

Siff Monrad Langkilde  
Morten Hulvej Rod  
Pia Vivian Pedersen



# Perspektiver på tidlig opsporing og forebyggelse af livsstilssygdomme

Procesevaluering af TOF-projektet i almen praksis og kommuner

**Perspektiver på tidlig opsporing og forebyggelse af livsstilssygdomme**

Procesevaluering af TOF-projektet i almen praksis og kommuner

Siff Monrad Langkilde, Morten Hulvej Rod, Pia Vivian Pedersen

Copyright © 2017

Statens Institut for Folkesundhed,  
Syddansk Universitet

Uddrag er tilladt mod tydelig gengivelse

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-362-5

Statens Institut for Folkesundhed  
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal  
1353 København K  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Rapporten kan downloades fra  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

# INDHOLD

<b>Baggrund: Kort om projektet 'Tidlig Opsporing og Forebyggelse'</b>	<b>4</b>
<b>Evalueringens formål</b>	<b>5</b>
<b>Metoder og datamateriale</b>	<b>6</b>
<b>1. Spørgeskema, invitation og tilbagemelding: <i>En intervention i sig selv</i></b>	<b>9</b>
<b>2. Motivation for deltagelse: <i>Et kærkomment puf, men til "de rigtige"?</i></b>	<b>13</b>
<b>3. Telefonsamtalen i kommunerne: <i>Mere end en opsporende indsats</i></b>	<b>18</b>
<b>4. Samtalernes fokus: <i>Motivationsarbejde, handlingsplan og målsætning</i></b>	<b>21</b>
<b>5. Oplevelse af relevans: <i>Når projektet "den rigtige" målgruppe?</i></b>	<b>26</b>
<b>6. Roller: <i>Kommune og almen praksis som forebyggere</i></b>	<b>31</b>
<b>Opsamling: Anbefalinger og læringspunkter</b>	<b>36</b>

## Baggrund: Kort om projektet 'Tidlig Opsporing og Forebyggelse'

Projektet 'Tidlig Opsporing og Forebyggelse' (TOF) er et forskningsbaseret samarbejdsprojekt mellem Praktiserende Lægers Organisation Syddanmark, 10 syddanske kommuner, de praktiserende læger i projektkommunerne, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, Dansk Almenmedicinsk Kvalitets-Enhed og Region Syddanmark.

Formålet med 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. Den fælles intervention indeholder:

- Spørgeskema til afdækning af risikofaktorer
- Systematisk registrering og samkøring af oplysninger om livsstil med eksisterende patientjournaloplysninger, og estimering af borgerens risiko for at udvikle en livsstilsrelateret sygdom
- Web-baseret, interaktiv tilbagemelding til borgeren om livsstilsstatus via en personlig hjemmeside – en sundhedsmappe – hvor borgeren får en personlig sundhedsprofil

På baggrund af borgernes spørgeskemabesvarelser og oplysninger fra den enkelte borgers patientjournal, stratificeres de, ved hjælp af evidensbaserede risikoestimeringsmodeller, i henholdsvis lilla, rød, gul og grøn risikokategori:

- "De lilla": Borgere med allerede diagnosticeret sygdom
- "De røde": Borgere med forøget risiko for livsstilssygdom
- "De gule": Borgere med risikoadfærd
- "De grønne": Borgere med sunde vaner

Herefter tilbydes de røde og gule borgere en målrettet intervention. De røde borgere bliver anbefalet selv at kontakte egen læge, hvor de bliver tilbudt en fokuseret helbredsundersøgelse og en helbredssamtale. De gule borgere bliver, efter at have givet skriftligt samtykke, ringet op af kommunens sundhedscenter og får tilbudt en indledende telefonsamtale og eventuelt en efterfølgende sundhedssamtale.

I 2016 er TOF-projektet gennemført som et pilotprojekt, der henvender sig til borgere født i perioden 1957-1986, som bor i enten Varde Kommune eller Haderslev Kommune.

Man kan læse mere om TOF-projektet her:  
<http://www.projekttof.dk>

# Evalueringens formål

Denne rapport beskriver resultaterne af en kvalitativ procesevaluering af TOF-pilotprojektet. Evalueringen fokuserer dels på projektførløbet i almen praksis og dels på forløbet i kommunernes sundhedscentre.

## Evaluering af forløbet i almen praksis

Denne devaluering har haft følgende formål:

1. At undersøge hvordan implementeringen af TOF-projektet forløber, med særligt fokus på:
  - a. Interaktionen mellem læge og patient i forbindelse med HUS-konceptet (helbredsundersøgelse og helbredssamtale)
  - b. Patienternes oplevelser og vurdering af deres deltagelse i HUS-konceptet, samt af invitation, spørgeskema og tilbagemelding i forbindelse med projektet
  - c. Lægernes oplevelser og vurdering af deres deltagelse i HUS-konceptet
2. At bidrage med konkrete anbefalinger til justering af TOF-projektet som helhed

## Evaluering af forløbet i kommunerne

Denne devaluering har haft følgende formål:

1. At undersøge hvordan implementeringen af TOF-projektet forløber, med særligt fokus på:
  - a. Borgernes oplevelser og vurdering af deres deltagelse i det kommunale forløb, samt af invitation, spørgeskema og tilbagemelding i forbindelse med projektet
  - b. Oplevelser og vurdering af deltagelse i TOF-projektet blandt ledere, koordinatore og sundhedsfaglige medarbejdere
2. At bidrage med konkrete anbefalinger til justering af det kommunale forløb i TOF-projektet
3. At belyse indsatsen i en bredere forebyggelsesmæssig kontekst fra henholdsvis borgernes og medarbejdernes perspektiver og bidrage med viden om kommunens rolle som forebygger i forhold til borgerens sundhed og helbred. Herunder eksempelvis borgernes opfattelse af kommunen som udbyder af livsstilstilbud; medarbejdernes oplevelse af, hvorvidt en sådan indsats når de 'rette' borgere; og deres vurdering af, om indsatsen og arbejdsmetoden er relevant i forhold til andre sundhedsfremme- og forebyggelsesområder.

## Teoretisk udgangspunkt

Undersøgelsens teoretiske udgangspunkt er inspireret af realistisk evalueringsteori.<sup>1</sup> Realistisk evaluering fokuserer på de betingelser og kontekster, hvorunder en indsats implementeres, og hvorigennem den opnår sin virkning. Dermed sættes blandt andet fokus på institutionelle og organisatoriske forhold samt de involverede aktørers ræsonnementer, praksis og sociale interaktioner. Et vigtigt analytisk begreb, som kan bistå med at forstå implementeringen er 'appraisal' (på dansk: vurdering). Nielsen et al. (2007)<sup>2</sup> peger på, at centrale aktørers appraisal af en intervention, og det vil sige deres vurdering af dens kvalitet, bæredygtighed og relevans, har stor betydning for deltagernes engagement i implementeringen og dermed også den opnåede virkning. Realistisk evalueringsteori fungerer i denne evaluering som baggrund og overordnet inspirationskilde for vores fokus på deltagernes motiver, oplevelser og vurderinger af indsatserne samt på de mekanismer og kontekster, der har betydning for TOF-indsatserne i almen praksis og kommunen.

1. Pawson, R and Tilley, N. (1997) Realistic Evaluation, Sage.  
2. Nielsen K, Randall R, Albertsen K. Participants' appraisal of process issues and the effects of stress management intervention. Journal of Organizational Behavior 2007;28:793-810.

## Metoder og datamateriale

Undersøgelsen i almen praksis tager afsæt i etnografiske observationer af helbredssamtaler samt semi-strukturerede, kvalitative interviews med røde borgere og læger i Varde Kommune og Haderslev Kommune. Undersøgelsen i kommunerne er baseret på semi-strukturerede interviews med gule borgere og fokusgruppintervjuer med ledere, TOF-koordinatorer og medarbejdere i sundhedscentrene i begge kommuner. Interviewpersonerne er udvalgt med henblik på at sikre størst mulig variation i forhold til køn, alder og kommune.

### Undersøgelsen i almen praksis bygger på:

- 10 observationer af helbredssamtaler i almen praksis.
- 11 interviews med røde borgere (varighed ca. 15-45 minutter).
- 7 interviews med læger (varighed ca. 20-35 minutter).

### Undersøgelsen i kommunerne bygger på:

- 2 fokusgruppintervjuer med 2-3 sundhedsfaglige medarbejdere (ét i hver kommune) (varighed ca. 1 time og 20 minutter).

- 2 fokusgruppintervjuer med 1 TOF-koordinator og 1 leder (ét i hver kommune) (varighed ca. 1 time).
- 11 interviews med gule borgere: 9 borgere, som både har fået en telefon- og sundhedssamtale, samt 2 borgere, som kun har fået en telefonsamtale (varighed ca. 20-40 minutter).

Dataindsamlingen foregik fra oktober til og med december 2016. Interviewene med røde borgere og de respektive læger fandt sted umiddelbart efter observation af helbredssamtalen. For nogle lægers vedkommende foregik interviewet efter deres første helbredssamtale; andre læger havde erfaring fra flere helbredssamtaler. Interviewene giver et indblik i, hvordan læger og borgere oplever helbredssamtalen specifikt og deltagelse i TOF-projektet mere generelt. Observationerne gør det samtidig muligt at undersøge, hvordan sociale processer og interaktioner mellem læger og røde borgere udspiller sig i TOF-konteksten.

Observationsmaterialet har særligt bidraget til udfoldelsen og analysen af tema 4: 'Samtalernes fokus: Motivationsarbejde, handlingsplan og målsætning'. Her har observationsmaterialet givet et indblik i, hvordan de forskellige helbredssamtaler mellem læger og borgere er forløbet; i interaktionen mellem læge og borger; i lægens tilgang til helbredssamtalens elementer (fx at arbejde med

borgerens motivation og sætte mål for eventuelle livsstilsændringer sammen med borgeren); og i borgerens umiddelbare reaktioner på samtalens indhold og lægens tilgang. Herudover har observationerne dannet grundlag for at kunne stille uddybende spørgsmål i interviewene med læger og røde borgere.

Interviewene med de gule borgere blev foretaget over telefon ca. 1-2 måneder efter deres samtale(r) med kommunens sundhedscenter. Fokusgruppintervjuene med de sundhedsfaglige medarbejdere, koordinatorer og ledere blev foretaget i starten af december lige inden pilotprojektets afslutning. Interviewene giver et indblik i, hvordan borgere og kommunens ledere og medarbejdere oplever forløbet i kommunen specifikt og deltagelse i TOF-projektet generelt.

Alle interviews blev optaget digitalt og transkriberet ordret. Efter gentagne læsninger af forskergruppen blev der på tværs af interviewene gennemført en tematisk analyse med afsæt i interviewguidens temaer og projektbeskrivelsens formål.

## Oversigt over interviewpersoner

Røde borgere: 6 kvinder (46-58 år) / 5 mænd (50-57 år)

	<b>Køn</b>	<b>Alder</b>	<b>Uddannelse/beskæftigelse</b>
<b>Borger 1</b>	Kvinde	56	Ernæringsassistent på plejehjem.
<b>Borger 2</b>	Mand	56	Arbejder på flyvestation, sygemeldt.
<b>Borger 3</b>	Kvinde	56	Har tidligere arbejdet på fabrik, arbejder nu på plejehjem. Sygemeldt.
<b>Borger 4</b>	Mand	50	Uddannet og arbejder i en bank.
<b>Borger 5</b>	Mand	56	Udlært mekaniker, arbejder som reparatør.
<b>Borger 6</b>	Mand	57	Lang videregående uddannelse, arbejder som gymnasielærer.
<b>Borger 7</b>	Kvinde	46	Uddannet social- og sundhedsassistent og har en videregående uddannelse. Arbejder som teamleder i en kommune.
<b>Borger 8</b>	Kvinde	51	Kontoruddannet, arbejder med udlejning af sommerhuse.
<b>Borger 9</b>	Mand	51	Uddannet maskiningeniør, selvstændig erhvervsdrivende.
<b>Borger 10</b>	Kvinde	54	Uddannet social- og sundhedsassistent, arbejder på plejehjem.
<b>Borger 11</b>	Kvinde	58	Uddannet på regnskabskontor, arbejder på sygehusvaskeri.

Gule borgere: 4 kvinder (32-49 år) / 7 mænd (34-58 år)

	<b>Køn</b>	<b>Alder</b>	<b>Uddannelse/beskæftigelse</b>
<b>Borger 1</b>	Kvinde	32	Førtidspensionist.
<b>Borger 2</b>	Kvinde	32	Ingen uddannelse, førtidspensionist.
<b>Borger 3</b>	Kvinde	49	Arbejder i produktionsvirksomhed.
<b>Borger 4</b>	Mand (udgået pga. sproglige vanskeligheder)	42	Uddannet ingeniør i Syrien, arbejder på fabrik.
<b>Borger 5</b>	Mand	54	Ingen uddannelse, arbejder på fabrik.
<b>Borger 6</b>	Mand	41	Uddannet pædagog, i flexjob.
<b>Borger 7</b>	Mand	34	Uddannet og arbejder som bager.
<b>Borger 8</b>	Kvinde	37	Kontorassistent (flexjob).
<b>Borger 9</b>	Mand	43	Lang videregående uddannelse, arbejder som konsulent.
<b>Borger 10</b>	Mand	42	Uddannet og arbejder i butik.
<b>Borger 11</b>	Mand	58	Kort handelsuddannelse, selvært handelsmand med mange, korte efteruddannelseskurser.

Almen praksis: 3 kvinder (38-59 år) / 4 mænd (40-66 år)

	Køn	Alder	Antal år som praktiserende læge	Kommune
Læge 1	Mand	Ca. 65	31	Haderslev
Læge 2	Mand	50	11	Haderslev
Læge 3	Mand	66	27	Haderslev
Læge 4	Mand	40	1	Haderslev
Læge 5	Kvinde	38	2	Haderslev
Læge 6	Kvinde	53	16	Varde
Læge 7	Kvinde	59	22	Varde

Kommunen: 9 kvinder / 1 mand

	Køn	Kommune
Sundhedsfaglig medarbejder	Kvinde	Haderslev
Sundhedsfaglig medarbejder	Kvinde	Haderslev
Sundhedsfaglig medarbejder	Mand	Haderslev
Sundhedsfaglig medarbejder	Kvinde	Varde
Sundhedsfaglig medarbejder	Kvinde	Varde
Koordinator	Kvinde	Varde
Koordinator	Kvinde	Haderslev
Leder	Kvinde	Haderslev
Leder	Kvinde	Varde

## Rapportens opbygning

I det følgende præsenteres evalueringens fund gennem seks temaer, som hver især og tilsammen bidrager til at opfylde de to devalueringers formål: At undersøge, hvordan implementeringen af TOF-projektet er forløbet i henholdsvis almen praksis og kommunerne med særligt fokus på borgernes, lægernes og kommunale medarbejders oplevelser og vurderinger.

De seks temaer er overvejende struktureret kronologisk efter TOF-projektets forløb. I det første tema belyser vi deltageres perspektiver på invitation, spørgeskema og tilbagemelding. Dernæst følger en analyse af deltageres motivation for at deltage i TOF-projektet. I det tredje tema fokuserer vi på gule borgers og kommunernes perspektiver på telefonsamtalen, mens vi i det fjerde tema stiller skarpt på dels helbreds-

samtalen i almen praksis og sundhedssamtalen i kommunerne og på det motivations- og målsætningsarbejde, som er pågået i disse samtaler. Herefter fokuserer vi i det femte tema på deltageres oplevelse af TOF-projektets relevans i praksis. For lægernes og kommunernes vedkommende handler det desuden om, hvorvidt de vurderer TOF-projektets målgruppe som relevant. I det sjette og sidste tema stiller vi skarpt på deltageres perspektiver på henholdsvis almen praksis' og kommunens rolle som forebyggere.

Alle seks temaer er opbygget på samme måde. Analysen af de respektive deltagers (røde borgere, almen praksis, gule borgere og kommunen) perspektiver på temaet præsenteres for sig og efterfølges af en række citater, som illustrerer analysens pointer.

Rapporten afsluttes med en opsamling af evalueringens væsentligste fund og med en række anbefalinger og læringspunkter til justering og forbedring af TOF-projektet som helhed. Disse anbefalinger og læringspunkter er dels pointer af mere analytisk karakter, baseret på evalueringens seks temaer, og dels en række praktiske læringspunkter blandt andet baseret på informanternes oplevelser af praksis og deres forslag til forbedringer af projektet.



**1. Spørgeskema, invitation og tilbagemelding:**  
*En intervention i sig selv*

## Røde og gule borgere

Spørgeskema, invitation og tilbagemelding bliver overordnet set modtaget positivt af både røde og gule borgere. Både røde og gule borgere har grundlæggende en oplevelse af, at spørgeskemaets spørgsmål er relevante, og at det er rart at sidde hjemme og besvare dem i ro og mag. Flere fortæller, at de gør det sammen med deres ægtefælle/partner.

Spørgeskemaet fungerer som en selvevaluering, der danner baggrund for borgernes sundhedsprofil, og særligt de gule borgere ved godt, *hvorfor* de "bonner ud". De gule borgere beskriver, hvordan selvevalueringen giver stof til eftertanke, fordi den er baseret på deres egne svar og dermed tydeliggør deres egen situation. Dog beskriver nogle borgere også, at de savner flere valgmuligheder i spørgeskemaet for bedre at kunne genkende sig selv i svarene. For de røde borgers vedkommende er det mere blandet, hvorvidt de oplever risikokategoriseringen som aktuel. Nogle borgere oplever det eksempelvis som negativt, at spørgeskemaet kun giver en 'nu og her'-status, som ikke giver et nuanceret eller tilfredsstillende billede af deres situation. Enkelte røde borgere beskriver, hvordan de først blev lidt bekymrede eller forundrede over tilbagemeldingen, men at henvisningen til lægen samtidig beroligede dem eller gav dem mulighed for at få en forklaring.

Både gule og røde borgere oplever det som positivt, at de på baggrund af spørgeskemaets udfald får tilbudt konkret hjælp. Ligesådan fremhæver flere borgere det som positivt, at tilbagemeldingen ikke kun fokuserer på det negative, men at de også får "ros" for dét, de allerede gør godt. Evalueringen viser, at borgere, der giver udtryk for, at de på *forhånd* er motiverede for livsstilsændringer, virker mere reflekterede og handlingsorienterede omkring spørgeskemaets udfald.

Flere gule borgere har en positiv oplevelse af, at medarbejderen i kommunen har sat sig ind i hans/hendes specifikke situation på baggrund af oplysningerne fra spørgeskemaet, mens færre røde borgere har samme oplevelse hos lægen. De gule borgere føler sig forstået og beskriver, at det er rart, at medarbejderen allerede "kender én lidt".

### Sagt om Spørgeskema, invitation og tilbagemelding

Mand, 56 år: "Spørgeskemaet var egentlig fint at svare på, på den måde, at man lige selv får en reminder om, at, jamen, det kunne da godt være, at man kunne gøre ting anderledes med sin kost og sine motionsvaner. Og så det der med at få en lille løftet pegefinger ind imellem om, at, jamen, gør man nu tingene helt, som man måske burde? Så de spørgsmål kunne egentlig godt motivere lidt til at få én til at... [...] Både mig og min kone har fået samme skemaer. Vi har i hvert fald snakket om, at, jamen, hånden på hjertet, vi vil til at rykke lidt ved de ting, som vi egentlig nok på forhånd havde en idé om, at vi kunne gøre lidt bedre".

Kvinde, 46 år: "De første [spørgsmål] var nok mere relevante, hvor jeg dog synes, at der manglede nogle spørgsmål omkring, hvad ligger der forud for din nuværende situation? Hvad har du gennemgået? Hvad har du haft af indlæggelser, som kan påvirke, at du er der, hvor du er nu? Hvad var det, der gjorde, at du stoppede med at ryge, for eksempel - hvad var det, der udløste det?".

Kvinde, 32 år: "Det, at man selv sidder og svarer på spørgsmål, og man ved, at det er faktisk vurderet på ting, jeg selv har givet udtryk for, jamen, så er det klart, at så virker det på en anden måde, når man ser resultatet. Enhver kan jo komme hen og sige: "du vejer for meget", men at den rent faktisk slår ud på nogle ting, som jeg selv har udtalt mig om – det giver stof til eftertanke, også fordi man selv sidder og udfylder det".

Mand, 43 år: "Jamen, [spørgsmålene] har været relevante, da de kommer ind at røre flere emner. Jeg kunne godt forestille mig, at man måske skulle have lidt flere valgmuligheder for selv at føle, at man rammer noget bedre – noget der ligner én".

## Almen praksis

Lægerne har generelt en oplevelse af, at oplysningerne fra spørgeskemaet er relevante for helbredsundersøgelsen og til dels også for helbredssamtalen. Borgerne er forberedte på, at "der venter noget", og oplysningerne gør det let for lægen på forhånd at danne sig et overblik over borgerens situation (som den fremgår af spørgeskemaet), ligesom der er spørgsmål, som lægen ikke behøver bruge tid på at stille. Dermed kan samtalen hurtigere blive konkret, og oplysningerne fra spørgeskemaerne kan bruges som indgangsvinkel i samtalen. Flere læger påpeger dog, at oplysningerne ikke giver overraskende viden, som lægen ikke selv ville have spurgt ind til, ligesom oplysningerne kan virke overflødige, hvis lægen kender sine patienter godt.

Selvom oplysningerne fra spørgeskemaet gør det nemmere og hurtigere for lægen at blive konkret i samtalen, viser evalueringen, at dette rummer en risiko for at påvirke helbredssamtalens forløb og kvalitet negativt – eksempelvis i tilfælde hvor lægen gennemgår borgerens sundhedsprofil hurtigt og stringent og i mindre grad synes at spørge og lytte til borgerens ønsker og behov.

Samtidig pointerer enkelte læger, at ikke alt kan læses ud af oplysningerne fra spørgeskemaet og balanceskemaet. Der er fx stor forskel på antal og detaljegrad i de oplysninger, borgerne udfylder i forhold til forventninger, motivation, opbakning, arvelig disponering etc. Enkelte læger påpeger, at de derfor må være opmærksomme på, at der kan være forventningsforskelle og facetter, som skemaerne ikke afdækker. Evalueringen viser, at oplysningerne i sundhedsmappen derfor ikke kan stå alene, og at det er nødvendigt at forventningsafstemme med borgeren, dels for at borgerens forventninger til helbredssamtalen indfries, og dels for at lægen ikke misforstår eventuelt manglende oplysninger.

### Sagt om Spørgeskema, invitation og tilbagemelding

Læge, Haderslev Kommune: "Patienten bliver lidt bredere... Der er nogle ting, som vi kan bruge som indgangsvinkel til at snakke om de andre ting. Og så er de også forberedte. De er forberedte på, at der venter noget. Venter der en pegefinger, eller venter der et ryglap? Så jeg tror nok, de hører efter".

Læge, Haderslev Kommune: "Ja, [oplysningerne fra spørgeskemaet] var jo relevante, men det er jo nærliggende ting at spørge om altid, så der var ikke sådan nogen overraskende ting, som jeg ikke ville have spurgt om".

Læge, Varde Kommune: "Det må jeg sige, [sundhedsmappen] har været nem at bruge, og der har været en masse ting, man ikke har behøvet at spørge patienten forfra til, eller de har skullet fortælle om, så på den måde har det været nemmere. Det har været hurtigere på sin vis at tage samtalen og blive mere konkret omkring samtalen. De har jo ikke skullet sidde og fortælle mig, hvad de egentlig gjorde for at holde sig i form. Det står jo meget konkret deri".

Læge, Haderslev Kommune: "[Patienten] havde udfyldt det lidt, som om han ikke havde nogen støtte til noget som helst. Så før han kom, kunne jeg måske være lidt usikker på, om det var, fordi han egentlig syntes, at det kunne være rart at få noget mere støtte. Men jeg fik jo mere indtrykket af, at det var, fordi det syntes han overhovedet ikke, han havde brug for, og det kunne jeg jo ikke læse ud af skemaet. Vi kan jo stadig have store forventningsforskelle til, hvad sådan en samtale så skal handle om, og der kan man sige, det afdækker [spørgeskemaet] ikke. Så man skal stadigvæk lige ind at forventningsafstemme fra starten".

## Kommunen

Medarbejderne i kommunerne oplever det som en hjælp, at borgerne via spørgeskemaerne allerede har reflekteret over deres sundhed forud for telefon- og sundhedssamtalerne. Nogle borgere er endda allerede gået i gang med at ændre livsstil på baggrund af spørgeskemaet. Spørgeskemaet fungerer som sådan som "et lille spejl", der er med til at skabe bevidsthed omkring egen sundhedsadfærd, og ifølge medarbejderne virker de gule borgere mere motiverede og handlingsorienterede end de borgere, der normalt kommer til kommunens livsstilssamtaler. Spørgeskemaet kan således ses som en intervention i sig selv, der sætter tanker – og potentielt også handlinger – i gang hos borgerne om ændringer i deres sundhedsadfærd.

Samtidig fremhæver medarbejderne, at oplysningerne fra spørgeskemaerne er brugbare som baggrundsinformation, men ikke altid giver dem nuanceret nok viden om borgerne. Eksempelvis kan borgernes sundhedsprofil se ens ud, selvom deres situationer kan være vidt forskellige. Medarbejdere og ledere påpeger, at borgernes besvarelser af spørgeskemaet giver ledetråde til, hvad telefon/sundhedssamtalen kan omhandle, men at de stadig må tage udgangspunkt i en åben og nysgerrig samtale med borgeren – og ikke i spørgeskemaet – for at sikre en helhedsorienteret tilgang til borgerens individuelle situation og hverdagsliv.

Endelig fremhæver en koordinator, at spørgeskemaet kan ses som et redskab til en mere ligestillet relation og samtale mellem borger og medarbejder, dels fordi spørgeskemaet hjælper borgeren til at reflektere over de valgte emner forud for samtalen, og dels fordi borgerens besvarelse gør vedkommendes skjulte viden eksplicit for medarbejderen. Som sådan har borgere og medarbejdere gode forudsætninger for at gå ind i samtalen.

### Sagt om Spørgeskema, invitation og tilbagemelding

Medarbejder, Varde Kommune: "Folk er allerede begyndt at tænke over nogle ting, og på den måde er de mere mentalt forberedte, når de sætter sig ved bordet og skal snakke med os".

Medarbejder, Haderslev Kommune: "Der er jo mange af borgerne, som allerede er begyndt at lave nogle ændringer. Der kan et spørgeskema i sig selv jo gøre noget. Det er jo også det her med at være opmærksom på: "Gud ja, jeg har sgu da en livsstil".

Koordinator, Varde Kommune: "Når de har været igennem det her spørgeskema, så har de overvejet, reflekteret over nogle ting i forhold til deres sundhed, i forhold til deres liv. Hvor vi nogle gange oplever, når vi får dem henvist fra lægen eller fra jobcenteret, så har de egentlig ikke gjort sig de overvejelser. Men de [gule borgere] har i hvert fald gjort sig nogle overvejelser og har ligesom måske lyst til noget handling, eller handlingen ligger mere lige for".

Koordinator, Varde Kommune: "Man snakker jo tit om, om folk er ligestillede, og måske giver [spørgeskemaet] borgeren nogle andre muligheder for at møde den sundhedsprofessionelle mere ligestillet. Altså, fordi vi siger jo altid, at vi ved noget om sundhed, og borgeren ved noget om sit eget liv. Og sådan er det jo også, men nogle gange, hvis man ikke har gjort sig nogen overvejelser i forhold til det møde, man skal ind til, så kan man godt være lidt på hæle".

**2. Motivation for deltagelse:**  
*Et kærkomment puf, men til "de rigtige"?*

## Røde borgere

Det er kendetegnende for de røde borgere, at selve *helbredsundersøgelsen* er den overordnede motivation for at deltage i tilbuddet hos almen praksis. Evalueringen viser således, at motivationen ikke udspringer af en direkte lyst til at ændre livsstil og sundhedsadfærd, som der lægges op til i helbredssamtalen, men af et ønske om at blive undersøgt og opspore eventuel sygdom, som et led i et øget, aldersbetinget, fokus på sygdom og helbred – dette også selvom man ikke føler sig syg.

Derudover deltager borgerne overordnet set af fire årsager: Nogle borgere deltager ganske enkelt, fordi de har fået tilbuddet. De har ikke store forventninger til indholdet, men "det kan jo ikke skade". For andre (overvejende kvindelige) borgere gælder det, at de i forvejen interesserer sig for deres egen sundhed og derfor tager opfordringen om at kontakte lægen alvorligt – enten fordi de er bekymrede for, eller er skeptiske over, udfaldet af deres sundhedsprofil. For en gruppe (overvejende mandlige) borgere gælder det, at de forventer at få et decideret helbredstjek. De ser tilbuddet som et kærkomment puf til at gå til lægen og forventer at få det helt store eftersyn og også få tilset de skavanker og bekymringer, som de længe har gået med. Derudover er der enkelte borgere, som deltager på direkte opfordring fra egen læge. Disse borgere har ikke nogen særlig motivation, men de synes det er "fint nok", når lægen direkte opfordrer dem.

Desuden giver flere røde borgere udtryk for, at det har en positiv betydning for deres motivation, at deres ægtefælle/partner også er med i projektet og/eller bakker op omkring det. Generelt siger de røde borgere, at de ikke selv ville have opsøgt en helbredsundersøgelse og -samtale hos lægen (lige nu), hvis ikke de var blevet inviteret til at deltage i TOF-projektet.

### Sagt om Motivation for at tage imod tilbuddet i almen praksis

Kvinde, 51 år: "Jamen, det har været rart at få lukket nogle døre. Altså, selvom man ikke føler sig syg, så kan det jo godt være, at der er et eller andet, der gemmer sig, og det er egentlig rart, når man når min alder og forventeligt er godt og vel halvvejs igennem livet, at få at vide, at min fysiske tilstand er sgu ikke så ringe endda".

Mand, 57 år: "Det, jeg efterspørger, det var en samtale om, hvordan jeg egentlig har det i øjeblikket. Altså, hvad kommer jeg med for en krop? Hvad er det for en bil, jeg kører ind til mekanikeren her? Hvor piver og knirker det henne? Der var ingen, der havde sagt, at det her er et livsstilsændringsprojekt – for så tror jeg faktisk ikke, at jeg var hoppet med, fordi dét har jeg ikke noget behov for".

Mand, 56 år: "Min første tanke var, at det egentlig var en oplagt chance for at få lavet sådan et hundrede kilometers eftersyn på mig selv, fordi bilen, den får det jo så rigeligt, og derfor syntes jeg egentlig, at det var kærkomment. Også med min alder, fordi jeg havde selv gået med en tanke om, at det kunne godt være, at man skulle... Men det havde jeg nok ikke fået gjort, hvis ikke, at den var dukket op den mail der [invitationen til TOF-projektet]".

Kvinde, 46 år: "Jeg tænkte, selvfølgelig skal jeg [kontakte lægen]. Men min første tanke var, at jamen, de finder ikke noget. Der er ikke noget, men selvfølgelig skal jeg det. Altså, når der er noget, der indikerer, at her er noget, du skal være opmærksom på, jamen, så fejer jeg det ikke hen. Så tager jeg det alvorligt. Men jeg havde den tanke, at jeg tror nok, at der er styr på det, og det er jeg så blevet bekræftet i".

## Almen praksis

Projektets fokus på opsporing spiller generelt en stor rolle i lægernes motivation for at deltage i TOF. Lægerne er særligt interesserede i at opspore "de rigtige" patienter, som de opfatter som værende mindre ressourcestærke borgere, som ikke ellers tager kontakt til lægen. Det er bemærkelsesværdigt, at det som sådan ikke er tidlig opsporing, de lægger vægt på, jf. TOF-projektets formål, men derimod opsporing af borgere, som de beskriver som "svære at fange". Lægerne påpeger generelt, at det er denne målgruppe, de havde håbet – men ikke forventet – at projektet kunne nå (uddybes i tema 5: 'Oplevelse af relevans: Når projektet "den rigtige" målgruppe?'). En læge forklarer, at hendes hovedmotivation for deltagelse derfor er at udbrede borgernes kendskab til de kommunale sundhedstilbud.

Andre afgørende faktorer for lægernes deltagelse er, at kommunerne gentagne gange har opfordret de praktiserende læger til at være med, og at bylægeforeningen som gruppe har forpligtet sig til at deltage. Desuden nævner flere læger, at de har god erfaring med at deltage i forskningsprojekter, og at dette er en del af deres motivation for at deltage. Andre forklarer, at de ser deres deltagelse som en mulighed for at præge projektet og blive klo- gere på, om man kan udvikle et nyt koncept for opsporing. Derudover vægter det højt, at arbejdsgangen i TOF ligner klinikkernes almindelige arbejdsgang meget, og at deltagelse i TOF derfor ikke har krævet de helt store forandringer i lægens praksis.

### Sagt om Motivation for deltagelse i TOF

Læge, Haderslev Kommune: "Vi vil jo gerne finde dem af vores patienter, som har brug for noget. Få dem fanget tidligere, specielt hvis det er sukkersyge- eller KOL-patienter. Så selvfølgelig vil vi gerne være med til, at de har det godt og så til at finde ud af, om det vil have en effekt at gøre noget aktivt for at finde dem".

Læge, Haderslev Kommune: "Generelt er vi en praksis, der altid er interesserede i at prøve at være med i, hvad der sker. Og det kunne være interessant at se, hvad værdien var ved at lave den her form for opsporing, og om det kunne bringe noget til. Fordi, vi oplever også, at dem, der kommer og ønsker en helbredsundersøgelse, det er langt hovedparten af raske mennesker. S det var motivationen – for at se, om det kunne fungere".

Læge, Varde Kommune: "[Varde Kommune] har virkelig lavet et lobbyarbejde for at overtale kommunens praktiserende læger til at være med. Fordi jeg må da være ærlig og sige, at det har ikke været noget, vi har brændt for. Og holdningen var egentlig også, at det kunne blive spild af tid, fordi vi ville se nogle, som alligevel ville komme til læge, hvorimod den rigtig tunge del formentlig ikke ville komme til de her undersøgelser. Men Varde Kommune har egentlig været meget, meget opsøgende og, ja, opfordrende til, at de gerne så, at Varde Kommunes læger deltog, og så gik vi med til det på den måde".

Læge, Varde Kommune: "Altså, vi er gået med i det som pilotpraksis for ligesom også at kunne være med til at præge det. Det er jo spændende at se, om man kan udvikle et nyt koncept, ikke også. Men dét, vi har set indtil videre, det gør i hvert fald, at man skal have ændret lidt på kriterierne for, hvem der bliver bedt om at gå til læge".



## Gule borgere

I modsætning til de røde borgere, udspringer de gule borgeres motivation for at deltage i kommunens tilbud i højere grad af en lyst til at ændre sundhedsadfærd og af et håb om at få "et spark i røven". Det er kendetegnende for de gule borgere, at de kan genkende sig selv i deres sundhedsprofil. Derfor er de generelt motiverede for, og nysgerrige efter, at høre mere om, hvordan de kan forandre deres livsstil og få hjælp til at forbedre deres sundhed.

Nogle borgere omtaler kommunens tilbud som en gratis mulighed, som det ville være dumt eller arrogant ikke at tage imod – "man kunne jo blive klogere". For andre borgere er det motiverende, at man i kommunen kan komme på hold sammen med andre i samme situation, og at man dermed ikke skal stå alene med sine livsstilsændringer. Enkelte gule borgere udtrykker skuffelse over ikke at få tilbuddet i almen praksis, når lægen står som afsender.

Det er bemærkelsesværdigt, at det generelt har betydning for borgernes motivation, at det er kommunen, der tager den opsøgende, telefoniske kontakt. Kommunens proaktive tilgang og personlige kontakt har altså en stor betydning for de gule borgeres deltagelse.

### Sagt om Motivation for at tage imod tilbuddet i kommunen

Mand, 41 år: "Jeg tænkte, jamen, lad mig da se, hvad der sker. Lad mig se, hvad [kommunen] siger. Hvis noget kan være med til at skubbe mig i den rigtige retning, fordi jeg er jo som sagt bevidst om min egen tilstand, så er det jo fint nok. Og igen, jeg kan jo kun blive klogere, kun lære noget mere ved det her – så blev jeg lidt nysgerrig, jo".

Mand, 54 år: "[Jeg sagde ja til, at kommunen måtte kontakte mig] for at prøve at få tjekket op på, hvordan og hvorledes det stod til, og om det kunne flytte mig. Ligesom give nogle andre tanker til, hvad man kan gøre for at gøre det nemmere. For det der med, at du skal bare lige løbe 50 kilometer og sådan. Det lyder nemt det hele, men det er lige det der med at få det gjort, og [kommunen] har nogle tilbud til én. Så ja, det der med at komme sammen med andre er altid nemmere, end når man selv står med hele byrden".

Kvinde, 37 år: "Jeg tænkte bare, nu måtte jeg se, hvad [kommunens tilbud] kunne og så prøve at tage den derfra. Også for at få det lille skub. Når man skal tabe sig, så er det rart at komme et sted, hvor man kan blive vejlet, og der er én, der lige kan give nogle fif og sådan noget. Det synes jeg egentlig var rart, så man lige har én, der kan give det der spark i røven, som man nogle gange har behov for".

Mand, 43 år: "Hvis der var en mulighed for at få noget mere bevidsthed i en eller anden retning, så kunne det være interessant. Så det var nok min indgangsvinkel til det, at man på den måde kunne lære et eller andet. Og måske, ja, nu hedder programmet jo 'tidlig opsporing', kunne gå ind at få øje på nogle ting".



## Kommunen

Blandt medarbejdere og ledere i kommunerne bliver den opsøgende indsats og direkte adgang til målgruppen fremhævet som en afgørende motivation for at deltage i TOF-projektet. Projektet bliver set som en oplagt mulighed til at afprøve nye metoder til at få kontakt til de borgere, der reelt har behov for kommunens hjælp, i stedet for "at skyde med spredehagl".

I tråd hermed bliver det beskrevet som betydningsfuldt at være med til at udvikle og afprøve den opsøgende metode og herigennem præge projektet på baggrund af kommunernes erfaringer fra praksis. Eksempelvis opstod ideen med telefonsamtalen i kommunearbejdsgruppen. Ledere og koordinatører fremhæver derudover, at de er motiverede af at afprøve og styrke samarbejdet med almen praksis i et set-up, hvor honorering og formelle aftaler allerede er på plads. Samtidig er det attraktivt for kommunerne at være med i et større projekt, hvor der er mulighed for vidensdeling på tværs af kommuner, og hvor evaluering af indsatserne prioriteres højt.

For medarbejdernes vedkommende bliver det beskrevet som spændende og fagligt motiverende at arbejde med motivation og sundhedspædagogik på nye måder via TOFs metoder: spørgeskema og telefonsamtale.

### Sagt om Motivation for deltagelse i TOF

Koordinator, Haderslev Kommune: "[TOF-projektet] er en oplagt mulighed for os i kommunerne i forhold til at få hånd om de rigtige borgere – de borgere, vi gerne vil se i vores butik. Og det er faktisk ikke, fordi vi har svært ved at få borgere henvist, heller ikke fra praktiserende læger. Men hvor vi måske før arbejdede noget mere bredt, skød sådan rimelig meget med spredehagl og også fik en del henvendelser fra borgere, der havde styr på tingene, så er det her fokus en hjælp til at få fat i de rette borgere".

Leder, Varde Kommune: "[Med TOF-projektet] får vi både identificeret den målgruppe, som vi faktisk mener er vigtig, at vi som sundhedscenter kommer ind og arbejder med, og vi får også en adgang til den. Vi får dem, der er gule – hvor det giver mening, at de får en kontakt til os her i huset".

Medarbejder, Varde Kommune: "Jamen, jeg synes jo, det er enormt spændende at prøve at få fat i måske en lidt anden målgruppe, end vi er vant til, og så tænker jeg også, at det er super interessant, om man med en forholdsvis lille indsats – det der med, at de får udfyldt spørgeskemaet – om man dér får plantet nogle refleksioner og sået nogle frø i forhold til ændringer. Altså, om man så ved denne her telefonsamtale kan flytte dem".

Koordinator, Varde Kommune: "En motivationsfaktor var jo også, at her havde vi faktisk en mulighed for at præge projektet. Vi havde faktisk en mulighed for at byde ind med den viden, vi har, og det kendskab vi har fra praksis, og præge projektet i en retning, som vi tror på kan give mening på sigt. At det ikke kun er et regionalt projekt, men at vi i kommunerne efterhånden i mange år jo har arbejdet på den her måde med nogle af de her ting".

### **3. Telefonsamtalen i kommunerne:** *Mere end en opsporende indsats*

## Gule borgere

De gule borgere har generelt en positiv oplevelse af telefonsamtalen med en sundhedsfaglig medarbejder i kommunen. Evalueringen viser, at særligt den opsøgende tilgang, hvor medarbejderne tager den indledende kontakt, lader til at være betydningsfuld i forhold til at opspore borgerne, øge deres motivation og hjælpe dem i gang med eventuelle livsstilsændringer.

Generelt fortæller de gule borgere, at de ikke selv ville have kontaktet kommunen; det er for let at glemme, svært at overskue eller også får man det bare ikke lige gjort. Desuden beretter størstedelen af borgerne, at de før deltagelsen i TOF-projektet ikke kendte til eller ikke var klar over, hvad kommunens sundhedscenter kunne tilbyde dem.

Flere gule borgere beskriver, at det er den menneskelige, personlige kontakt i henholdsvis telefon- og sundhedssamtalen med medarbejderne, der gør TOF-projektet meningsfuldt for dem. Borgerne fremhæver, at medarbejderen i telefonsamtalen er imødekommende, lyttende, forstående og spørger uddybende ind med udgangspunkt i spørgeskemaet. I telefonsamtalen oplever de, at der bliver plads til en nuancering af spørgeskemabesvarelsenerne samt en dialog om deres forhistorie og individuelle situation. Flere borgere beskriver det som positivt at have haft en indledende snak i telefonen, inden de skal møde fysisk op til sundhedssamtalen.

Generelt spiller det en stor rolle for de gule borgere, at det er kommunen, der tager kontakten. Borgere, der giver udtryk for, at de på forhånd var meget motiverede siger imidlertid, at de også selv ville have kontaktet kommunen, hvis de fik besked på det. Derudover er ikke alle gule borgere interesserede i telefonsamtalen, når medarbejderne ringer op. Nogle borgere har takket ja til opringningen men bliver overrasket over, hvad kommunen vil. Andre undrer sig over, hvorfor de "bonner ud" og ønsker en forklaring herpå snarere end, at de ønsker hjælp.

### Sagt om Telefonsamtalen

**Kvinde, 48 år:** "Jeg synes faktisk, at det var en lettelse, at de gjorde det [ringede op], fordi jeg tror måske ikke, jeg selv havde fået taget mig sammen til at gøre det. Det må jeg nok indrømme. Når man skal slås med nogle ting, jamen, så er der nogle ting, der glider lidt bagerst i køen. Jeg synes, at det var meget positivt, at de kontaktede mig".

**Kvinde, 32 år:** "Man bliver glad af at blive tilbudt [samtalen] på den måde [i telefonen], også fordi jeg har ikke tænkt over at være opsøgende, fordi jeg vidste slet ikke, at der var sådan et tilbud. Så jeg blev sådan helt glad af at tænke – jeg kan rent faktisk blive tilbudt noget. Jeg kan få noget hjælp til det her".

**Mand, 41 år:** "Jeg er glad for, at der kom noget personlig henvendelse indover, fordi i min situation hvor, altså, fordi jeg har været igennem et sygdomsforløb og sådan nogle ting. Der er jo en masse nuancer af det, som et spørgeskema jo ikke kan tage højde for, så derfor bliver der nødt til at komme noget menneskeligt indover, og det synes jeg var rigtig godt. Det er jo igennem den snak med den sundhedsfaglige medarbejder, at der ligesom skal vurderes: hvad skal jeg? Og det er der, man – fordi man kan tale sammen – kan få snakket lidt om, jamen, hvad er egentlig optimalt for mig?".

**Mand, 43 år:** "[Telefonsamtalen] var egentlig rigtig god, fordi der følte jeg, at jeg fik en bevidsthed omkring de muligheder, der var. Jeg blev præsenteret for det her sundhedsprogram [livsstilshold]. Det var rigtig godt, at de der muligheder, de blev åbnet for én".

## Kommunen

Blandt medarbejdere og ledere er der bred enighed om, at "det nye" og interessante ved TOF-projektet er telefonsamtalen (i kombination med spørgeskemaet), og at telefonsamtalen har særlige metodiske potentialer i forhold til tidlig opsporing og forebyggelse: Den fungerer som en proaktiv og opsøgende kontakt til gule borgere, som ikke nødvendigvis selv ville kontakte kommunen. Ligeledes virker den som en yderligere stratificering, hvor medarbejderen screener borgeren for, om vedkommende skal tilbydes en sundhedssamtale. Samtidig er telefonsamtalen i sig selv en intervention, dels fordi alle borgere bliver informeret om kommunens sundhedstilbud, dels fordi interesserede borgere får en reel samtale om deres sundhed. Derudover har begge kommuner i særlige tilfælde brugt telefonsamtalen som en opfølgende samtale til borgere, som enten ikke vurderes at have behov for en decideret sundhedssamtale, eller som ikke har lyst eller overskud til at møde op fysisk. Både medarbejdere og borgere beskriver, hvordan den opfølgende samtale virker som en positiv kontrol og en motiverende faktor for borgerne i forhold til at nå deres målsætning. Samtidig fremhæver medarbejdere og ledere, at de får kontakt til flere yngre mænd. De påpeger, at telefonsamtalens proaktive og samtidig distancerede facon formentlig har en afgørende indflydelse herpå.

Telefonsamtalen kræver, at medarbejderne er særdeles opmærksomme og lyttende. De påpeger, at der skal være plads til fleksibilitet i samtalens emner og varighed, fx hvis borgeren har andre eller flere problemstillinger end dét, der umiddelbart er synligt i sundhedsmappen. I sådanne tilfælde kan det dog være svært at holde samtalen indenfor de estimerede 15 minutter. Derudover er de opmærksomme på, at de mister nogle borgere, når de ringer forgæves, og borgerne derefter *selv* skal ringe tilbage.

Trods de mange potentialer, er det en gennemgående oplevelse blandt medarbejdere og ledere, at det er nødvendigt med en procedure for de praktiske og organisatoriske udfordringer, som telefonsamtalen også har afstedkommet, fx i forhold til at ringe forgæves (uddybes i afsnittet 'Praktiske læringspunkter').

### Sagt om Telefonsamtalen

Medarbejder, Haderslev Kommune: "Hvis vi snakker om, 'giver det mening det her [telefonsamtalen]?', så er min oplevelse helt bestemt, at det gør det. Der er måske nogle stykker, som det ikke giver mening at få sendt igennem, altså dem med de korte, tre-fem minutters samtaler. Der tror jeg måske, der skal justeres lidt på følsomheden i spørgeskemaet. Men alle de andre jeg har haft igennem, tænker jeg faktisk har været rigtig relevante. Både dem, hvor vi har brugt et kvarter på telefonsamtalen, og det er stoppet dér, og alle dem, der er aftalt videre med. Det er dér, hvor jeg synes, at selve opsporingsprojektet har fungeret ret godt".

Medarbejder, Varde Kommune: "Vi plejer jo at have dem face-to-face, og dét, at man ikke kan se folk, så er man virkelig nødt til at være meget opmærksom og høre, hvad er det for nogle ord, de bruger, og stille mange flere: 'jeg skal lige sikre mig, at jeg forstår dét, du siger, er det sådan her?' Og så kan de be- eller afkræfte, om jeg har forstået det rigtigt. Så der er man virkelig på overarbejde nogle gange, når man ikke kan se ansigtsudtrykket. Så det er en anden måde for mig at arbejde på over telefonen".

Medarbejder, Haderslev Kommune: "Jeg har oplevet et par stykker, hvor telefonsamtalen er kommet til at tage rigtig lang tid, fordi når borgeren netop har fået talt sig varm på X, så er det faktisk Y, der fylder allermest, men det er ikke det, man starter med, fordi emne Y er ret følsomt. Og der har jeg i hvert fald haft én med depression og stress, som slet ikke kan overskue at få sundhedssamtalen. Så det bliver meget en coachende tilgang, og så har jeg fulgt op med telefonsamtaler. Så en telefonsamtale kan lige pludselig tage lang tid, fordi jeg kan jo ikke bare lade sådan en borger falde på gulvet midt i det hele og så sige: "Nu er tiden gået", vel".

Medarbejder, Varde Kommune: "Vi har haft rigtig mange mænd. Yngre mænd. Det her med, at det for mændene er let tilgængeligt at sætte kryds ved 'jeg vil faktisk gerne ringes op', så det er sådan lidt at blive taget i hånden. Og så tror jeg, at det med, at det er over telefonen, det gør også, at der er en vis distance. Det er ikke så farligt".

#### **4. Samtalernes fokus:**

*Motivationsarbejde, handlingsplan og målsætning*

## Røde borgere

De røde borgere synes generelt ikke at opleve et stort behov, eller være særligt motiverede, for at ændre sundhedsadfærd og sætte mål herfor. Borgernes motivation og forventninger og lægernes tilgang til at arbejde med borgernes motivation for at ændre livsstil påvirker således helbredssamtalen gensidigt. I de tilfælde, hvor lægen følger sundhedsmappen stringent og spørger nøje ind til plan og målsætning i forhold til livsstilsændringer, oplever borgerne at blive standardbehandlet, og at lægens fokus primært er at få udfyldt planen. Enkelte forklarer, hvordan samtalen snarere forløber som en gennemgang af deres spørge-skemabesvarelser fremfor en uddybende dialog.

At sætte mål sammen med lægen virker ikke i sig selv motiverende på de røde borgere, og flere understreger, at motivationen skal komme indefra, og at det kan være svært at sætte mål på kommando. Flere borgere giver udtryk for, at lægens brug af målsætning og skalerings-spørgsmål i sig selv virker forceret og upersonligt, men at de går med på det for lægens skyld. En borger beskriver desuden stærk modstand mod, at lægen via målsætningen vil bestemme, hvornår hun skal stoppe med at ryge. Borgerne efterlyser i stedet, at lægen spørger ind til *dem* og deres specifikke situation, forhistorie og behov.

Evalueringen viser, at de samtaler, som opleves som mere succesfulde og meningsfulde af både læge og borger, er kendetegnet ved en højere grad af fleksibilitet og afvigelse i forhold til sundhedsmappens struktur. Det har betydning, at lægen har taget mere kritisk stilling til, om målsætning og handlingsplan er relevant at bruge i forhold til borgerens situation og motivation, samt at målsætningen er realistisk, det vil sige, at den afspejler borgerens motivation og hverdagsliv.

Evalueringen viser også, at de samtaler, hvor motivationsarbejdet umiddelbart virker bedst, er kendetegnet ved en god dialog og et tillidsfuldt forhold; at både læge og borger har forberedt sig på forhånd (fx via balanceskemaet); at lægen spørger ind til borgerens forventninger, hverdag og motivation for forandring; at der er plads til at snakke om øvrige helbredsproblemer; og at borgeren også får lov til at komme igennem med sin dagsorden.

### Sagt om

#### Motivation og målsætning i helbredssamtalen

Kvinde, 56 år: "På nuværende tidspunkt ved jeg ikke, om det kan motivere mig yderligere at [have sat et mål med lægen], fordi altså, han kan jo højst sige til mig: "Ej, du har ikke nået dit mål. Det var for dårligt". "Ja" (griner). Altså, det er jo mig – jeg skal jo gøre det for min skyld og ikke for hans skyld. Altså, nogle gange kunne det godt være en motivation, at man ligesom laver en aftale. Men altså, det skal være inde i mig selv, at jeg finder det her, som siger, at nu skal det være, og nu får vi gjort noget ved det".

Mand, 51 år: "Selve helbredsundersøgelsen gav jo en hel del, fordi vi snakkede åbent sammen, hvor at helbreds-samtalen i stedet for var en gennemgang af dét, jeg faktisk allerede havde svaret i spørgeskemaet. Og jeg kan godt huske, hvad jeg svarede sådan cirka. [I helbredsundersøgelsen] fik vi en åben snak omkring problemstillingerne. Hun var godt nok kun sygeplejerske, men der var mere kommunikation og dialog i stedet for den her opremsning [hos lægen] af, hvad jeg selv havde svaret".

Mand, 56 år: "For mig at se, så er det sådan det der overfladiske... Altså, man tager hurtigt pinden op af motoren på bilen og ser, om den har noget olie på, og er der kølevæske på, og er motoren for varm? Altså, blodtrykket var taget og ja... Det var sådan de der ting, som man normalt går ind og måler på, men lige mig var der ikke sådan gået ind og kigget på. Hvad var min forhistorie egentlig? Og ja, hvordan var jeg nået hertil?".

Kvinde, 54 år: "Jeg var helt chokket over, at jeg var i risikogruppen [for diabetes]. Alt lå fint med alle prøver, undtagen kolesterol – den kunne godt være lidt bedre, og den kan jeg selv arbejde med via motion og kost, og det havde jeg allerede sat i gang. Men [lægen] var rigtig sød og ville henvise mig til nogle kurser i Varde, så jeg kan blive ved med at holde min vægt, når jeg har tabt mig. Jeg havde jo egentlig regnet med, at jeg skulle tabe 10 kilo, men [lægen] sagde, at 5 kilo var nok, og det havde jeg ikke regnet med. Det var faktisk beroligende at komme ind og snakke med [lægen]."

## Almen praksis

Lægerne har forskellige antagelser om borgernes motivation for forandring, og der synes at være en forbindelse mellem disse antagelser og det motivationsarbejde, som lægerne, ifølge TOFs projektbeskrivelse, skal inkorporere i helbredssamtalen. Nogle læger antager, at der i selve borgerens fremmøde ligger en eksplicit motivation for forandring. Disse læger bygger typisk samtalen op omkring sundhedsmappen og er meget hurtige til at sætte mål for borgeren snarere end *med* borgeren. Dette kan ses som en tendens til, at lægen forstår *fastsættelsen af mål* som selve motivationsarbejdet. Samtidig synes der blandt flere læger at eksistere en antagelse om lægen som en autoritet og dermed, at dét lægen siger *i sig selv* motiverer borgeren til forandring.

I tilfælde hvor lægen antager, at borgeren allerede er motiveret i kraft af sit fremmøde, viser evalueringen, at der er en tendens til, at lægen reducerer motivationsarbejdet til målsætning og skalerings spørgsmål, uden dog at bruge disse mål og tal i et aktivt samspil med borgeren. Hermed synes målsætning og skalerings spørgsmål at blive tomme informationer fremfor, at lægen bruger dem til at stille åbne, uddybende spørgsmål, der aktiverer borgerens motivation.

Andre læger arbejder mere løsrevet fra sundhedsmappen. Disse samtaler bærer i højere grad præg af en sundhedspædagogisk tilgang, hvor lægen stiller åbne spørgsmål, anbefaler "små skridt" og fokuserer på at sætte realistiske – mere uformelle/implicitte – mål i samarbejde med borgeren. Nogle læger beskriver, hvordan målsætning er en god idé, fordi det – på papiret – forpligter borgeren til at gøre en indsats. Andre oplever, at målsætningen bliver kunstig og svær at bruge i samtalen. Én læge beskriver, at han opfatter målsætningen som helbredssamtalens "låste mandat", hvor samtalen helst skal munde ud i en henvisning eller et konkret mål, og at helbredssamtalen på denne måde adskiller sig fra andre konsultationer.

Evalueringen viser, at der er en tendens til, at lægerne rådgiver om livsstilsændringer og sætter mål med borgerne uden at samtale med dem om, *hvordan* det konkret kan lade sig gøre for vedkommende i hans/hendes specifikke situation. Enkelte læger beskriver, at de mangler redskaber til at udføre deciderede motivationssamtaler med borgerne.

### Sagt om Motivationsarbejde og målsætning i helbredssamtalen

**Læge:** "Jeg tror, at dem, som kommer og har valgt at være med, de er også motiverede. For allerede, ja, hvis man udfylder og svarer på det, så er man vel motiveret til en eller anden forandring".

**Læge:** "Altså, hvis de virkelig selv har været meget motiverede, meget konkrete i deres forslag, så har jeg egentlig ikke brugt det [målsætningen], men hvis de var meget svævende, så har jeg nok gået ind og sagt: "hvornår skal vi aftale?". Det er så dér, jeg har brugt det – dér, hvor jeg har fornemmet, at han eller hun ikke får gjort noget ved det. Så har jeg prøvet at bruge den konkrete aftale, men jeg må indrømme, at folk har... ja, de har set lidt mærkelige ud i hovedet, når jeg har sagt: "Nu aftaler vi her om et år frem, og så skal du virkelig bestræbe dig på, at du gør det. Nu skriver jeg det ind i din mappe her". Men altså, det kan godt være, at det også kan virke som en motivator, det kan godt være".

**Læge:** "[I helbredssamtalen] sidder jeg og kigger på skærmen for at se, hvad er det, I [TOF] vil vide, ikke. Og den laver nok en definition over det, jeg spørger dem om. Før [i almindelige konsultationer] der foregik det sådan lidt på kryds og tværs, ping pong. Her følger det så en plan, og det går hurtigere. Det er hurtigere overstået, fordi du har nogle konkrete spørgsmål."

**Læge:** "[I forhold til målsætning] kan man sige – farver de det lidt, når de sidder her, og når de kommer hjem, så glemmer de det? Altså, hvis de siger: "Ej, men det er en 7'er". Så ved jeg ikke, om de vil følge det. Men altså, jeg vil heller ikke trække det ned over hovedet på dem. Jeg vil ikke jage dem. Jeg vil ikke straffe dem".



## Gule borgere

De gule borgere, der har været til sundhedssamtale, har overordnet set en oplevelse af, at samtalerne er individuelt tilpassede, og at medarbejderne er lyttende, forstående og interesserer sig for dem. Flere nævner det som positivt, at medarbejderne hjælper dem med at sætte *realistiske* mål, fx at tabe sig over en længere periode fremfor så hurtigt som muligt, eller at få styr på sit søvnproblem, før man begynder på rygestop. Dog giver enkelte udtryk for, at indholdet i deres handlingsplan egentlig ikke er dét, der motiverer dem, eller at de godt kunne tænke sig en mere ambitiøs handlingsplan og en mere coachende tilgang. Evalueringen viser, at det er nødvendigt, at borgeren og medarbejderen får afklaret, hvor vedkommendes motivation og forventninger ligger, inden der bliver lagt en handlingsplan.

Borgere, der får tilbudt opfølgende samtaler som en del af deres handlingsplan, udtrykker generelt stor tilfredshed hermed. De beskriver blandt andet, at det er givende at kunne nå omkring flere emner, få lov at stille uddybende spørgsmål og blive hjulpet i forhold til fastholdelse – og så spiller den menneskelige kontakt en væsentlig rolle. For disse borgere fungerer de opfølgende samtaler som forpligtende holdepunkter, hvilket er med til at øge deres motivation for livsstilsændringer. Enkelte borgere fortæller, at deres ægtefælle/partner er blevet tilbudt at komme med til en opfølgende sundhedssamtale, og at dette har positiv betydning for deres motivation og fastholdelse.

Derudover fremhæver flere gule borgere, at det er positivt at have fået kendskab til kommunens sundhedstilbud, og flere beskriver det som motivationsskabende i sig selv, at de nu ved, hvor de kan henvende sig, hvis de får behov for hjælp i fremtiden.

### Sagt om Motivation, handlingsplan og målsætning i sundhedssamtalen

Kvinde, 32 år: "Jeg synes, vi har lagt nogle rigtig gode planer, og jeg følte mig rigtig godt hørt hos hende [medarbejderen]. Jeg følte mig også forstået. Jeg kunne bare se på hende, at der ikke var en attitude om at: "jamen, du skal også bare ændre det her og komme i gang". Altså, det var rent faktisk menneskelig behandling, og man blev bare mødt af en forståelse og blev behandlet pænt og godt, synes jeg".

Kvinde, 32 år: "Jeg var faktisk meget glad [for at blive tilbudt opfølgning i sundhedscentret], fordi så kan jeg også lige måske spørge om nogle ekstra ting, altså nogle råd til, hvordan jeg kan blive ved med at hænge i og sådan nogle ting. Jeg har jo lært nogle ting, som jeg ikke var klar over".

Kvinde, 37 år: "Jamen, [planen] betyder lidt, at man kæmper, eller ikke kæmper, man arbejder hen mod noget, for man vil jo gerne vise, at man har tabt sig og gjort nogle ting. Når man har lovet noget, så vil man også gerne overholde det. Jeg ved godt, at det jo kun er mig selv, man snyder, men alligevel. Man spiller jo også deres tid, hvis ikke man gør noget ved det, man egentlig laver en aftale om. Sådan ser jeg i hvert fald på det. Så det giver sådan lidt den der "jamen, når jeg har lovet at skulle tabe mig, så skal jeg have gjort noget ved det".

Mand, 43 år: "Der er blevet sat nogle små mål, men det er jo ikke sådan, at man har tegnet det store billede op og sagt: "hvor var det, vi gerne ville være henne om et halvt år?". Det synes jeg godt, man kunne tage hul på, og så sige: "prøv at hør, vi skal skabe en vedvarende forandring her". Det er fint nok at have en fysioterapeut, som har med motion og kroppen at gøre, men en kombination af en fysioterapeut og en coach kunne være rigtig godt, tror jeg".



## Kommunen

Motivationsarbejdet i sundhedssamtalen er ikke noget nyt for medarbejderne, der er vant til at have lignende motivationssamtaler og bruge en sundhedspædagogisk tilgang. Derimod er det nyt at skulle arbejde motiverende, lave handleplaner og sætte mål med borgerne i telefonsamtalen. For eksempel oplever medarbejderne, at det kan føles akavet og være svært at nå at sætte konkrete og realistiske mål med borgeren i løbet af den korte telefonsamtale.

Generelt beskriver medarbejderne brugen af sundhedsmappen i målsætningsarbejdet som rigidt og unaturligt. Ligesådan kan målsætningen komme til at føles tvungen i samtalen. Medarbejderne oplever, at de i nogle tilfælde kommer til at presse borgeren lidt, og at de primært inkorporerer målsætningen i samtalen for at opfylde dét, systemet efterspørger. Målsætningen kan ligeledes være svær at adskille fra borgerens handlingsplan. I mange tilfælde giver det mere mening for medarbejderne at arbejde med en plan for borgerens første skridt til at komme i gang med en adfærdsændring fremfor at opstille et afsluttende mål og en dato herfor.

Derudover oplever medarbejderne det som problematisk, at målsætningsarbejdet i sundhedsmappen er risikofaktoropdelt, og at det dermed kun er muligt at opstille adskilte mål for KRAM-faktorerne. Da faktorerne ifølge medarbejderne ofte hænger sammen, vil det være mere meningsfuldt at kunne opstille et samlet mål eller en samlet plan for borgeren. Ligeledes beskriver de det som mangelfuldt, at det i målsætningsarbejdet i sundhedsmappen ikke er muligt at registrere en plan/aftale/målsætning i forhold til mental sundhed (fx en aftale med borgeren om at kontakte en psykolog). Som systemet er nu, skal medarbejderne registrere en sådan aftale under én af KRAM-faktorerne, hvilket de oplever som u hensigtsmæssigt.

### Sagt om Motivationsarbejde, handlingsplan og målsætning i telefon- og sundhedssamtalen

Medarbejder, Varde Kommune: "Det er ikke altid lige let at lave de der målsætninger. Altså, jeg synes jo, at der er noget med den dato, der står der – det kan være lidt svært, ikke. Jeg har nogle gange følt, at jeg skal presse folk til at sige en dato".

Medarbejder, Varde Kommune: "Hvad er mål, og hvad er plan? Det svæver lidt, synes jeg. Og det kan være rigtig svært. Der er altså nogle gange, hvor jeg tænker, at der præsterede jeg ikke selv særlig godt, fordi jeg synes egentlig, at der gjorde jeg det kun for at opfylde dét, systemet efterspørger, og ikke hvad jeg sådan ville have gjort normalt, hvis jeg havde haft en samtale".

Medarbejder, Haderslev Kommune: "Jeg har nærmest aldrig lavet mål, altså beskrevet et mål efter en telefonsamtale, og jeg tror ikke, jeg kommer til det. Det er meget det der med, hvornår er målet opnået? Skal vi skrive en dato for det? Det kan vi ikke efter én telefonsamtale, og det generer lidt i det der billede, når man er inde at afslutte en telefonsamtale. Det skal ikke være dér. Det kan vi gøre, når vi ser dem til sundhedssamtale, er min holdning".

Medarbejder, Haderslev Kommune: "Der behøver ikke være en plan for hver af de her fire grupper [KRAM-faktorer]. Det er ét menneske, og vi kan godt lave én plan".

**5. Oplevelse af relevans:**  
*Når projektet "den rigtige" målgruppe?*

## Røde borgere

Som udgangspunkt oplever de røde borgere TOF-projektet som et relevant tilbud, fordi det rammer ned i en forudgående, primært aldersbetinget, interesse, de har, for at få en helbredsundersøgelse og få opsporet eventuelle sygdomme. Men når det kommer til udbyttet af projektet og helbredssamtalen, har de forskellige oplevelser.

De borgere, der forventer et helbredstjek og et fokus på deres skavanker fremfor på livsstilsændringer, udtrykker skuffelse over deres udbytte af projektet og oplever ikke samtalen som særlig relevant. Blandt andet fordi helbredssamtalen ikke som udgangspunkt levner plads til øvrige helbredsproblemer eller bekymringer (fx ondt i knæet, bekymring vedr. modermærke). Ligesådan gælder det for de borgere, der føler sig fejkategoriserede (og som ifølge lægerne også er fejkategoriserede), og som derfor oplever helbredssamtalen som overfladisk og som spild af tid.

De borgere, der refererer positivt til helbredssamtalen og til projektet, er tilfredse med at få bekræftet, at de ikke fejler noget; at få en snak med lægen om, at de livsstilmæssigt er på rette vej; eller at få en henvisning til et sundhedstilbud i kommunen. Det er desuden bemærkelsesværdigt, at lægens forberedelse og tilgang til helbredssamtalen synes at spille en større rolle end personligt kendskab mellem læge og patient i forhold til, om samtalen opleves som relevant af borgerne.

Evalueringen viser således, at borgernes oplevelse af helbredssamtalens relevans hænger sammen med deres forventninger; om de på forhånd er motiverede for ændringer; samt hvorvidt lægen formår at sætte borgeren i centrum fremfor sundhedsmappen. De røde borgere giver generelt udtryk for, at det er uproblematisk selv at skulle kontakte lægen, og der er en holdning til at følge projektets tilbud til dørs, når man har besluttet sig for at være med.

### Sagt om Oplevelse af projektets og helbredssamtalens relevans

Kvinde, 46 år: "Jeg synes, at [helbredssamtalen] var intetsigende. Jeg fik ikke noget ud af det! Jeg synes, at i og med der ikke var noget, ligesom noget at skulle tage fat på, så var det overflødig og så lidt overfladisk. Sådan lidt flosket man bare skal igennem, nogle spørgsmål som står på et papir for ligesom man kan vinge af: "nu har jeg spurgt til det her, og vi har gennemgået det her, fordi det siger projektet, at vi skal".

Mand, 56 år: "Altså, blodprøverne og blodtryk, og at få vendt det med, hvordan ens livstil er, det var fint. Men jeg havde nok forventet, at man kunne komme med nogle ting, som man går med. I hvert fald for mit eget vedkommende, så er jeg nok ikke så god til at komme afsted med de der ting, som måske går og kan blive kroniske ved, at man går og ja, simpelthen gemmer på dem. De der ting, som man måske skulle have været afsted med".

Mand, 57 år: "Titlen på det hele – altså, at jeg skal til en helbredsundersøgelse, og så ser lægen forbløffet ud, da jeg begynder at tale om dårligdomme. "En "helbredssamtale" må vi nok hellere sige ja til". Hvis de kaldte det en livstilssamtale, så ville det være ærlig snak, synes jeg, fordi så kunne jeg vælge at sige nej – jeg har det fint med min livstil. Det behøver jeg ikke, det der. Som det er nu, føler jeg lidt at ... det lykkedes mig jo så at få dét, jeg gerne ville have – ellers så skulle jeg have bestilt en tid mere – men jeg synes lidt, det var noget andet, end det blev solgt som".

Kvinde, 56: "Nej, jeg synes ikke, at [TOF-projektet] sætter nogle særlige tanker i gang, men altså... det med, at 'ahh, det ser stadigvæk godt ud'. Det er rart. Så ved vi det. Fordi der ikke er blevet fundet nogen ting. Så det sætter ikke nogen tanker i gang som sådan. Jeg vidste godt inden, hvordan det var sundest at leve, selvom jeg ikke altid gjorde det".

## Almen praksis

Det er lægernes klare oplevelse, at størstedelen af de røde borgere, som de har set i deres praksis, er irrelevante i forhold til TOF: De er "sunde og raske" og er ikke sårbare eller ressourcetsvage borgere, som lægen normalt ikke ser i sin praksis.

Generelt har lægerne den opfattelse, at TOFs risikokategorisering af de røde borgere ikke er nøjagtig nok, og at projektet i høj grad når borgere, som i forvejen er interesserede i deres eget helbred og livsstil. Der er således en tendens til, at lægerne opfatter 'den rigtige' målgruppe som mindre ressourcestærke borgere, som de ellers ikke når. En læge påpeger dog, at de relevante borgere også er dem, som er i risiko på grund af arvelig disponering, men som lever relativt sundt og ikke opfatter sig selv som syge, og derfor ikke selv ville tage kontakt til lægen. I tråd hermed bemærker enkelte andre læger, at TOF-projektets metoder når en række (forholdsvis ressourcestærke) mænd, som ellers ikke ville være gået til lægen.

Lægerne udtrykker generelt en skepsis i forhold til projektets metoder til at nå den, i deres øjne, 'rigtige' målgruppe. De sætter spørgsmålstegn ved, om ressourcetsvage borgere vil udfylde et spørgeskema på internettet via NemID og derefter tilmelde sig hos lægen. Lægerne fremhæver, at disse borgere sandsynligvis kræver en mere opsøgende tilgang. Flere læger fremhæver, at TOF-projektet kræver ændringer i forhold til metoder og kategorisering for virkelig at være relevant for almen praksis og for at sikre lægernes aktive deltagelse og engagement.

### Sagt om Oplevelse af projektets og målgruppens relevans

Læge: "Dem, der er peget ud til at komme her, de er dybest set sunde og raske. Vi har ikke fået fanget nogen tunge patienter – ikke af dem, som vi har set overhovedet. Nogle få har gået her i forvejen af andre årsager og er kommet her rimelig tit. Men ellers ikke nogen, der fejlede noget. Typisk er dem, der er kommet, også nogen, der interesserer sig for deres livsstil".

Læge: "Nettet er ikke finmasket nok. Rigtig mange af dem jeg har set, de kunne godt have nøjedes med at gå direkte til det kommunale tilbud, for de havde i forvejen fået taget deres kolesterotal, var blevet undersøgt for sukkersyge før, så de har bare fået taget et ekstra hold blodprøver nu. Der smutter for mange igennem til en lægeundersøgelse, som burde være gået udenom lægen, men enten til et kommunalt tilbud eller havde fået at vide, at 'det, I gør, det er godt nok', altså i den grønne eller gule kategori".

Læge: "Jeg mener, at man kommer til at bruge nogle ressourcer på nogle i forvejen forholdsvis ressourcestærke borgere, der gør meget, hvorimod de svage vil nok i mange tilfælde end ikke besvare sådan et spørgeskema. Den tunge gruppe er svær at få fat i, og der kan jeg godt have min tvivl om, om man får fat i flere af dem, fordi det skulle egentlig være dét, der var grundidéen, at man fik fat i nogle, som ellers ikke ville selv have søgt læge eller lignende, og det kan jeg godt være i tvivl, om TOF gør".

Læge: "Jeg vil sige, at de få, jeg har set, som var forholdsvis nye her i praksis, det var lige netop mænd. Kvinder går jo mere til læge, end mænd gør. Så der kan det nemt ske, at TOF har fået fat i nogle mænd, som ellers ikke ville komme til den samtale".

## Gule borgere

De gule borgere oplever generelt TOF-projektet som et særdeles relevant tilbud, og de er overordnet set tilfredse med deres udbytte af telefon- og sundhedssamtalen. De omtaler det som positivt at have fået kendskab til kommunens sundhedscenter, og flere udtrykker, at de har manglet et sådant tilbud. Borgerne fremhæver medarbejdernes helhedsorienterede fokus og dét, at de kan få ét samlet livsstilstilbud, der både fokuserer på eksempelvis motion og kost, som positivt og meningsfuldt. Medarbejdernes anerkendende tilgang betyder, at borgerne føler sig lyttet til og taget seriøst, og flere fortæller, at de har fået god og kompetent hjælp til at komme i gang med deres livsstilsændringer og implementere dem i deres hverdag.

Kommunens mulighed for – og kompetence til – at gå i dybden i samtalerne og hjælpe "hele vejen rundt" har således en positiv betydning for borgernes oplevelse af projektets relevans. Generelt beskriver borgerne, at dét, de fremadrettet tager med sig, er en bevidsthed omkring den måde, de lever på, både i forhold til risikofaktorer, men også i forhold til, *hvordan* de får en sundere hverdag.

### Sagt om Oplevelse af projektets og sundhedssamtalens relevans

Kvinde, 32 år: "[TOF-projektet] har åbnet døren ind til det her livsstilstilbud. Jeg har endda forstået, at hvis jeg skulle få behov for hjælp i fremtiden – hvis jeg kommer til at køre ud på et sidespor eller noget – så kan jeg altid kontakte dem igen. Så jeg ved, at de er der nu og kan hjælpe mig. Og jeg har også forstået, at det ikke behøver at være flere timer i streg, at jeg træner, men bare det, at jeg kommer afsted og får rørt mig, og så hellere sørge for at gøre det fast end at overgøre det og få ændret kosten herhjemme. Så jeg er sikker på, at det kommer til at ændre rigtig meget".

Kvinde, 32 år: "Jeg håbede jo på noget mere intensiv hjælp – i stedet for at komme ved en diætist, der én gang tager fat i én, og siger: "jamen, sådan her skal du gøre", og så er det ligesom ovre. Man ved godt, hvad man skal gøre: du skal lade være med at spise usundt. Men derfra til rent faktisk at implementere det i dagligdagen – der er altså langt. Og der føler jeg virkelig, at det her tilbud... Der har vi fat både i kostændring og også i motion, og det synes jeg er lækkert, at det er samlet."

Kvinde, 37 år: "Jeg har fået dét ud af det, at, ja, jeg skal leve sundere og motionere noget mere. Hvad er det, jeg kan få ud af det? Jeg kan få en bedre hverdag ved, at jeg tænker over, hvordan jeg passer på mig selv, jamen, så har min krop det også bedre. Tingene bliver nemmere, når man ikke har 10 kilo for meget på kroppen. Så det er jo bare med at passe på sig selv."

Mand, 43 år: "Den bevidsthed, der er blevet skabt, har jeg selvfølgelig med mig i rygsækken. Det skaber bevidsthed i mit liv, kan man sige. Så det har jeg fået med. Men jeg glæder mig til at komme på det der livsstilsforløb for at se, hvad det kan give mig – også fordi det tror jeg også vil skabe noget".

## Kommunen

I kommunerne er både medarbejdere og ledere enige om, at TOF-projektet er relevant i forhold til tidlig opsporing. I den ene kommune beskriver de, hvordan de gule borgere er en mere ressourcestærk gruppe, end de borgere de normalt har til sundhedssamtaler, som typisk bliver henvist fra jobcentret eller egen læge. Dette ser de som positivt, og som tidlig forebyggelse, da der hos de gule borgere reelt er noget at forebygge, *før* det sker. I den anden kommune ser de normalt et bredt spektrum af borgere, men det er netop de gule borgere, de får ind via TOFs metoder, som de er særligt interesserede i. Kommunerne beskriver det som en stor fordel, at disse borgere bliver direkte tilgængelige via TOF-projektet.

Medarbejdernes opfattelse er, at størstedelen af de gule borgere gerne vil ændre deres sundhed og livsstil, og at det er kendetegnende, at de også er motiverede for selv at lave livsstilsændringer fremfor at komme på et af kommunens livsstilshold. Derudover har medarbejderne et indtryk af, at de får fat i flere (yngre) mænd, der i høj grad virker handlingsorienterede i forhold til deres sundhedsadfærd.

Metoden, hvor kommunen er den proaktive part, gør, at medarbejderne får adgang til borgere med mindre initiativ og overskud i hverdagen. Kommunerne får således både hul igennem til borgere, som ikke kendte til kommunens tilbud, borgere som ikke ellers ville have taget kontakt, og borgere, som selv ved, at de trænger til et skub i den rigtige retning. Dog udtrykker nogle medarbejdere en bekymring for, om de når "de sidste 20 procent" ved denne metode.

Selvom ikke alle gule borgere er lige relevante i forhold til TOF, fx i de tilfælde, hvor borgeren er uinteressert, når medarbejderen ringer op, er holdningen i kommunerne, at ingen borgere som sådan er irrelevante. Eksempelvis får også borgere, der er blevet fejlkategoriseret, viden om, at sundhedscentret findes, og samtidig får de et positivt skulderklap.

### Sagt om Oplevelse af projektets og målgruppens relevans

Medarbejder, Haderslev Kommune: "Jeg oplever en masse mennesker, som ikke anede, at vi eksisterede, og som får kendskab til, at vi eksisterer. Og det må vel være hovedformålet – det er jo opsporing og forebyggelse. Det er enten at sætte et forløb i gang med borgere, der ikke anede, at de havde den mulighed, eller at have et miniforløb af en enkelt samtale og slutte af med at sige: "Vi eksisterer her, og nu ved du, at vi findes", og det er dér, hvor jeg tænker, at det kommer til sin ret, det her projekt".

Medarbejder, Varde Kommune: "[De gule borgere] er en helt anden gruppe end det store flertal, jeg får ind til mig. [De gule borgere] er vant til at handle på tingene og til, at det her skal man klare selv, og hvis man ikke helt kan klare det selv, så har man faktisk nogle i omgangskredsen eller i familien, som man kan spørge om hjælp. Måske egen læge også, som kan støtte én. Så de er jo vant til at bede om hjælp uden, at det er problematisk, tænker jeg".

Medarbejder, Haderslev Kommune: "Jeg kan godt være lidt bekymret for, om vi får fat i den målgruppe, som kan have svært ved selv at gå ind og få udfyldt sundhedsmappen. Altså, en af vores målgrupper er jo de sidste 20 procent. Men jeg synes stadig, at jeg oplever, at vi i høj grad får fat i dem, der siger: "åh jeg har bare gået og tænkt så meget på det, og jeg skal også til at gøre noget ved det". Altså, når vi tænker på, at det er et forebyggelsesprojekt, så er det også dem, vi skal have fat i – vi skal jo sådan set prøve, inden de rammer kanten. Så spørgsmålet er, om ikke vi rent faktisk rammer den gruppe, som projektet er målrettet mod?".

Medarbejder, Varde Kommune: "Jeg synes det er fantastisk, at vi har haft så mange mænd i de her telefonsamtaler. Yngre mænd også. Der er rigtig mange i 30'erne. Mange af de her mænd, de ville måske aldrig have taget kontakt. Altså, de gør det simpelthen, fordi de har fået en påmindelse om, at 'nu bliver jeg faktisk spurgt om noget omkring min sundhed, jeg må nok hellere sige ja til den telefonsamtale'. Så jeg tror, vi fanger nogle, som vi ikke ellers ville have fået til at tale om deres helbred, og for hvem det måske ikke er noget, de vil bruge lægens tid på".

## **6. Roller:**

*Kommune og almen praksis som forebyggere*



## Røde borgere

Flere røde borgere fortæller, at de ikke tidligere har overvejet selv at henvende sig til egen læge for at få råd og vejledning i forhold til sundhed og livsstil. De opfatter primært lægen som én, der tager sig af sygdom, og som én, man går til med problemer, som man ikke selv kan gøre noget ved. Som sådan betragter de ikke livsstilsrelaterede problemer som en opgave for lægen, og der er en tendens til, at livsstil forstås som noget, man godt ved, at man bør ændre – og noget der skal ske inde i én selv eller på hjemmefronten, snarere end hos lægen. Samtidig beskrives opbakning – også udefra – som vigtigt.

En borger forklarer, hvordan han opfatter det som "at skyde gråspurve med kanoner", at lægen skal give kostvejledning, og at sygeplejersken lige så godt kunne gøre det. En anden borger beskriver, at han ikke oplevede, at lægen og sygeplejersken kunne give ham den konkrete hjælp og handlingsorienterede information, han efterspurgte i forhold til overvægt. Enkelte andre borgere fortæller dog, hvordan de, på baggrund af deres gode og langvarige relation til egen læge, ville foretrække at tale med lægen om sundhed og livsstil fremfor at skulle møde op et fremmed sted.

Evalueringen viser en tendens til, at der i almen praksis er fokus på de kliniske aspekter og vejledning i forhold til risikofaktorer (fx hvordan overvægt påvirker kolesterol), som ikke nødvendigvis matcher de mere konkrete behov og praktiske handlingsanvisninger, de røde borgere efterspørger i forbindelse med livsstilsændringer – fx individuel vejledning i, *hvor* man taber sig, omlægger sin kost eller får mere motion ind i sin hverdag.

### Sagt om Lægen som forebygger

**Kvinde, 46 år:** "Når jeg kontakter lægen, så er det, fordi der er et eller andet, jeg mærker. Noget som er usædvanligt, eller noget, som har ændret sig. Ikke på min livsstil, nej... Fordi jeg synes, at jeg har styr på det. Og jeg synes jo selv, at jeg godt ved, hvad man skal spise, og at man skal have motion. Og når jeg går død i træningen, jamen, så ved jeg godt hvorfor. Jeg ved også, at jeg kommer i gang igen, jeg ved bare ikke lige hvornår. Det er måske ikke lige min læge, jeg ville snakke med det om. Nej, det var nok mere en fitnesscoach eller en løbeklub eller svømmetræneren".

**Mand, 57 år:** "Hvis det handler om, at jeg skal ændre livsstil, så er det langt mere på hjemmefronten, at sådan noget det foregår. Altså, hvis vi over spisebordet bliver enige om, at 'vi må nok hellere spise lidt mere salat og flere rødbedebøffer'. Så bliver det dér, det bliver besluttet i stedet for og ikke hos lægen. Det er da sødt af [lægen] at prøve, men nej".

**Mand, 51 år:** "Jamen, jeg synes jo ikke, [lægen og sygeplejersken] har bidraget med noget – ikke noget særligt i hvert fald. Altså, der er skabt et gensidigt fokus på emnet, men da jeg var inde ved sygeplejersken, der efterlyste jeg en decideret hjemmeside, hvor man kunne gå ind og sige, 'hvad leder jeg efter af informationer?'. Jeg ved ikke noget om fedme. Jeg har aldrig fulgt med i alle de der ting, fordi det har jeg ikke tidligere haft behov for, og det bedste bud [sygeplejersken] kom med, det var sådan set, at der var en hjemmeside, der hed Salattøsen, og den anbefalede så noget af det grønne, hvor jeg ikke er... Jeg er kødæder, det vil jeg godt indrømme".

**Mand, 56 år:** "Jeg ville hellere snakke med [lægen] om [indholdet i sundhedsmappen], end at jeg skulle møde op ude på en eller anden klinik i Haderslev eller Kolding og snakke med et eller andet fremmed menneske. Altså, jeg synes jo stadigvæk, at det kan være grænseoverskridende at sidde og snakke om ens helbred med nogle mennesker, man ikke kender, og det ønsker jeg ikke. Altså, [lægen] har jeg kendt i 30 år eller sådan noget, så [lægen] har jeg ikke noget problem med".



## Almen praksis

Blandt lægerne er der forskellige perspektiver på rollen som forebygger. På den ene side er de grundlæggende enige om, at forebyggelse er vigtigt og noget, der præger deres arbejde. På den anden side er det ikke nødvendigvis her, prioriteringen og ressourcerne ligger.

Nogle læger beskriver, at "man burde forebygge noget mere" – især fordi lægen er en autoritet, og lægens ord vægtes højt af patienterne – men at virkelig prioritering af forebyggelse (fx implementering af den motiverende samtale) kan være svær at forene med manglende tid, ressourcer og den måde lægernes arbejdsdag er struktureret på (fx på grund af flere opgaver fra sygehusene). Andre fremhæver, at behandling stadig er lægens mest centrale funktion, og at forebyggelse nogle gange fylder for meget og tenderer til at være et område, hvor det kan være svært at gøre en betydelig eller synlig forskel. Andre læger påpeger, at det er vigtigt, at man ikke bliver "for omklamrende" og kommer til at skræmme patienter væk, hvis man er for konfronterende over for fx rygere og overvægtige personer.

De læger, som betragter forebyggelse som en mere naturlig del af deres arbejde, beskriver, at det gælder om "at have antennerne ude", når borgere alligevel kommer i klinikken, og at de med fordel kan arbejde tæt sammen med sygeplejerskerne på dette område. Flere læger beskriver, hvordan det er nemmere at snakke forebyggelse, hvis der er et direkte link mellem dét problem, borgeren kommer med, og fx borgerens overvægt, rygning etc. Evalueringen viser dermed, at der er forskellige positioner blandt lægerne i forhold til, hvor konfronterende og opsøgende de er i forebyggelsesøjemed.

Det er værd at bemærke, at der i almen praksis primært er et individrettet fokus på forebyggelse. Lægerne gør eksempelvis ikke noget ud af at inddrage de røde borgeres familie/partnere i livsstilsændringerne, hvilket kan ses i sammenhæng med deres fokus på behandling.

### Sagt om Lægen som forebygger

**Læge, Haderslev Kommune:** "Man burde selvfølgelig nok kunne gøre det mere, det med at forebygge, men efterhånden som man får flere og flere opgaver, der flyder fra sygehuset, så bliver det med forebyggelse mindre og mindre. Det burde det måske ikke, men det er jo sådan, det ser ud. Der er ikke tid til at gøre det, og hvis man skal gøre det ordentligt, ja, det er der simpelthen ikke tid til".

**Læge, Varde Kommune:** "Vi har en stor rolle, og vi gør det jo også hele tiden, hver dag. Hvis folk kommer og hoster, og de ryger, så får vi lavet lungefunktionsundersøgelser og snakker med dem om rygestop. Så det er jo hele vores hverdag - den er jo præget af forebyggelse. Så det gør vi meget, og vi arbejder også meget i team, så sygeplejerskerne laver undersøgelser og laver den første vurdering, og så tager vi os af snakken, men oftest har de jo haft en god snak med sygeplejersken, inden de kommer hos os".

**Læge, Haderslev Kommune:** "Vi [læger] har nok en større værdi, end vi egentlig tror, uden at vi alle sammen er rigtig gode til at motivere. Vores ord er jo blevet vægтет ekstremt højt hos vores patienter, så selvom vi føler, at vi bare giver dem noget information, så tror jeg, at mange tager det med hjem som en ret stor motivation for at gøre noget ved det, fordi det har lægen sagt. Jeg ved ikke, hvor gode vi er til at holde motivationssamtaler – det tror jeg er meget individuelt, også hvor meget vi synes, vi lægger i det".

**Læge, Haderslev Kommune:** "Lægens rolle som forebygger, det er nok ikke en rolle, som de fleste læger tænker på, før de går ind og bliver læger. Man tænker jo ikke på, at man sidder ved et skrivebord og rådgiver om sundhed. De fleste har nok trods alt lidt et andet billede af, at det er lægen, som tager sig af sygdom og ikke forebyggelse, men et langt stykke hen ad vejen hører det da med. Vi kan godt nogle gange synes, at vi er i et område, hvor vi flytter kommaer, som måske fylder lidt for meget engang imellem, men selvfølgelig hører forebyggelse også til hos os, til lægehusene, det er jeg helt enig i. Vi snakker om, hvor grænsen skal være henne".

## Gule borgere

De gule borgere beskriver kontakten til kommunen som anderledes og mere positiv end deres kontakt til egen læge, når det gælder livsstilsrelaterede problemer. Tid og nærvær er afgørende forskelle: Gennemgående oplever borgerne, at medarbejderne i kommunen har bedre tid til at gå i dybden med samtalen og til at tage højde for deres individuelle situation. Borgerne oplever medarbejderne som lyttende og støttende, og de føler sig i højere grad set og hørt end hos lægen.

Borgerne forklarer, at de hos lægen generelt oplever et tidspres. Samtidig beskriver de, at de ikke vil "misbruge" lægens knappe tid med livsstilsrelaterede problemer; dels fordi de opfatter lægen som én, man går til i forbindelse med decideret sygdom; dels fordi livsstilsrelaterede problemer er noget, de skammer sig over, og noget, som opfattes som selvforskyldt. De opfatter således ikke deres sundhedsadfærd som sygdomsrelateret, men som en personlig last, som lægen ikke nødvendigvis skal involveres i.

I kommunen oplever de gule borgere at få individuelt tilpasset og handlingsorienteret hjælp. Flere borgere omtaler det som positivt, at de kan få specialiseret vejledning (af fx en fysioterapeut, diætist, sygeplejerske) i forhold til deres specifikke problemstillinger og få redskaber til, *hvordan* de kan ændre sundhedsadfærd og implementere ændringerne i deres hverdag. Det er borgernes erfaring, at lægen ikke på samme måde er gearet til at hjælpe hermed, og at samtalen, om fx vægttab, primært er klinisk funderet fremfor at handle om, hvordan livsstilsændringen skal lykkes.

### Sagt om Kommunen og lægen som forebyggere

**Kvinde, 32 år:** "Normalvis er der ikke nogen, der går ud og tager fat i dig ved egen læge og siger: "du kan få noget hjælp til det her, har du lyst til det?". Og det er der virkelig mangel på, så der har det virkelig overrasket mig, at man kunne få noget hjælp hele vejen rundt [i kommunen]. Fordi mit livsstils tilbud er jo både med kost og motion, og det er normalt opdelt de to ting, og det har gjort det svært for mig at få det til at hænge sammen, fordi så skal du ét sted hen for at få vejledning til kost, og du skal et andet sted hen for at få vejledning til motion. Jeg synes, det giver god mening at samle det, som man gør her".

**Kvinde 32 år:** "Det giver noget helt andet at skulle ringe til lægen, fordi man føler, at man stjæler noget tid, at det ikke er så vigtigt. Man ved jo godt, hvad man skal gøre, og man ved det jo godt, når man er overvægtig, men... der er jo lidt skam over at skulle ringe til lægen og sige: "ved du hvad, jeg har godt nok taget lidt for meget på". Man føler ikke, at det er så vigtigt, men det er det jo... Det bliver i hvert fald vigtigt, hvis ikke man ændrer det".

**Kvinde, 48 år:** "Der var jo klart bedre tid [hos kommunen]. Hos lægen føler du næsten, at du sidder ude på kanten af stolen. Det er jo bare om at komme ud i en fart, fordi venteværelset er fyldt. Og det kan jeg også sagtens forstå, at der er nogen, der står med større problemer, end vi måske gør. Så det var rart at komme ind [til sundhedscenteret] og mærke, at der blev lyttet. Der var ro. Altså, [kommunens sundheds tilbud] er en super kontrast [til lægen], fordi der er nogle ting, hvor lægerne er presset nok i forvejen, som måske kunne rykkes ud, hvor der var bedre tid til at lytte til, hvad det egentlig er, der trykker".

**Mand, 41 år:** " [At snakke sundhed med sundhedscenteret frem for lægen], det har jeg det faktisk rigtig, rigtig godt med. Det vil jeg faktisk hellere, fordi jeg jo føler, at jeg bruger min læge til ting, der handler om sygdom, og jeg føler jo ikke, at det her er decideret sygdom. Det er mere retningslinjer indenfor en bestemt retning, og så vil jeg da hellere snakke med nogen, som er mere specialiseret i dét end en læge som, ja, de ved jo mange ting, men som jo går i mange retninger. Jeg vil da hellere tale med en diætist, der har meget mere styr på den retning, forestiller jeg mig i hvert fald, end lægen, der måske ikke lige sætter sig så meget ind i det, som diætisten ville gøre".

## Kommunen

Blandt ledere og koordinatore er der bred enighed om, at TOF-projektet kan være med til at synliggøre overfor lægerne, at kommunerne er en seriøs samarbejdspartner, og at "kommunerne kan andet og mere end bare KRAM-indsatser". Forebyggelse og sundhedsfremme er sundhedscentrenes eksistensgrundlag, og der eksisterer erfaringer, kompetencer, arbejdsmetoder og viden, som med fordel kan bidrage (endnu mere) til lægernes arbejde og til forskningen.

Ifølge lederne er kommunens rolle overordnet set at skabe rammerne for og understøtte, at borgerne kan træffe sunde valg. En koordinator understreger, at i modsætning til regionen, er det en fordel, at kommunerne rent geografisk er tættere på borgerne, også i forhold til samarbejde mellem kommunens forvaltninger og i forhold til netværk til lokale foreninger og frivillige aktører. Kommunerne har en central rolle i forhold til at hjælpe borgerne i gang med deres livsstilsændringer og guide dem videre. Derfor er det også kommunens "specielle opgave" at have overblik over relevante kommunale, private, frivillige og foreningsmæssige tilbud. En leder fremhæver, at kommunen som forebygger netop kan supplere sundhedsvæsenet med en anden og bredere vinkel på det trivselsmæssige og det sociale fremfor den behandlerkultur, som borgerne typisk møder på sygehusene (og hos lægen).

De kommunale ledere betoner, at kommunernes interesse i at holde borgerne sunde og raske både er økonomisk funderet, men i høj grad også livskvalitetsfunderet – og funderet i et ønske om at skabe en holistisk indsats, der går ud over individfokusset. I kommunerne er der en oplevelse af, at den store tilslutning af gule borgere, der ønsker at blive kontaktet, viser, at der er en efterspørgsel herefter, og at borgerne begynder at se kommunen som en vigtig medspiller i forhold til deres sundhed.

### Sagt om Kommunen som forebygger

**Leder, Varde Kommune:** "Vi har en interesse i at holde vores borgere så sunde og så raske, så længe som muligt. Både ud fra et økonomisk blik, men også ud fra et livskvalitetsblik. Og det er i virkeligheden ikke kun rettet mod den enkelte patient eller borger. Det er mod hele familien og hele livssituationen, forsørgelsesgrundlag, børn osv. Så i virkeligheden har det store implikationer for hele familien, befolkningen, kommunen; både økonomisk og livsstilmæssigt. Tingene hænger jo sammen".

**Leder, Varde Kommune:** "Vi er jo tættere på [end regionen], på en helt anden måde. Vi kører vi fx et projekt med overvægtige børn, og nogle gange så kan vi fastholde nogle børn ved os, hvor de fravælger sygehusdelen. Der er jo langt ind til Esbjerg, og derinde møder man jo en behandlerkultur, hvor det måske ikke altid er dét, man som forældre til et barn, der har nogle problematikker, har behov for. Så derfor synes jeg, at vi nogle gange kan supplere sundhedsvæsenet med en anden vinkel, hvor vi måske mere har den her trivsel eller sociale vinkel".

**Koordinator, Varde Kommune:** "I de forløb, hvor vi har et tæt samspil med almen praksis omkring borger, så understøtter indsatserne hinanden. Og det er også dér, vi synes, at vi nogle gange når lidt længere, fordi så tager egen læge også en tovholderrolle nogle gange i forløbet. Og vi kan fortælle lægerne noget, de kan bruge, og de kan fortælle os noget, vi kan bruge i forhold til de forløb, vi har. Det giver rigtig god mening".

**Leder, Haderslev Kommune:** "Når borgeren er på sygehuset, så er fagpersonalet kortvarigt på besøg i deres liv. Resten af livet, havde jeg nært sagt, er jo alt det andet, og det er dét, hvis vi er dygtige, at vi forhåbentlig kan blive en lille del af. Jeg siger ikke, at alle borgere skal have et kommunalt tilbud. Slet ikke. Men et kommunalt tilbud kan jo også være at blive henvist til noget andet, altså noget frivilligt, noget foreningsmæssigt, noget privat. Og der har vi faktisk en ganske vigtig rolle i forhold til at kunne guide borgeren videre".

## Opsamling: Anbefalinger og læringspunkter

I det følgende opsummerer vi evalueringens væsentligste fund og præsenterer en række centrale anbefalinger og læringspunkter til justering og forbedring af TOF-projektet som helhed. Herefter præsenterer vi en række praktiske læringspunkter, som blandt andet er baseret på informanternes forslag til forbedringer af projektet.

### Implementeringen af TOF-projektet i almen praksis

Evalueringen viser, at lægerne generelt ser et behov for opsporing, men at deres forventninger til *hvem* TOF-projektet skal opspore er vidt forskellige fra de røde borgere, de rent faktisk ser. Blandt lægerne eksisterer der en opfattelse af, at "de rigtige" røde borgere er mindre ressourcestærke borgere, som ikke ellers kommer til lægen. De røde borgere, som kommer i forbindelse med TOF, synes derimod at være socioøkonomisk ressourcestærke borgere, hvis motivation for deltagelse generelt er betinget af deres alder (50+) og af muligheden for at få en helbredsundersøgelse (og forventningen om et generelt helbredstjek), snarere end af deciderede bekymringer for deres sundhed og livsstil.

I helbredssamtalen bærer lægernes motivationsarbejde præg af en antagelse om, at de røde borgere allerede er motiverede for livsstilsændringer i kraft af deres deltagelse i projektet, og at dét lægen siger i sig selv motiverer til forandring.

Evalueringen peger dog på, at lægernes brug af sundhedsmappens motivationsredskaber, herunder målsætning og skalerings spørgsmål, ikke i sig selv virker motiverende på de røde borgere – heller ikke i de tilfælde, hvor lægen og borgeren kender hinanden godt. Derimod har det betydning, om borgeren på forhånd er motiveret, og i hvor høj grad lægen anvender en sundhedspædagogisk tilgang i samtalen og fx stiller åbne spørgsmål til borgerens livsstil og hverdag og lader borgeren selv fortælle om ønsker og behov for forandring. Samtidig har borgernes opfattelse af lægen som *behandler* af sygdom og problemer, som man ikke selv kan gøre noget ved, betydning for deres forventninger til lægens indsats.

Derudover viser evalueringen, at lægernes primære fokus på kliniske aspekter og vejledning i forhold til risikofaktorer ikke altid matcher borgernes mere konkrete behov for praktiske og individuelt tilrettelagte handleanvisninger i

forhold til livsstilsændringer. Endelig har det betydning for borgernes oplevelse og vurdering af helbredssamtalen, i hvor høj grad lægen på forhånd har sat sig ind i borgerens helbredsmæssige situation, og at lægen anvender sundhedsmappen i samtalen uden, at det bliver en stringent gennemgang af borgerens sundhedsprofil.

På denne baggrund anbefales TOF-projektet fremadrettet at være særlig opmærksom på følgende:

- **Den reaktive metode**, hvor borgerne selv skal kontakte almen praksis, har formentlig indflydelse på, hvem der tager imod tilbudet. Det anbefales derfor at TOF-projektet tydeliggør overfor lægerne, *hvem* den forventede målgruppe er og ikke er. Derudover anbefales det også at være opmærksom på, hvem TOF-projektet udelukker ved de valgte metoder (mindre ressourcestærke borgere), og hvem det særligt tiltrækker (overvejende ressourcestærke mænd).

- **Kommunikationen** omkring tilbuddet i almen praksis får mange (overvejende mandlige) borgere til at forvente, at de får et overordnet helbredstjek, hvor de kan få en snak om generelle helbredsproblemer og -bekymringer fremfor om livsstilsændringer. TOF kan med fordel overveje ordvalget i "*helbredssamtalen*" og i tilbagemeldingen mere detaljeret oplyse de røde borgere om, hvad formålet med samtalen er.
- **Spørgeskemaoplysningerne** indfanger ikke alt – og heller ikke altid dét, der er relevant for borgeren. I tilfælde, hvor lægen ikke spørger udover disse oplysninger, er der en tendens til, at det påvirker helbredssamtalens forløb og kvalitet negativt, fordi borgeren ikke får lov til at uddybe og nuancere sin situation, behov og motivation. Det anbefales, at TOF-projektet er opmærksom på dette i den fremtidige introduktion til, hvordan spørgeskemaoplysningerne kan anvendes i praksis.
- **Lægernes motivationsarbejde** i helbreds-samtalen bærer generelt præg af manglende prioritering og opfattelse af behov hos borgeren og utilstrækkelig anvendelse af motivationsredskaberne (målsætning og skalerings spørgsmål) i praksis. TOF-projektet kan med fordel vejlede og efteruddanne lægerne i, hvordan de kan håndtere motivationsarbejdet, hvis ambitionen er, at lægerne skal kunne motivere og rådgive borgerne i forhold til livsstilsændringer.
- **Lægens rolle som forebygger** udspiller sig i en kontekst, hvor både læger og borgere har særlige forudfattede opfattelser af, forventninger til og erfaringer med, at lægen er en travl behandler. Denne kontekst er vigtig at være opmærksom på i planlægningen og udførelsen af det fremtidige TOF-projekt.

## Implementeringen af TOF-projektet i kommunerne

Evalueringen viser, at medarbejdere og ledere har en positiv opfattelse af TOF-projektets relevans for sundhedscentrenes forebyggelsesarbejde – og for borgernes kendskab hertil. Særligt projektets metoder til at opspore de gule borgere har potentiale; både spørgeskema og telefonsamtale kan ses som interventioner i sig selv, og hermed mere end blot en opsporende indsats.

Spørgeskemaet fungerer som en selvevaluering, der øger borgernes bevidsthed omkring deres egen adfærd og sundhedstilstand. Som selvevaluering kan spørgeskemaet udløse motivation hos borgerne – og i nogle tilfælde også afledte handlinger – allerede inden kommunerne tager kontakt. Den opsøgende og proaktive tilgang i telefonsamtalen, hvor medarbejderne ringer borgerne op, har særligt metodisk potentiale, når det gælder om at komme i kontakt med borgere, som ikke selv ville have kontaktet kommunen. Med telefonsamtalen kommer kommunerne i kontakt med mindre ressourcestærke borgere, set i forhold til de røde borgere, og (yngre) mænd, som er en målgruppe, der ellers er svære for kommunerne at nå. Samtidig fungerer telefonsamtalen som en screening af de gule borgere i forhold til sundhedssamtalen, og i særlige tilfælde også som "positiv kontrol" til borgere,

som efterspørger støtte og opfølgning i forhold til deres livsstilsændringer.

Sundhedssamtalen er velkendt for medarbejderne, der er vant til at holde lignende motivationssamtaler. I motivationsarbejdet lægger medarbejderne vægt på en helhedsorienteret og sundhedspædagogisk tilgang, hvor de åbent, nysgerrigt og med god tid spørger ind til hele borgerens situation. Evalueringen indikerer, at sundhedsmappen kan komme til at overskygge denne tilgang, hvis medarbejderen bliver for styret af sundhedsmappens struktur, herunder målsætning og handleplan. De gule borgere, der har været til sundhedssamtale, har generelt en positiv oplevelse af kommunen som forebygger og "sundhedsudbyder". De oplever tid, nærvær, forståelse og at få hjælp og vejledning, der forholder sig til deres specifikke situation og behov.

Evalueringen peger på, at det har betydning for borgernes oplevelse og vurdering af sundhedssamtalen, at kommunens medarbejdere, i modsætning til lægen, ikke primært ser på de kliniske problematikker, men på dét, der ligger bag, og på de handlinger, der konkret kan hjælpe borgerne videre fremadrettet og omsætte motivationen til praksis.

På denne baggrund anbefales TOF-projektet fremadrettet at være særlig opmærksom på følgende:

- **Den proaktive metode**, hvor kommunens medarbejdere kontakter borgerne, har formentlig indflydelse på, at indsatsen også opsporer borgere med mindre initiativ og overskud i hverdagen og socioøkonomisk mindre ressourcestærke borgere. For at metoden fungerer i praksis, anbefales det, at TOF i samarbejde med kommunerne udvikler en procedure for, hvordan medarbejderne kan håndtere de praktiske og organisatoriske udfordringer, som metoden også afstedkommer. Disse beskrives nærmere nedenfor i afsnittet "Praktiske læringspunkter".
- **Spørgeskemaet** er med til at gøre borgerne bevidste om deres egen situation, men oplysningerne er samtidig en reduktion af deres liv. Derfor kan det ikke stå alene, og den menneskelige kontakt og nuanceringerne, der finder sted i telefonsamtalen og sundhedssamtalen, er essentiel for både borgere og medarbejdere. Medarbejdere og ledere ser desuden potentialer i spørgeskemaet og selvevaluering som metode – også i forhold til deres sundhedsfremmende arbejde fremadrettet.

- **Kommunens motivationsarbejde** bliver taget positivt imod af de gule borgere, der har været til sundhedssamtale. På baggrund af kommunernes ambition om en holistisk indsats foreslås det, at TOF-projektet i større grad tænker borgernes ægtefælle/partner/netværk med ind i den kommunale forebyggende indsats, eftersom borgerne i høj grad giver udtryk for, at denne opbakning spiller en positiv rolle for både motivation og fremadrettet handling.
- **Kommunernes rolle som forebygger** er både under implementering og udvikling. TOF-projektet passer godt ind i kommunernes dagsorden; både i forhold til at udvikle metoder til tidlig opsporing; at udbrede borgernes kendskab til sundhedscentre; og i forhold til at styrke samarbejdet med almen praksis.



## Praktiske læringspunkter

I det følgende præsenteres en række praktiske læringspunkter og anbefalinger til justeringer af TOF-projektet, som borgere, læger, sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i kommunerne har fremhævet i interviewene. Læringspunkterne relaterer sig til evalueringsspørgsmålene.

### Spørgeskema

- Det anbefales, at projektgruppen bag TOF giver læger og sundhedsfaglige medarbejdere mulighed for at udfylde spørgeskemaet som en introduktion for dermed at opnå en bedre indsigt i, hvilke spørgsmål borgerne besvarer, og hvordan de kategoriseres i risikogrupper. De sundhedsfaglige medarbejdere fremhæver, at en sådan mulighed vil give dem en bedre forståelse for borgernes udgangspunkt for telefon- og sundhedssamtalen.
- Det anbefales, på baggrund af efterspørgslen fra flere gule og enkelte røde borgere, at inkorporere en højt-læsningsfunktion i spørgeskemaet/sundhedsmappen som hjælp til ordblinde og andre.
- Motivationskemaet/balanceskemaet: En stor del af borgerne har ikke forberedt sig via dette skema. De fleste er ikke klar over, hvad det er, eller også har de kun udfyldt det delvist. Flere læger udtrykker samtidig forvirring over, at borgeren ikke har udfyldt det. Det foreslås derfor, at TOF-projektet overvejer, hvordan der kan kommunikeres tydeligere om muligheden for at udfylde dette skema og formålet hermed. Derudover anbefales det at foretage en tilpasning/forenkling af skemaet. Det er vurderingen blandt flere borgere, at spørgsmålene minder meget om hinanden, hvilket gør det "irriterende" og "demotiverende" at udfylde. Enkelte fremhæver, at det er u hensigtsmæssigt, at de samme spørgsmål gentages for hver risikofaktor – for borgeren hænger faktorerne ofte sammen (fx motion og at tabe sig).
- Spørgsmål vedrørende rygning: Røde borgere anbefaler, at der tilføjes et tidsperspektiv til spørgsmålene, således at man får mulighed for at udfylde, *hvornår* man er stoppet med at ryge. Flere borgere fremhæver det som problematisk, at systemet antager, at de ryger, selvom de har været stoppet i flere årtier.
- Spørgsmål vedrørende motion: Borgere efterspørger mere nuancerede svarmuligheder, hvor fx motion i løbet af arbejdsdagen og det at vandre kan passe ind.
- Spørgsmål vedrørende arv: Læger påpeger, at flere af de borgere, der kategoriseres som røde på grund af arvelig disponering, ikke reelt er i risiko. Borgerne er ikke nødvendigvis opmærksomme på aldersgrænsen på 70 år, og derfor udfylder de skemaet, som om de er i risiko, selvom deres forælder eksempelvis døde af en blodprop som 80-årig. Det anbefales at overveje, hvordan spørgsmålene kan tydeliggøre den arvemæssige sammenhæng med alder, så borgerne udfylder spørgsmålene korrekt.

### Tilbage melding

- Borgerne oplever det generelt som positivt, at tilbage meldingens illustrationer ikke kun peger på det negative, men også giver "ros" for dét, borgeren allerede gør godt. TOF-projektet kan således med fordel bevare tilbage meldingens fokus på både sunde og mindre sunde vaner.



- Sundhedsfaglige medarbejdere anbefaler, at tilbagemeldingen, der opfordrer borgerne til at blive kontaktet af kommunen, i højere grad er konkret og handlingsorienteret, så borgerne ved, *hvad* formålet med telefonsamtalen er. Medarbejderne foreslår eksempelvis: "Ønsker du at lave livsstilsændringer, så kan du blive ringet op af en sundhedskonsulent", eller "Ønsker du hjælp til selv at lave livsstilsændringer, så kan du blive ringet op af en sundhedskonsulent".
- I tilbagemeldingen bliver røde borgere bedt om at kontakte egen læge. En borger påpeger, at der kan opstå et problem i forhold til at komme til helbredsundersøgelse hos sygeplejersken, når borgerne (gør som de plejer og) bestiller tid hos lægen over lægens hjemmeside uden at oplyse, at de er med i TOF. Tilbagemeldingen kan derfor med fordel opfordre røde borgere til fx at bestille tid pr. telefon til en TOF-helbredsundersøgelse – eller der kan laves en anden teknisk løsning på problemet.

### Kategoriseringen af borgere i risikogrupper

- Det er almen praksis' og kommunernes klare anbefaling, at der foretages en justering af algoritmen og dermed af stratificeringen af borgere i risikogrupper – men af forskellige grunde. Lægerne oplever generelt, at algoritmen ikke er nøjagtig nok i forhold til at nå den i deres øjne "rigtige" målgruppe. De ønsker en justering – en 'opstramning' – så de ikke får, hvad de anser for irrelevante borgere ind. Sundhedsfaglige medarbejdere og ledere i kommunerne ser derimod et behov for en 'opblødning' af algoritmen, således at man ikke kategoriseres som gul borger, fordi man eksempelvis spiser et stykke mørk chokolade dagligt. Medarbejdere og ledere anbefaler, at algoritmen justeres, så den stemmer bedre overens med deres virkelighed, og som en TOF-koordinator udtrykker det: "så borgerne ikke bliver skræmt væk og tænker: 'sådan noget med sundhed, det gider vi slet ikke'".

### Sundhedsmappen

- På baggrund af sundhedsfaglige medarbejders efterspørgsel anbefales det at give en mere grundig introduktion til, *hvordan* sundhedsmappen bruges i praksis og til, hvordan medarbejderne skal udfylde felterne i borgerens sundhedsmappe – også for at undgå bias og sikre ensretning i de data, som TOF-projektet fremadrettet skal bruge i forskningsøjemed.
- De sundhedsfaglige medarbejdere vurderer generelt, at sundhedsmappen er et godt og brugbart værktøj i forberedelsen til telefonsamtalen og sundhedssamtalen. Men de fremhæver også, at sundhedsmappen ikke er gearret til de praktiske udfordringer, som de oplever i forbindelse med telefonsamtalen – eksempelvis at det er besværligt at bruge sundhedsmappen i de tilfælde, hvor borgeren ikke har været at træffe første gang, og medarbejderen derfor skal forberede sig på den samme borger flere gange. Sundhedsmappen overflødiggør således ikke det håndskrevne notat, idet flere medarbejdere ender

med at skrive noter på papir for at få overblik over borgerens situation, som de hurtigt (og gentagne gange) kan sætte sig ind i. Medarbejderne fremhæver desuden, at de har haft behov for at skrive notater for at kunne beslutte, hvorvidt borgeren skal have en sundhedssamtale eller ej, og om borgerens andre, ikke KRAM-relaterede problemstillinger. Medarbejderne efterspørger derfor et samlet forberedelsesfelt i sundhedsmappen, hvori de kan skrive deres noter om borgeren.

- Sundhedsfaglige medarbejdere efterspørger flere svarmuligheder i sundhedsmappen, fx "ved ikke"; "ikke relevant"; "har forsøgt at ringe"; "ikke mødt op"; og "opfølgning pr. telefon". Nogle medarbejdere foreslår, at hvis de havde mulighed for at sætte kryds i "har forsøgt at ringe", så kunne borgeren automatisk modtage en mail herom samt et telefonnummer, som vedkommende kunne ringe tilbage til.
- Sundhedsfaglige medarbejdere har oplevet, at nogle gule borgere er udeblevet fra sundhedssamtalen. De foreslår derfor, at borgerne kan modtage en påmindelse med dato og tidspunkt for sundhedssamtalen via sundhedsmappen, fx i forbindelse med at medarbejderne udfylder den afsluttende audit.

- Ikke alle læger er klar over, at de kan bruge sundhedsmappen til at få kommunens sundhedstilbud frem. Flere går gennem sundhed.dk, som de plejer. Det anbefales derfor at give lægerne en grundigere introduktion til sundhedsmappens forskellige muligheder.
- En praktisk udfordring i de helbredssamtaler, hvor lægen aktivt og hyppigt har brugt sundhedsmappen, har været borgerens uensigtsmæssige placering i forhold til skærmen. Borgerne har ofte skulle dreje, vride, rejse sig, have fat i briller osv. for at kunne se skærmen. Hvis man ønsker at bruge sundhedsmappen som et aktivt værktøj i samtalen, er det således vigtigt at være opmærksom på, at borgeren uhindret kan se og følge med på skærmen.
- Generelt har borgerne ikke lagt mærke til, at de selv kan finde informationer og gode råd i sundhedsmappen og på den måde bruge den aktivt. De lader ikke til at bruge sundhedsmappen til andet end at se deres tilbagemelding på spørgeskemaet. Det anbefales derfor at gøre borgerne grundigere opmærksom på sundhedsmappens forskellige muligheder.

### Telefonsamtalen i kommunen

- I kommunerne er der enighed om, at det i fremtidige projekter som TOF er nødvendigt at prioritere tid forud for projektstart til at skabe gode arbejdsgange, fx i forhold til telefonsamtalen. Medarbejderne beskriver projektets opstart og henvisning af gule borgere som meget stressende og tidskrævende. Fx oplever de det som ufleksibelt og presset at skulle nå at ringe borgerne op på bestemte tidspunkter inden for syv dage. Begge kommuner har derfor undervejs løst proceduren herfor. Derudover problematiserer medarbejderne den manglende procedure for at ringe forgæves. Det beskrives som tidskrævende og frustrerende at sætte sig ind i borgerens sundhedsprofil og ringe forgæves gentagne gange. Undervejs har begge kommuner besluttet, at medarbejderne ringer en til to gange, hvorefter de lægger en besked på telefonsvaren om, at borgeren kan ringe tilbage. Dog kan der opstå et forberedelsesproblem, når borgeren ringer tilbage på et vilkårligt tidspunkt, og medarbejderen er uforberedt eller ikke har vedkommendes sundhedsprofil foran sig. De praktiske udfordringer gør, som tidligere nævnt, at sundhedsmappen bliver besværlig at bruge.

Disse erfaringer og udfordringer er særdeles vigtige at videreformidle til kommende kommunale deltagere i TOF-projektet, således at de inden projektstart kan implementere de arbejdsgange, som i pilotprojektet har vist sig brugbare.

- Medarbejdere beskriver, at telefonsamtalens længde på 15 minutter er kort tid, og at det kan føles som et pres at skulle nå at informere om sundhedscentret, screene borgeren, lave en konkret plan og spørge grundigt ind til borgerens motivation og målsætning. Samtidig beskrives det som svært eller akavet at samtale uden øjenkontakt og kropssprog, fx hvis borgeren har sproglige vanskeligheder. Desuden kan det føles svært at have en længere samtale, når man sidder på et åbent kontor, hvor der er forstyrrelser, og kollegaerne kan følge med. Telefonsamtalen er en anden måde at arbejde på, som kræver træning. Derfor anbefales det, at disse udfordringer videreformidles til kommende TOF-kommuner. Derudover anbefales det, at TOF i højere grad tilpasser sundhedsmappens krav til telefonsamtalen, så medarbejderne ikke oplever, at de er nødt til at gå på kompromis med deres faglighed i samtalen for at kunne udfylde sundhedsmappen korrekt.
- Flere borgere efterspørger telefonisk opfølgning, heriblandt en del mænd. Medarbejderne ser et generelt behov for andre typer af opfølgning end en decideret sundhedssamtale. Det kan fx være opfølgning via telefon, skype eller e-mail, hvilket især vil være relevant for borgere på arbejdsmarkedet. Dette læringspunkt vedrører i højere grad sundhedscenterets generelle arbejde snarere end TOF-projektet, om end det i forhold til det fremtidige kommunale borgerforløb i TOF kunne overvejes at afprøve forskellige typer af opfølgning.
- Kommunikation omkring tilbuddet i kommunen kan med fordel skærpes, så de borgere, der takker ja til, at kommunen kan ringe dem op, får en klar opfattelse af, *hvad* formålet med telefon- og sundhedssamtalen er, og hvad de kan forvente af kommunens tilbud. På den måde kan medarbejderne i højere grad undgå at ringe uinteresserede borgere op.

## Organisering i almen praksis

- I en praksis, hvor læge og sygeplejerske arbejder tæt sammen, har de undervejs besluttet, at hvis prøver og målinger foretaget i helbredsundersøgelsen viser, at borgeren er sund og rask, så ringer eller mailer sygeplejersken resultaterne til borgerne i stedet for, at lægen skal afholde en helbredssamtale. Denne arbejdsgang kan med fordel udvikles og implementeres i kommende TOF-lægepraksisser.
- Det anbefales, at den fremtidige organisering af indsatsen i almen praksis i højere grad giver plads til det motivationsarbejde, som det er tiltænkt, at helbredssamtalen skal indeholde. TOF-projektet kan med fordel overveje efteruddannelsesaktiviteter, og fx korte videoer, der efteruddanner læger og sygeplejersker i motivationsarbejde. Enkelte læger og røde borgere overvejer, om motivations samtalen er en arbejdsopgave, som sygeplejersken i højere grad skal involveres i.

## TOF-sekretariatet

- Ledere, koordinatore og medarbejdere i kommunerne udtrykker generelt stor ros til TOF-sekretariatet, der beskrives som imødekommende, lydhøre, velforberedte og kompetente. Der udtrykkes endvidere stor tilfredshed med den tekniske hjælp til sundhedsmappen og med de udsendte nyhedsbreve.
- Læger udtrykker ligeledes generel tilfredshed med TOF-sekretariatet og deres tilgængelighed. De oplever det som positivt og brugbart, at sekretariatet tager ud i almen praksis og vejleder. Enkelte læger efterspørger dog, at TOF-sekretariatet i opstartsfasen tager kontakt til almen praksis for at sikre, at projektets IT-mæssige del fungerer.
- En leder og en koordinator i en kommune fremhæver, at det er ærgerligt, at der går så lang tid fra pilotprojektets afslutning til stor-skalaprojektets start. Dette beskrives blandt andet som uhenigtsmæssigt i forhold til samarbejdet med lægerne. Samtidig fortæller lederen og koordinatoren, at det ikke kan undgås, at de "kommer til at overhale projek-

tet lidt indenom", og at de ikke vil sætte deres praksis i stå, når metoden med spørgeskema og telefonsamtale har vist sig så brugbar og meningsfuld.

## Introduktionsdagen

- En leder og en koordinator fremhæver vigtigheden af, at der sker en koordinering af, hvem der siger hvad med henblik på at undgå oplevelser af, at ens oplæg er overflødigt. I forhold til en fremtidig introduktion til TOF-projektet anbefales det derfor at foretage en bedre koordinering af introduktionsdagens oplæg.
- En leder og en koordinator finder det uhenigtsmæssigt, at den kvalitative evalueringsdel blev præsenteret på introduktionsdagen uden at have været omtalt tidligere i projektets introducerende materiale. De beskriver det som et "fejltrin" og som "ikke helt fair" overfor lægerne at præsentere en ny vinkel, som de ikke havde haft mulighed for at overveje eller diskutere på forhånd. Det anbefales, at hele evalueringen af TOF-projektet indtænkes og præsenteres i projektets introducerende materiale på lige fod med projektets øvrige elementer.

- Generelt er lægerne positive omkring dagen, men flere beskriver, at de primært fik noget ud af de mere praktiske og tekniske informationer omkring TOF-projektet. Fx beskriver en læge det som overflødigt at blive introduceret til kommunernes tilbud, som de allerede kendte til.
- Sundhedsfaglige medarbejdere beskriver, at de efter introduktionsdagen følte sig godt klædt på til TOF-projektet. Alligevel blev de overraskede over projektets mange praktiske startvanskeligheder, fx i forhold til "borger-boblen", udefinerede arbejdsgange, udfyldning af sundhedsmappen etc. TOF-projektet vil i forbindelse med en fremtidig introduktionsdag med fordel kunne præsentere erfaringerne fra pilotprojektet med henblik på at klæde projektets deltagere endnu bedre på til projektstart.