, men også af tilbuddenes tilgængelighed og borgernes sociale, økonomiske og fysiske problemstillinger. For eksempel er det en udfordring for nogle borgere, at den geografiske afstand til tilbuddet er for stor eller er skemalagt uden for almindelig arbejdstid.

De sundhedsfaglige medarbejders oplevelser

De sundhedsfaglige medarbejdere oplever, at TOF-projektet har styrket samarbejdet mellem kommunerne og de praktiserende læger, hvilket også var en motivationsfaktor for at indgå i projektet. Især brobygningen

mellem kommuner og almen praksis fremhæves som en succes, som indebærer, at de røde borgere let kan overføres fra almen praksis til de kommunale tilbud:

Sundhedsfaglige medarbejder: *En specifik situation jeg havde her i sidste uge, og det var en rød borger, altså én som kom fra egen læge. For det første kom hun på grund af, at hun havde et alt for højt alkoholforbrug, og det er faktisk en af de første, vi har fået henvist fra en læge til os omkring alkoholforbrug. Det får vi meget sjældent. På den måde har det også været godt, at det har været en måde at samarbejde på, fordi vi har været ude i de her lægepraksisser for at fortælle om de her tilbud, og hvordan de kan bruge os. Så det var rigtig dejligt, at hun blev henvist hertil.*

Ligesom de gule borgere efterspørger de sundhedsfaglige medarbejdere et større fokus på det mentale og psykiske område i TOF-projektet. De stiller spørgsmålstegn ved, hvorfor fokus er på KRAM-faktorerne. De sundhedsfaglige medarbejdere fortæller om møder med borgere med mentale og psykiske problemstillinger, såsom angst og madlede, og at de oplever det som frustrerende ikke at kunne hjælpe disse borgere.

Sundhedsfaglig medarbejder: *Så jeg synes faktisk, at lige så snart det er det mentale, så kan det være rigtig svært at sidde som sundhedskonsulent og skulle spørge om livsstil, fordi hvis det mentale ikke er klar, så kan vi godt glemme alt det fysiske.*

Ligeledes vurderer de sundhedsfaglige medarbejdere, at den guide, de fik udleveret med spørgsmål til samtalerne med borgerne, ikke er uddybende nok, da den ikke spørger nok ind til mentale problemstillinger.

Ligesom lægerne og praksispersonalet efterspørger de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne i undersøgelsen af TOF pilot 2 en mere sårbar målgruppe, da de primært oplever at møde ressourcestærke borgere i projektet.

Sundhedsfaglig medarbejder: *Det er jo et meget godt billede af det, når man siger, at man har mødt en del, der har været på en bestemt diæt, og så ved man jo også godt, jamen, så kan de jo i hvert fald søge viden ét sted. Så jeg synes, at det er de lidt mere ressourcestærke, vi ser i TOF i forhold til dem, som vi ved har rigtig mange livstilssygdomme uden selv at vide det, eller som er på vej til at have en del af dem, og ikke ved, hvad de skal gøre ved det.*

Interviewene med læger, praksispersonale og sundhedsfaglige medarbejder peger samlet set i retning af, at TOF pilot 2 ikke formår at opspore de mest sårbare borgere. En sundhedsfaglig medarbejder skønner for eksempel, at tiden er løbet fra TOF. Modsat evalueringen af TOF pilot, 1 hvor de sundhedsfaglige medarbejdere oplevede at komme i kontakt med en gruppe borgere, som de normalt havde svært ved at nå, fortæller denne sundhedsfaglige medarbejder, at hun i sin hverdag møder de borgere, som hun definerer som sårbare igennem de faste rekrutteringskanaler, blandt andet det lokale jobcenter – og ikke igennem TOF-projektet. Hun vurderer derfor, at TOF-projektet ikke bidrager med opsporing af borgere til sundhedstilbud i kommunen.

Delkonklusion

Resultaterne af denne evaluering viser, at det med den justerede intervention er lykkedes at skabe et mere fleksibelt forløb i almen praksis for de røde borgere. Flexibiliteten bevirker en oplevelse af, at helbredsamtalen bliver udført for borgernes skyld og ikke for projektet.

Generelt opleves stor tilfredshed i det kommunale forløb, dog efterspørges der et større fokus på det mentale og psykiske område i TOF-projektet. Både de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne og borgere i det gule TOF-forløb vurderer, at der mangler tilbud omkring mentale, sociale og psykiske problemstillinger.

Der er enighed blandt sundhedsprofessionelle og deltagende borgere om, at algoritmen for de røde og de gule borgere er for bred, og at den fanger ressourcestærke borgere, hvis risikoprofil ikke er berettiget til et samtaleforløb. Dette opleves som skuffende af flere af de sundhedsprofessionelle, som forventede at se borgere, der var mindre ressourcestærke.

Interventionens forankring i praksis

TOF-projektets møde med såvel borgerne, almen praksis og kommunernes daglige praksis og omgivelser har stor betydning for, hvordan og hvorvidt borgerne deltager i projektet. I dette afsnit peger vi på *Det sociale aspekt for deltagelse*, på TOF-projektets *Tilgængelighed og eksistens* samt på projektets *Organisering i praksis*.

Det sociale aspekt for deltagelse

Interviews med både gule og røde borgere peger på et socialt aspekt i borgernes motivation til ændring af sundhedsadfærd. Flere fremhæver, at deres børn, partner eller venner kan være katalysator for at ændre sundhedsadfærd, fx rygestop. Hvis rygning for eksempel er tæt forbundet med socialt samvær, så kan det således virke motiverende, hvis dem, man er sammen med, holder op.

Støtte fra nære og betydningsfulde relationer kan dermed være afgørende for at ændre livsstil. Omvendt kan manglende støtte besværliggøre livsstilsændringer, for eksempel hvis éns partner ikke vil spise grøntsager. Flere fremhæver, at kostændringer er lettere at gennemføre, hvis partner eller børn bakker op; for eksempel ved at være enige om, at der ikke må være søde sager i huset.

Flere borgere beretter om, at det kan være svært at komme ud ad døren til træning, men at det hjælper, at der er nogen, som venter på eller er afhængige af én, som for eksempel når man deltager i et af kommunens sundhedstilbud.

Rød borger: *De gange, jeg har forsøgt at tabe mig, så er det altid gået bedst, hvor jeg har været på et hold, eller hvor jeg har gået til nogle samtaler, at jeg ligesom har skulle vise et resultat, når jeg kom. Fordi det der med at gøre det selv, det duer bare ikke for mig. Jeg er simpelthen for, ja, har ikke rygrad nok til at blive ved med at holde kampen. Så det der med at skulle stå til ansvar – det lyder så grimt at sige, men det er jo dét, det er – det virker bedre for mig.*

Gul borger: *Jamen, jeg sagde, at jeg ville godt have nogen at træne med, fordi jeg syntes, at så var det nemmere, når man havde nogen, hvor man lavede en fast aftale om, at nu mødtes vi for eksempel tirsdag aften og torsdag aften til træning en times tid. Så har du ligesom et eller andet, at du bliver holdt op på. Du har nogen, du skal stå til ansvar for, og det gør det nemmere, synes jeg i hvert fald.*

Tilsvarende er det motiverende for flere borgere at forpligte sig over for en sundhedsprofessionel, for eksempel igennem en forebyggelsesplan, en opfølgende samtale hos lægen eller hos en sundhedsfaglig medarbejder i kommunen. At der lægges en plan velvidende, at der følges op på denne plan, er således ikke kun tillidsskabende men også samtidig motiverende, når det gælder borgernes bestræbelser for at ændre livsstil. Flere borgere fremhæver endvidere, at de motiveres af anerkendelse og en forståelse for deres situation i mødet med enten lægen eller en sundhedsfaglig medarbejder.

Tilgængelighed og eksistens

Ud over det sociale aspekt i at deltage i diverse kommunale sundhedstilbud handler borgernes deltagelse også om tilgængeligheden af tilbuddene, herunder den geografiske afstand, tidspunktet, samt om det ønskede forløb overhovedet eksisterer. Begge de deltagende kommuner har et stort udvalg af tilbud, men borgernes sociale, økonomiske og/eller fysiske begrænsninger har stor betydning for, om tilbuddene opleves som relevante for dem. En borger har for eksempel rygproblemer, som bevirker, at hun ikke kan køre bil til det kommunale sundhedscenter.

Især tidspunktet for forløbene fremhæves som problematisk af både de gule og røde borgere, som er i arbejde:

Gul borger: *Jeg havde håbet på, at der var nogle forløb, der kunne tilbydes, fordi altså, jeg kan jo godt gå til en fysioterapeut og få dem til at tilbyde mig noget træning, men det ligger på nogle rigtigt åndssvage tidspunkter i sammenhæng med min alder. Jeg går stadigvæk på arbejde, og mange af de træningsprogrammer til gigtpatienter, de er baseret på pensionister, så det ligger jo i start-eftermiddag. Der er ikke noget ordentligt tilbud andet end, at så skulle jeg tage fri fra arbejde.*

En borger foreslår i den forbindelse at udbyde forløb efter kl. 18.00 om aftenen.

En anden afgørende faktor for borgernes deltagelse i eksisterende tilbud er, om det opleves som relevant. Flere borgere efterspørger for eksempel tilbud til mentale og psykiske problemstillinger.

Gul borger: *Der kunne jeg godt tænke mig, at uanset hvor gammel man er, at man egentlig kan søge hjælp et sted... et råb om hjælp, er der nogle, der har tid til at lytte på mig. Nogle gange er det måske bare en samtale, der skal til, for at man lige får luftet lidt de ting, man har [...] for du tænker altid, der er en hel masse, der skal gøres, nogle gange kan det være, at der én, der har tid til... og man bestiller en tid, hvor man kan snakke lige en times tid med, "Hvordan går det? Og hvordan har du det?" og... ja. Så man sådan gør rent helbredsmæssigt, det er jo så også noget i forhold til det psykiske, jeg er inde på, ik' også.*

En enkelt borger fremhæver på en særlige måde betydningen af relevans. Hun oplever det som spild af tid at have udfyldt spørgeskemaet, når der ikke er relevante tilbud til hende, og fortæller, at hun ikke vil udfylde et lignende spørgeskema igen, da hun ikke oplevede at få noget ud af det.

Organisering i praksis

Der var mulighed for lokal tilpasning af helbredsundersøgelserne i TOF-projektet, som også blev tilrettelagt forskelligt i de fire deltagende almen praksis-klinikker. I de fleste klinikker foretog praksispersonalet opkald til eller tog imod opkald fra TOF-borgerne samt stod for helbredsundersøgelserne, mens lægerne tog sig af opfølgningen efter helbredsundersøgelsen og helbredssamtalen, når det blev skønnet, at det var relevant. En enkelt klinik organiserede TOF-projektet anderledes. Her stod to læger for den indledende kontakt med borgerne, helbredsundersøgelsen og helbredssamtalen. Ifølge disse læger brugte de meget tid på at vurdere hver enkelt borger i telefonen, modsat de klinikker, hvor praksispersonalet gav hver enkelt TOF-borger en standardbooking til en standardiseret helbredsundersøgelse. Overordnet set vurderede hovedparten af lægerne og praksispersonalet, at det var en god løsning at praksispersonalet tog imod og fortog opkald, og at borgerne fik en standardbooking, så der ikke blev brugt lægetid på at vurdere hver enkelt borger.

Læge: *Det er muligvis noget, som man kunne organisere internt i de enkelte lægehuse. Det vil så sige, at lægerne ser dem, der ligesom er syge, og sygeplejerskerne, de tager sig af – og de er jo virkelig gode til sådan noget med systemer, og det er jo noget, der gerne skal fungere i systemer, det der med forebyggelse – så vil det jo være en god ting.*

Derudover havde flere almen praksis-klinikker udfordringer i forhold til de TOF-borgere, som brugte deres normale indgang til lægehuset ved at booke deres faste læge uden om TOF-systemet, for eksempel via

lægehusets hjemmeside. Det havde den konsekvens, at resultaterne fra de helbredsundersøgelser, der blev lavet hos de læger, som ikke normalt så borgere tilknyttet TOF-projektet, og som dermed ikke anvendte sundhedsmappen, ikke blev indtastet i sundhedsmappen og dermed ikke registreret i projektet. Dette var særligt en problemstilling i de store lægehuse, som organiserede sig, så kun nogle af lægerne så TOF-borgere.

Læge: *Men dem, der selv har booket tider, dem, der havde skrevet derinde, at de gerne selv ville kontakte lægen, de er selv gået ind og har bypasset hele den her algoritme ved at booke en tid inde hos en af vores læger, og så er de mødt op og har sagt, "Nå, men det var den her TOF-helbredsundersøgelse", og så har de faste læger stået lidt med bukserne nede og været nødt til at prøve at omgå den der algoritme.*

Den største udfordring i kommunerne var at få overblik over, hvornår borgerne skulle ringes op til en samtale. I kommunerne efterspurgte de derfor en guide til at anskueliggøre og organisere opkaldene. På baggrund af dette stillede de sundhedsfaglige medarbejdere i begge kommuner spørgsmålstejn ved, hvorvidt borgerne skal have lov til at vælge tidspunktet, de gerne vil ringes op på. Ifølge de sundhedsfaglige medarbejdere opstod der problemer, hvis det ikke kunne lade sig gøre at få et opkald på det angivne tidspunkt, og de anbefalede, at det nok er bedre ikke at love borgerne noget i den henseende.

Sundhedsfaglig medarbejder: *Men det er jo også lidt det der med, hvad er borgeren blevet lovet i systemet? Og det tror jeg aldrig, vi fandt ud af. Fordi er det en fordel, at de skriver tidspunktet? Det tænker jeg ikke nødvendigvis, det er. Vi skal nok forsøge at ringe nogle gange, og hvis en borger har udfyldt et skema og har sagt hvilket tidspunkt, de gerne vil ringes op, jamen, så kan de lige tænke ugen efter, "ej, men der har jeg fri på torsdag, så skriver jeg torsdag." Men hvis vi så ikke lige når at ringe den torsdag, så tror vi stadig, at de gerne vil ringes op om torsdagen. Så det tænker jeg ikke nødvendigvis er en fordel.*

Desuden kan det være problematisk, at borgerne kan vælge at blive ringet op efter kl. 20, da dette er uden for normal arbejdstid for de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere.

Delkonklusion

Evalueringen viser, at motivation til ændring af sundhedsadfærd i høj grad er påvirket af forskellige faktorer, som går ud over KRAM, for eksempel sociale relationer. Det sociale aspekt i at ændre adfærd, så som at have forpligtelser over for de nære relationer, for eksempel éns familie, andre deltagere på et hold og sundhedsprofessionelle, på forskellige vis motiverer til at påbegynde og fastholde ændringer af sundhedsadfærd. Derudover handler borgernes motivation for deltagelse i forebyggelsestilbud også om tilgængeligheden, herunder den geografiske afstand, tidspunktet, samt om det ønskede forløb overhovedet eksisterer.

Generelt vurderes det i TOF pilot 2, at det er en god løsning, at praksispersonalet tager imod og foretager opkald, og at borgerne får en standardbooking, så der ikke bliver brugt lægetid på at vurdere hver enkelt borger.

Endvidere peger evalueringen på vanskeligheder med at foretage opkald til borgere i borgenes ønskede tidsrum, både i almen praksis og i kommunerne.

Opsamling og anbefalinger

Generelt oplever borgerne, ligesom i evalueringen af TOF pilot 1, at TOF-projektet kan blive et skub i en adfærdsændrende retning. Dog kun hvis borgeren selv er motiveret for at skabe forandring. Dermed har TOF-projektet et forebyggelsespotentiale i forhold til de borgere, som allerede har overvejet ændringer i sundhedsadfærd.

Procesevalueringen af TOF pilot 2 viser, at det ikke lykkedes at rekruttere den "rigtige" målgruppe. Ligesom i procesevalueringen af TOF pilot 1 kategoriseres borgerne i TOF pilot 2 som ressourcestærke, hvis motivation er betinget af deres alder og generel interesse i egen sundhed. Resultaterne viser, at kommunerne ikke kommer i kontakt med de mindre ressourcestærke borgere igennem TOF-projektet. Evalueringen indikerer, at kommunerne er blevet dygtigere til at opspore de ressourcevage borgere selv og dermed har overhalet TOF-projektet indenfor siden TOF pilot 1 i 2016. I procesevalueringen af TOF pilot 1 beskrives kommunernes rolle som forebygger som "under implementering og udvikling" (Langkilde, Rod & Pedersen, 2017). Resultaterne af evaluering af TOF pilot 2 tyder på, at kommunerne har formået at udvikle metoder til opsporing af de ressourcevage borgere siden det første pilotstudie, særligt igennem samarbejde med blandt andet lokale jobcentre. Imidlertid peger resultaterne også på, at der stadig er forbedringspotentiale i at udbrede kendskabet til sundhedscentre og de kommunale tilbud samt at styrke samarbejdet til almen praksis endnu mere. På baggrund af procesevalueringens resultater er en bredere rekruttering således ikke lykkedes i TOF pilot 2.

Den telefoniske kontakt til de røde borgere skabte nogle udfordringer for almen praksis, som stemmer overens med kommunernes problemer med at få telefonisk kontakt med de gule borgere. Udfordringerne bestod i at få fat i borgerne på det af borgerne angivne tidspunkt samt at identificere, at en borger deltog i TOF-projektet, når borgeren noget tid efter ringede tilbage efter et ubesvaret opkald. Denne evaluering kan ikke svare på, hvorvidt dette har haft betydning for rekruttering af borgerne til helbredsundersøgelserne.

Med den justerede intervention er det lykkedes at skabe et mere fleksibelt forløb i almen praksis for de røde borgere. De fleste røde borgeres sundhedsprofil har dog ikke gjort det relevant at invitere dem til en helbredssamtale ifølge læger og praksispersonale. Justering har således bevirket, at mange røde borgere er afsluttet i almen praksis efter helbredsundersøgelsen. Både læger, praksispersonale og de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen vurderer denne justering som relevant og brugbar i TOF-forløbet.

Kommunernes motivationsarbejde igennem telefonisk kontakt til borgerne og sundhedssamtalen blev vurderet positivt af borgerne. Der er dog enighed blandt de sundhedsfaglige medarbejdere om, at den udleverede spørgeguide ikke er uddybende nok, da den ikke spørger nok ind til mentale og psykiske problemstillinger. Evalueringen viser også, at motivation til ændring af sundhedsadfærd i høj grad er påvirket af forskellige faktorer, som går ud over KRAM, som for eksempel sociale relationer, hvilket overordnet set peger på, at forebyggelse i TOF-projektet fremadrettet bør indtænke mentale og psykiske problemstillinger og borgernes nære relationer.

Anbefalinger og læringspunkter

Med afsæt i resultaterne af denne procesevaluering af TOF pilot 2 peger vi på følgende anbefalinger og læringspunkter i forhold til udrulning af projektet i stor skala.

Invitation og spørgeskema

- Resultaterne i denne evaluering viser, at TOF-borgerne er kendetegnet ved at være ressourcestærke. Brugen af e-Boks kan være en barriere for, at nogle af de sårbare borgere ikke får udfyldt spørgeskemaet. Der foreslås, at en mindre ressourcestærk målgruppe kan rekrutteres ved udfyldelse af spørgeskema på apotek, jobcenter eller ved praktiserende læge.
- Det anbefales at nuancere spørgsmålene i spørgeskemaet om kost, motionsvaner og rygning, da der opleves en diskrepans mellem borgernes svar i spørgeskemaet og de behov, borgerne har i forhold til forebyggelse, når de sundhedsprofessionelle møder personen bag svaret. I spørgeskemaet er sund kost baseret på en diæt med fisk og grøntsager, og der er ikke taget højde for, at flere i dag lever efter en anden diæt. Spørgeskemaet tager heller ikke højde for, at der er mange måder at være fysisk aktiv på, som ikke nødvendigvis kan rubriceres som konkurrenceidræt, motionsidræt eller havearbejde. Endelig anbefales det, at der i spørgeskemaet gives mulighed for, at borgerne kan indtaste, hvor lang tid siden de er stoppet med at ryge, da der i forebyggelsesøjemed er stor forskel på, hvorvidt borgerne er stoppet med at ryge for 6 måneder eller 10 år siden.
- Det anbefales at give de sundhedsprofessionelle i TOF-projektet mulighed for at se borgernes svar i det indledende spørgeskema. Dette vil gøre det nemmere at målrette eventuelle sundhedssamtaler med borgerne. For eksempel er det vigtigt at vide, hvorfor en borger bliver kategoriseret som i risiko på kost-området, hvis dette er på grund af, at borgeren følger en særlig diæt. Denne viden vil lette og styrke de sundhedsprofessionelles forberedelse til mødet med borgeren.
- Borgerne har svært ved at forholde sig og huske forhold omkring invitationen og det indledende spørgeskema, da det ligger flere måneder tilbage i forhold til gennemførelsen af procesevalueringen. En kommende procesevaluering af TOF-projektet bør derfor designes, således at den i højere grad følger processen, mens den står på.

Sundhedsmappen

- Ligesom i evalueringen af TOF pilot 1 viser resultaterne i denne evaluering, at borgerne ikke bruger sundhedsmappen aktivt andet end til at se tilbagemelding på spørgeskemaet.
- Borgerne efterspørger en oversigt over tilmeldingsmuligheder til sundhedstilbud i deres lokalområde. Derudover ønsker de, at sundhedsmappen bliver mere personlig med mulighed for at kunne slå op, hvad de kan gøre i netop deres situation.
- Borgerne anbefaler, at der inkluderes bokse med forklaringer til tabeller og figurer i sundhedsmappen, særlig henvendt til dem, der ikke er vant til at læse og forstå disse.
- De sundhedsfaglige medarbejdere oplever problemer med at få overblik over de tidspunkter, borgerne angiver, at de kan træffes i systemet, og skriver i stedet for noter i hånden. Det anbefales

derfor, at designet i sundhedsmappen ændres, således at tidspunktet borgerne ønsker opkald anskueliggøres og organiseres i kronologisk rækkefølge.

- Generelt problematiserer de sundhedsfaglige medarbejdere, at borgerne kan vælge de tidspunkter, de ønsker opkald på, da det kan give urealistiske forventninger og muligvis skuffelse over ikke at modtage opkald på det angivne tidspunkt. Det anbefales derfor, at borgerne ikke har mulighed for at angive tidspunkt, de ønsker opkald, i sundhedsmappen.
- Sundhedsmappen passer ikke ind i en normal hverdagspraksis, da den skaber dobbeltdokumentation i både almen praksis og kommunerne, hvilket besværliggør brugbarheden af sundhedsmappen. De interviewede læger, praksispersonale og sundhedsfaglige medarbejdere efterspørger et system, der "taler" bedre sammen med de eksisterende systemer.

Algoritmen

- Der er enighed blandt læger, praksispersonale og røde borgere om, at algoritmen for gruppen af røde borgere er for finmasket, og blandt de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere vurderes stratificeringen af gule borgere heller ikke relevant. På denne baggrund anbefales det derfor, at der foretages en justering af algoritmen med henblik på at sikre en tilfredsstillende gruppering af borgere i de fire risikogrupper.
- Generelt er der en forventning blandt de sundhedsprofessionelle i TOF-projektet om at møde sårbare og ressourcetsvage borgere, og de giver udtryk for skuffelse over i stedet at møde en mere ressourcestærk borgergruppe. Derfor anbefales det, at der foretages grundig forventningsafstemning med de deltagende kommuner og almen praksis-klinikker i forhold til, "hvem" målgruppen er og skal være, hvis projektet udrulles i stor skala.

Implementering i almen praksis

- Det fleksible forløb for TOF-borgerne i almen praksis gjorde det muligt at henvise røde borgere til det kommunale forløb umiddelbart efter helbredsundersøgelsen, hvilket bevirkede en oplevelse af, at helbredssamtalen blev udført for borgerens skyld og ikke for projektet. Det anbefales at fastholde denne justering.
- I forbindelse med justeringen af interventionsdesignet var både læger og praksispersonale i tvivl om, hvordan forebyggelsesplanen skal bruges i praksis, når borgeren enten afsluttes eller henvises til det kommunale forløb uden helbredssamtale. På baggrund af denne tvivl anbefales det, at projektgruppen giver en mere grundig introduktion til, hvordan og hvornår forebyggelsesplanen skal bruges, på introduktionsdagen.
- Med hensyn til organiseringen af TOF-projektet i almen praksis anbefales det, at det er sekretærens opgave at ringe borgere op og tage imod opkald, for dermed at give borgerne en standardbooking, så der ikke skal bruge lægetid på at vurdere hver enkelt borger.
- Det anbefales, at der i TOF-projektet fremadrettet fokuseres mere på at udbygge forebyggelsesdelen af projektet. Nogle læger savner klare retningslinjer for forebyggelsessamtalen og på det motiverende arbejde i mødet med de røde borgere. Det anbefales således at klæde praktiserende læger og praksispersonale bedre på til de motiverende (helbreds)samtaler med borgerne for at

sikre, at borgerne bliver i forebyggelsesforløbet. TOF-projektet kan overveje at efteruddanne læger og sygeplejersker i motivationsarbejde.

- Det anbefales, at al personale i de deltagende lægeklinikker uddannes til at varetage opgaverne i forbindelse med TOF. Flere klinikker oplevede, at de deltagende borgerne brugte deres normale indgang til lægehuset og dermed fik booket en helbredsundersøgelse uden om TOF-projektet. Det havde den konsekvens, at resultaterne fra de helbredsundersøgelser, der blev lavet hos de faste læger, ikke blev indtastet i sundhedsmappen og dermed ikke registreret i projektet. Hvis hele praksis uddannes i TOF-projektet, tabes data fra helbredsundersøgelserne således ikke, selvom borgerne bruger en anden indgang end tiltænkt.

Implementering i kommunerne

- Både de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne og de gule borgere oplever, at der mangler tilbud omkring mentale, sociale og psykologiske problemstillinger. Det skaber således utilfredshed på begge sider af bordet, at borgernes behov og forventninger til projektet og dét, projektet rent praktisk har mulighed for at tilbyde, ikke altid stemmer overens. Der er brug for yderligere undersøgelser for at få en forståelse af, hvad disse tilbud skal bestå af.
- De sundhedsfaglige medarbejdere oplever, at spørgeguiden til sundhedssamtalen ikke er uddybende, da der ikke spørges ind til mentale problemstillinger. Generelt anbefales der et større fokus på mentale, sociale og psykologiske problemstillinger i de kommunale forløb.
- Det sociale aspekt i at ændre adfærd, såsom at have nogen at træne sammen med og omlægge livsstil med eller forpligte sig over for, kunne tænkes endnu mere ind i TOF-projektet. I interviewene nævnes både forpligtelser over for de nære relationer, såsom familien, andre deltagere på et hold og sundhedsprofessionelle, som på forskellige vis motiverer til at påbegynde og fastholde ændringer af sundhedsadfærd. På baggrund af dette foreslås det, at TOF-projektet i større grad tænker borgernes ægtefælle og netværk ind i de kommunale forebyggende indsatser.

Introduktion og implementering af TOF pilot 2

- Introduktionsmødet bliver af de sundhedsprofessionelle i henholdsvis kommuner og almen praksis beskrevet som relevant og fyldestgørende i forhold til at forstå, hvordan projektet skal implementeres, herunder introduktion af de forskellige koder til systemet og til at forstå borgernes sundhedsmappe.
- Flere sundhedsprofessionelle oplever, at det har været helt centralt for implementeringen af TOF pilot 2, at de har haft mulighed for at ringe til projektlederen, når de har haft brug for at få vejledning omkring det elektroniske system eller haft brug for ændringer i forhold til opsætningen.

Referencer

Hastrup, K., Rubow, C., & Tjornhoj-Thomsen, T. (2013). Deltagerobservation: at være der. In *Kulturanalyse - kort fortalt* (pp. 61-68). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Langkilde, S. M., Rod, M. H., & Pedersen, P. V. (2017). *Perspektiver på tidlig opsporing og forebyggelse af livsstilssygdomme - Procesevaluering af TOF-projektet i almen praksis og kommuner*. Retrieved from Statens Institut for Folkesundhed:

Thilsing, T., Svensson, N.H., Søndergaard, J. & Larsen, L.B. (2020). *Resultater af den kvantitative evaluering – Evalueringsrapport for TOF pilot 2*. Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet (SDU). Retrieved from www.projekttof.dk

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.

