

Tidlig Opsporing og Forebyggelse

En Kvalitativ Evaluering af Sundhedsmappen

Troels Mønsted

Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet
monsted@ruc.dk

Tidlig Opsporing og Forebyggelse:

En Kvalitativ Evaluering af Sundhedsmappen

Troels Mønsted

Copyright © 2020

Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet

Roskilde Universitet

Universitetsvej 1,

4000 Roskilde

www.ruc.dk

Indhold

0 RESUMÉ	4
1 BAGGRUND	5
1.1 TIDLIG OPSPORING OG FOREBYGGELSE	5
1.2 SUNDHEDSMAPPEN	6
2. OM UNDERSØGELSEN	7
2.1 UDFORDRINGER FOR IT-STØTTE FOR INTERAKTION MELLE SUNDHEDSPROFESSIONELLE	7
2.2 FORMÅL MED UNDERSØGELSEN	8
3. METODE OG DATA	8
3.1 TILGANG	8
3.2 DELTAGERE.....	9
3.3 DATAINDSAMLING.....	9
3.4 ANALYSE	10
4. RESULTATER	10
4.1 INDRULLERING I TOF	11
4.2 INDSAMLING AF INFORMATION OM LIVSSTIL	13
4.3 ADGANG TIL BORGERENS RISIKOPROFIL	15
4.4 ANVENDELSE AF SUNDHEDSMAPPEN I FORBINDELSE MED HELBRED UNDERSØGELSER OG -SAMTALER	17
5. KONKLUSIONER OG UDFORDRINGER FREMADRETTET: OPFYLDER SUNDHEDSMAPPEN DEN TILTÆNKTE ROLLE?	21
5.1 OPSUMMERING AF RESULTATER	21
5.1.1 <i>Borgere</i>	21
5.1.2 <i>Læger og praksispersonale</i>	23
5.1.3 <i>Kommunale sundhedsprofessionelle</i>	23
5.2 SAMLET VURDERING OG UDFORDRINGER FREMADRETTET	24

0 Resumé

Denne rapport præsenterer resultaterne af en kvalitativ evaluering af i IT-understøttelsen (herefter omtalt som Sundhedsmappen) for projekt Tidlig Opsporing og Forebyggelse (herefter omtalt som TOF). Evalueringen lægger i særlig grad vægt på hvorvidt Sundhedsmappen udfylder den tiltænkte funktion for de samlede TOF-forløb og hvorvidt anvendelsen og den information som præsenteres er meningsfuld for brugerne, herunder borgere, læger og praksispersonale og kommunale sundhedsmedarbejdere. Evalueringen er udført som et kvalitativt feltarbejde gennemført under pilotimplementeringen af TOF i perioden maj-august 2019 i Haderslev og Middelfart Kommune. Som led i undersøgelsen er der gennemført interviews med borgere (13), praktiserende læger (2), praksispersonale (2) og kommunale sundhedsprofessionelle (3). I tillæg er der gennemført observationer af 2 helbredsamtaler hos praktiserende læger, og 3 borgere er blevet besøgt i deres eget hjem.

Overordnet konkluderer evalueringen følgende: 1) Sundhedsmappen understøtter i tilfredsstillende grad indsamling af den helbredsinformation og sundhedsdata, som er nødvendig for at gennemføre en præcis stratifikation af borgerne. Specifikt oplever hovedparten af borgerne at spørgeskemaet er forståeligt og meningsfuldt. Dog indikerer undersøgelsen at dette forudsætter at borgeren har en moderat til god forudgående forståelse for de underliggende faktorer som definerer en sund livsstil. Desuden oplever flere borgere at spørgeskemaet i begrænset omfang gør det muligt at udtrykke nuancer omkring eget helbred, mens et mindretal af borgerne oplever at spørgsmålene er vanskelige at forstå og besvare. 2) Sundhedsmappen understøtter i i tilfredsstillende grad borgere og sundhedsprofessionelle i at skabe overblik over borgerens risikoprofil. For nogle borgere kan denne information dog være overraskende eller forvirrende, i tilfælde hvor årsagen til eventuelle risici som påpeges ikke er i overensstemmelse med deres forudgående indtryk af egen risikoprofil.

Evalueringen påpeger to områder som bør adresseres i en eventuel fortsat udvikling af Sundhedsmappen. 1) Borgeres erfaringer og oplevelse af TOF generelt og Sundhedsmappen specifikt påvirkes i høj grad af deres generelle sundhedskompetence og tidligere erfaringer med det almenpraktiserende og kommunale sundhedsvæsen. I den fortsatte udvikling af Sundhedsmappen bør det derfor prioriteres i særlig grad at forbedre anvendeligheden for borgere med lav sundhedskompetence, for på den måde at styrke deres adgang til det forebyggende sundhedsvæsen. 2) På trods af at der fra både sundhedsprofessionelles og borgeres side udtrykker generel tillid til præcision af den risikoberegning som formidles gennem Sundhedsmappen opleves der både i kommunerne og almen praksis at der skabes kontakt til mange borgere som kun har begrænset behov for deres assistance. Det bør derfor overvejes at justere på tærsklen for hvornår borgere henvises til hhv. egen læge og et kommunalt sundhedscenter.

1 Baggrund

1.1 Tidlig Opsporing og Forebyggelse

Projekt Tidlig Opsporing og Forebyggelse (TOF) er et forsknings- og udviklingsprojekt baseret på et samarbejde mellem Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, Region Syddanmark, Praktiserende Lægers Organisation Syddanmark, samt 10 kommuner i Region Syddanmark. Formålet med TOF er at udvikle, afprøve og dokumentere anvendeligheden af en intervention som muliggør tidlig opsporing af borgere med usund livsstil og heraf forhøjet risiko for at udvikle livsstilsrelateret sygdom. Baseret på denne opsporing vil der tillige tilbydes forebyggelsesforløb hos enten egen læge eller på et kommunalt sundhedstilbud.

Som led i TOF bliver borgere fra deltagende kommuner og praktiserende læger tilbudt deltagelse i interventionen. Borgerne vil herefter udfylde et spørgeskema som har til formål at afdække risikoadfærd. Gennem deres deltagelse giver borgerne samtidig tilladelse til at der kan anvendes sundhedsoplysninger fra den elektroniske patientjournal hos deres praktiserende læge for at estimere deres risiko for at udvikle livsstilsrelateret sygdom.

På baggrund af disse sundhedsoplysninger stratificeres deltagende borgere i 4 risikogrupper ved hjælp af evidensbaserede risikoestimeringsmodeller:

- Gruppe 1 (lilla): Borgere med allerede diagnosticeret kronisk sygdom. Disse tilbydes ikke yderligere livsstilsforløb da de antages allerede at være kendte af sundhedsvæsenet.
- Gruppe 2 (rød): Borgere med forøget risiko for livsstilssygdom. Disse tilbydes helbredsundersøgelse og -samtale samt eventuelt livsstilsforløb hos egen læge.
- Gruppe 3 (gul): Borgere med risikoadfærd. Disse tilbydes sundhedssamtale og eventuelt livsstilsforløb hos et kommunalt sundhedstilbud.
- Gruppe 4 (grøn): Borgere med lav risiko for livsstilssygdom. Disse tilbydes ikke yderligere livsstilsforløb.

Borgernes risikoprofil beregnes og formidles til borgerne selv samt relevante sundhedsprofessionelle gennem den digitale platform Sundhedsmappen (se afsnit 1.2).

TOF-interventionen er blevet afprøvet gennem to pilotimplementeringer i 2016 (Varde og Haderslev Kommune) og 2019 (Haderslev og Middelfart kommune). Denne rapport præsenterer en kvalitativ analyse udarbejdet som led i seneste pilotimplementering i 2019.

Yderligere oplysninger om TOF-projektet kan findes på: <http://www.projekt-tof.dk>

1.2 Sundhedsmappen

Sundhedsmappen er en digital platform udviklet til at understøtte borgernes indrapportering af helbredsoplysninger, beregning af risikoprofil, samt udveksling af information mellem borgere og sundhedsprofessionelle i almen praksis eller kommunen.

Sundhedsmappen er teknisk set en hjemmeside som er tilgængelig for brugerne via almindelige web browsers (eksempelvis Chrome, Safari og Firefox). Anvendelsen af Sundhedsmappen foregår gennem følgende trin:

1. Når borgeren har accepteret deltagelse i TOF-interventionen, bedes vedkommende indtaste oplysninger om egen sundhedsadfærd. Dette foregår gennem udfyldelse af et elektronisk spørgeskema som dækker kostvaner, rygning, alkoholvaner og fysisk aktivitet.
2. Ved accept af deltagelse i TOF giver borgeren samtidig tilladelse til at der foretages et udtræk af sundhedsdata fra egen læges elektroniske patientjournal.
3. På basis af al indsamlet data foretages en beregning af borgerens risikoprofil af en stratifikationsalgoritme. Denne algoritme er designet på baggrund af 4 risikoestimeringsmodeller: 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease Population Screener (COPD-PS)', 'Danish Diabetes Risk model', en modificeret variant af 'Heartscore BMI score' og 'Swedish National Guide- lines on Disease Prevention'.
4. Resultatet af stratificeringen præsenteres for borgeren i Sundhedsmappen. Dette kommunikeres gennem en kombination af tekst og visuelle elementer, som samlet set formidler typen af risiko samt årsagen til dette. Hvis borgeren stratificeres i risikogruppe 2 (rød) opfordres vedkommende til at bestille tid hos egen læge til helbredsundersøgelse og -samtale, alternativt at bede om opringning fra lægen. Hvis borgeren stratificeres i risikogruppen 3 (gul) kan vedkommende give tilladelse til at blive ringet op af en kommunal sundhedsmedarbejder, med henblik på at få vurdere behovet for et videre forløb i et kommunalt sundhedstilbud.
5. I det efterfølgende forløb kan Sundhedsmappen bruges til at få overblik over borgeren risikoprofil af alle brugergrupper. For de sundhedsprofessionelles vedkommende er det hensigten af Sundhedsmappen anvendes som forberedelse til de forskellige aktiviteter, herunder helbredsundersøgelse og -samtale.

2. Om Undersøgelsen

2.1 Udfordringer for IT-støtte for interaktion mellem borgere og sundhedsprofessionelle

IT-systemer spiller en stigende rolle i den fortsatte udvikling af kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Igennem flere årtier er IT-systemer udviklet sig til at være en central del af den kliniske, administrative og logistiske infrastruktur i sundhedsorganisationer, mens der i det seneste årti har været stort fokus på hvordan IT kan skabe nye relationer og forbedret samarbejde mellem patienter og sundhedsprofessionelle. En særlig egenskab ved IT er at det understøtter distribueret og asynkron kommunikation og samarbejde, dvs. at de aktiviteter som understøttes er uafhængige af at foregå på samme tid og samme sted. Dette åbner for nye måder at bringe sundhedsarbejde hjem til borgerne og inkludere dem mere i egen sundhed og behandling, hvad der ofte omtales som telemedicin. En anden vigtige egenskab ved IT er at det understøtter at data og sundhedsinformation bruges på nye måder, eksempelvis til at analysere allerede eksisterende data på nye måder eller ved at understøtte skabelsen af nye data. Begge disse tendenser er synlige i TOF Sundhedsmappe. For det første har den til formål at understøtte indsamling af de helbredsdata som er nødvendige for at foretage en præcis stratifikation af borgere, dels gennem udtræk fra de praktiserende lægers elektroniske patientjournal, dels gennem borgernes indtastning af information og egen livsstil. For det andet har Sundhedsmappen til hensigt at understøtte udveksling af information om borgernes risikoprofil og sikre at borgerne sættes i forbindelse med enten egen læge eller et kommunalt sundhedscenter.

Nyere forskning viser at det er forbundet med store udfordringer at skabe IT-systemer som understøtter dataudveksling og samarbejde mellem borgere og sundhedsprofessionelle. En af disse udfordringer er at borgere og sundhedsprofessionelle ofte tolker den information som udveksles på forskellige måder. Dette gør det vigtigt at man i designet af sådanne IT-systemer sikrer at denne information er både meningsfuld og relevant for begge parter (Andersen et al., 2019)¹. En anden udfordring er at sikre at de nødvendige data er til rådighed for de funktioner som udføres af IT-systemet. I TOFs Sundhedsmappe gælder det specifikt at den underliggende algoritme har adgang til de nødvendige data for at foretage den automatiske beregning af borgerens risikoprofil. Dette er først og fremmest en teknologisk udfordring da det kræver at IT-systemet kan hente de nødvendige data fra andre IT-systemer. Imidlertid kræver det også at de mennesker som indtaster data gør dette på en ensartet måde. For systemer der støtter samarbejde mellem forskellige brugergrupper kan det give den udfordring at de som indtaster data har en forskellige forståelse af de kategorier som der arbejdes med.

¹ Andersen, T.O., Bansler, J.P., Kensing, F., Moll, J., Mønsted, T., Nielsen, K.D., Nielsen, O.W., Petersen, H.H., & Svendsen, J.H. (2019): Aligning concerns in telecare: Three concepts to guide the design of patient-centric e-health. *Journal of Computer Supported Cooperative Work* (28), pp. 1039-1072.

2.2 Formål med undersøgelsen

Formålet med denne undersøgelse er at vurdere hvorvidt Sundhedsmappen opfylder den tiltænkte funktion i at understøtte TOF-interventionen og at udpege relevante udfordringer som bør adresseres i en eventuel videreudvikling. Undersøgelsen lægger således vægt på hvordan Sundhedsmappen og dennes indhold opleves af de virkelige brugere og hvilken rolle systemet opfylder som støtte i forebyggelsesforløb i praksis. Undersøgelsen har ikke specifikt til formål at afdække brugervenligheden (usability). Undersøgelsen har i særlig grad til formål at besvare følgende spørgsmål:

1. Understøtter Sundhedsmappen indsamling af sundhedsinformation for borgerne, således at en præcis stratificering er mulig?
2. Understøtter Sundhedsmappen at borgere og sundhedsprofessionelle får meningsfuld indsigt i borgerens risikoprofil og de bagvedliggende faktorer for denne?

3. Metode og data

3.1 Tilgang

For at understøtte en dybdegående undersøgelse af hvordan borgere og læger oplever Dataindsamling og analyse blev foretaget i tråd med den kvalitative tradition for forskning i informationssystemer, som beskrevet af Klein & Myers (1999)². Specifikt er der i undersøgelsen anvendt en etnografisk tilgang med den hensigt ikke blot at afdække de faktuelle forhold omkring borgere og sundhedsprofessionelles deltagelse i TOF og anvendelse af Sundhedsmappen, men, med afsæt i deres egen livsverden, at analysere deres oplevelse af hvordan dette IT-system fungerer og påvirker borgerens engagement i egen livsstil og forholdet mellem borger og sundhedsprofessionelle. I dataindsamlingen er der således lagt vægt på at studere anvendelsen af Sundhedsmappen i den faktiske brugssituation og i at afdække de kontekstuelle faktorer som kan påvirke oplevelsen af den påvirkning, som denne teknologi kan have på et livstilsforløb.

Undersøgelsen er udført som del af et langvarigt studie af udviklingen af anvendelsen af TOF-interventionen generelt og Sundhedsmappen specifikt. Dette studie

² Klein, H.K., Myers, M.D., (1999). A set of principles for conducting and evaluating interpretive field studies in information systems. *MIS Quarterly*. 67–93.

har foregået i perioden 2013-2019. Denne rapport præsenterer specifikt fund fra et feltarbejde udført i 2019.

3.2 Deltagere

Som led i evalueringen er der rekrutteret i alt 20 deltagere som samlet set repræsenterer et bredt udsnit af brugere af Sundhedsmappen. Deltagerne i undersøgelsen er udvalgt på baggrund af følgende kriterier.

Borgere: Deltagende borgere er blevet udvalgt tilfældigt fra den samlede liste af borgere som accepterede deltagelse TOF. Gruppen af deltagere er sammensat således at den samlede gruppe er vægtet på tværs af (a) køn, (b) bopælskommune og (c) stratifikationskategori. I alt deltog 13 borgere (alder: 32-60, 7 mænd og 6 kvinder), heraf var 7 stratificeret som gul og 6 som røde. 10 borgere er blevet interviewet til undersøgelsen telefonisk og 3 borgere er interviewet i eget hjem. Alle har givet skriftligt samtykke for deres deltagelse. Under resultater henvises der til borgerne som deltager 1-13.

Læger og praksispersonale: Der er rekrutteret 2 lægehuse, hhv. 1 fra Haderslev Kommune og 1 fra Middelfart Kommune. Fra hvert lægehus har det personale (læger og praksispersonale) som har deltaget aktivt i TOF og derved anvendt sundhedsmappen deltaget. Alle deltagere er blevet kontaktet i løbet af prøveperioden og har afgivet skriftligt, informeret samtykke for deres deltagelse. Under resultater henvises der til borgerne som deltager 14-17.

Kommunale sundhedsprofessionelle: Fra kommunerne har 3 sundhedsprofessionelle fra Haderslev (1) og Middelfart kommune (2), som har medvirket aktivt i TOF, deltaget i undersøgelsen. Alle deltagere er blevet kontaktet telefonisk og har givet skriftligt samtykke for deltagelsen. Under resultater henvises der til borgerne som deltager 18-20.

3.3 Dataindsamling

For at gøre det muligt at dokumentere hvorledes borgerne og lægerne har anvendt IT-støtten i løbet af en TOF-intervention og hvorledes deres oplevelse af dette har udviklet sig, er der blevet foretaget interviews løbende i løbet af processen. For *borgerne* vedkommende er der blevet foretaget 1 interview for hver deltager. 3 borgere er blevet interviewet i eget hjem mens 10 er blevet interviewet telefonisk. For *lægerne* vedkommende er der blevet foretaget én observation tidligt i TOF afprøvningsperioden, mens der er foretaget et dybdegående interview med læge og praksispersonale sent i afprøvningsperioden. 1 praksispersonale er blevet interviewet i klinikken mens resten er blevet interviewet telefonisk. De *kommunale sundhedsprofessionelle* er blevet interviewet i løbet af afprøvningsperioden. Alle

interviews er blevet foretaget på et kommunalt sundhedscenter, bortset fra 1 opfølgingsinterview som er blevet foretaget telefonisk. I alt er der blevet foretaget 20 interviews (13 borgere og 2 læger, 2 praksispersonale, samt 3 kommunale sundhedsprofessionelle. Interviewene har en varighed på 20-60 minutter. Alle interviews er blevet lydoptaget mens observationer er blevet dokumenteret med feltnoter.

3.4 Analyse

Dataanalysen blev foretaget i tråd med den kvalitative tradition for forskning i informationssystemer, som beskrevet af Klein & Myers (1999)³. Dette består grundlæggende i en iterativ proces hvor studiets rådata gennemgås og meningskondenseres, indtil der opbygges sammenhængende og dyb forståelse af studiets genstandsfelt. Som første led i analysen er den samlede mængde data (lydoptagelser og interviewnoter) blevet grundigt gennemgået, analyseret og kodet. I denne proces er der blevet identificeret en række mønstre og emner (koder), som er blevet grupperet og siden konsolideret i gennemgående temaer. Som andet led i analysen er der blevet udvalgt temaer af særlig relevans for studiets overordnede sigte og der er blevet udvalgt eksempler som illustrerer hvordan og i hvilken grad Sundhedsmappen understøtter stratifikation af borgere samt meningssskabelse omkring deres sundhedssituation.

4. Resultater

Formålet med Sundhedsmappen er at understøtte den samlede TOF-intervention og herved støtte borgere i at indrapportere oplysninger om egen sundhedsadfærd, opnå indsigt i egen risikoprofil samt, efter behov, at indlede kontakt til et sundheds- og livsstilstilbud i enten almen praksis eller på et kommunalt sundhedscenter. Baseret på dette vil de efterfølgende kapitler præsentere fund fra disse faser af et TOF-forløb. Der vil løbende blive inddraget citater som eksempler på de overordnede pointer. Kapitlet er struktureret efter de faser i TOF-interventionen hvor Sundhedsmappen primært er tiltænkt at være understøttende for aktiviteterne: (a) Indrullering i TOF, (b) indsamling af information om livsstil, (c) adgang til borgerens risikoprofil og (d) anvendelse af Sundhedsmappen i forbindelse med helbredsundersøgelser og -samtaler. Dette efterfølges af en diskussion af hvorvidt Sundhedsmappen opfylder den tiltænkte rolle i TOF.

³ Klein, H.K., Myers, M.D., (1999). A set of principles for conducting and evaluating interpretive field studies in information systems. *MIS Quarterly*. 67-93.

4.1 Indrullering i TOF

I forbindelse med indrulleringen af borgere til TOF-intervention er Sundhedsmappen ikke tiltænkt at være i anvendelse. Denne fase er alligevel medtaget i analysen for at tegne en karakteristik af de deltagende borgeres baggrund og bevræggrunde for at vælge at deltage.

Blandt borgerne som deltog i denne undersøgelse var hovedparten i fuldtidsbeskæftigelse og flertallet var samboende med en partner og børn. Flertallet gav udtryk for at leve et almindeligt aktivt liv med varierende grader af fysisk aktivitet. Hovedparten havde efter eget udsagn rimeligt indblik i egen helbredssituation og kun få havde tidligere erfaringer med livsstilstilbud. Generelt udviste borgerne en moderat til god sundhedskompetence, blandt andet gennem viden om påvirkningen af ernæring og fysisk aktivitet på deres generelle helbred. Blandt de adspurgte borgere gav ingen derfor udtryk for at opleve et egentlig behov for at få vurderet deres risiko for at udvikle livsstilssygdom, og ingen berettede om på forhånd at have overvejet at få lavet en helbredsundersøgelse. At de alligevel takkede ja til at deltage TOF havde flere årsager:

Hovedparten af borgerne gav udtryk for at deres beslutning om deltagelse primært skyldtes at invitationen som de modtog elektronisk i e-boks tiltalte dem, men at de ikke øvrigt lagde de store overvejelser bag:

*”Det var en spontan ting tror jeg. Det kan jo ikke skade”
(Deltager 4, gul borger)*

For denne gruppe forekommer det herved at invitationen i sig selv virkede tilstrækkeligt motiverende til at de ikke afviste tilbuddet. Andre borgere havde på forhånd haft en grad af motivation for at ændre deres livsstil, ikke mindst på grund af at flere i deres omgangskreds havde udviklet livssygdom, hvilket de selv ønskede at undgå, uden dog på egen hånd at tage initiativ til dette:

*”Rundt i vennekredsen begynder der at komme skavanker
og sådan noget, så derfor vil man gerne forebygge hvis man
kan det.”
(Deltager 10, rød borger)*

Nogle borgere gav udtryk for mere konkrete motiver for at vælge deltagelse. Flere beskrev at de så TOF-intervention som en mulighed for at få foretaget et *serviceeftersyn*. Med denne analogi menes at de, på trods af efter eget udsagn havde rimelig indsigt i egen helbredstilstand og eventuelle livsstilsudfordringer, fandt det fornuftigt at gøre status og få be- eller afkræftet deres egen oplevelse af egen sundhed og overveje eventuelle justeringer af egen livsstil:

*”Nu fejler jeg heldigvis ikke noget, men det kunne jo være
at man opnåede noget. Det var egentlig det jeg tilmeldte mig
for – at finde ud af om jeg nu også var så sund og rask som*

*jeg nu går og tror at jeg er”
(Deltager 11, rød borger)*

Endelig, gav en andel af borgerne i studiet udtryk for at deres primære bevæggrund for at deltage i TOF var at bidrage til forskning omkring folkesygdomme i Danmark. Disse borgere havde på baggrund af invitationen dannet sig det indtryk at det primære formål med initiativet var at indsamle data omkring livsstil og sundhed i befolkning og fandt dette som et attråværdigt formål som de ønskede at bidrage til. Disse borgeres motivation var således i mindre grad interessen for egen sundhed, men i højere grad at bidrage til lægernes erfaringsopbygning:

*”Jeg ved jo godt hvor mine største ting ligger begravet. Det er rygning. Jeg har ikke sådan noget sygdom der har gjort det ubehageligt for mig at deltage. Tværtimod har det været fint at kunne være med til at generere noget data som kan hjælpe på landsplan og så skabe lidt fokus på mig, hvor står jeg egentlig henne.”
(Deltager 5, gul borger)*

Hvor hovedparten af borgerne gav udtryk for at de anså TOF for at være et positivt tilbud, gav visse udtryk for undren over hvorfor netop de var blevet inviteret til et forebyggelsesinitiativ da de indledningsvist formodede at der var en specifik årsag til at de var blevet udvalgt:

*”Da jeg sagde ja til invitationen tænkte jeg ja, hvis det nu kunne hjælpe noget. Omkring invitation tænkte jeg, hvorfor var det lige sendt til mig? Jeg tænkte at det måske var fordi jeg havde været i den der motorcykelulykke, hvor jeg var sygemeldt efterfølgende.”
(Deltager 1, gul borger).*

Generelt for gruppen af borgere som deltog i denne undersøgelse havde alle forholdsvis begrænsede livsstilsudfordringer. Hovedparten udviste en forholdsvis høj grad af bevidsthed om disse, men samtidig også en lav grad af motivation for at agere på denne viden på eget initiativ. Hovedparten af borgerne var derfor kendetegnet ved at besidde en moderat sundhedskompetence i den forstand at de var godt i stand til at tilegne sig og vurdere viden om sundhed, men af forskellige årsager ikke i stand til eller motiverede for at handle på denne. Dette billede understøttes af de sundhedsprofessionelles erfaringer med hvilke borgere de modtog til helbredsundersøgelse og/eller -samtale gennem TOF-interventionen.

De kommunale sundhedsprofessionelle havde generelt erfaring med at de borgere som de kom i kontakt med gennem TOF var forholdsvis ressourcestærke borgere som havde god indsigt i deres sundhedstilstand, men som blot ønskede et lille skub for at justere deres livsstil:

*”Jeg synes det er de ressourcestærke og dem med en god mestringssevne, som godt kan tingene selv.
(Deltager 20, kommunal sundhedsprofessionel).*

*”Vi er enige om at dem der kommer, det er læger og psykologer. Det er de virkelig ressourcestærke.
(Deltager 17, praksispersonale i lægeklinik).*

Det samme billede tegner sig for almen praksis, hvor de generelt oplevede at ganske få borgere havde egentlig uopdaget sygdom lige såvel som livsstilsproblematikker som krævede deres assistance:

*”Min erfaring er at der var mange patienter der kom ind, der viste det sig at de faktisk ikke fejlede noget og det var jo sådan set meget heldigt. Men jeg har dog 2 der er blevet sat i behandling med blodtrykssænkende medicin. Men vi har ikke fanget nogle mere alvorlige sygdomme”.
(Deltager 14, læge)*

4.2 Indsamling af information om livsstil

For at gøre det muligt for Sundhedsmappen at foretage en præcis beregning af borgernes risiko profil er det vigtigt at de oplyser information omkring deres nuværende livsstil på en ærlig og præcis måde. Dette sker via et spørgeskema som formidles gennem Sundhedsmappen, som dækker oplysninger om højde, vægt, selvoplevet sundhedsstatus, livsstilssygdomme i familien, KOL-relaterede symptomer, rygning, fysisk aktivitetsniveau, alkoholvaner og risikofaktorer for slidgigt.

Hovedparten af borgerne gav udtryk for at spørgeskemaet i Sundhedsmappen var nemt at udfylde, og at de i rimelig grad kunne formidle information om deres livsstil. Denne gruppe fandt generelt at spørgeskemaet var let at gå til og at spørgsmålene var nemme at forstå:

*Spørgeskemaet var super fint at udfylde. En ting er den rent praktiske del, der er det en nem undersøgelse at taste sig igennem. Rent teknisk og layoutmæssigt, der er det helt fint. På det personlige plan, der var det en ganske fin oplevelse.
(Deltager 5, gul borger)*

Selve det at udfylde spørgeskemaet gav årsag til eftertanke. Selvom adgang til det for nogle oplevedes besværligt da det krævede login med Nem-ID, gav

spørgemålene anledning til at tænke over hvad der kan ske, hvis man fortsætter den nuværende livsstil:

”For mit vedkommende fik det mig til at kigge på mig selv udefra. Det var jo spørgsmål til det sociale netværk og om der var noget i familien. Og i min familie har der været noget med hjertet på min fars side, og sammenlignet med hans alder er der 7 år til for mit vedkommende. Så det kan godt være at man skal til at spise lidt mere sundt.”
(Deltager 12, rød borger)

For andre borgere fremkaldte spørgeskemaet derimod irritation, da de oplevede at det ikke støttede dem tilstrækkeligt i at beskrive deres livsstil præcist. Dette havde i nogen grad at gøre med at spørgsmålene for disse borgere var vanskelige at forstå, men i højere grad at de fandt visse formuleringer flertydige og at de krævede tolkning:

”Der var for mange spørgsmål hvor man ikke kunne svare det som det var. Så må man vælge mellem to onder. Der er for få valgmuligheder. (...) Den spurgte også hvor tit man spiste fisk til et hovedmåltid i løbet af en uge. Der sagde jeg at det gjorde vi nok hver femte uge for vi spiser ikke særlig meget fisk til aften. Men vi spiser fisk hver evig eneste dag, men til frokost, altså sild og laks og jeg ved ikke hvad, men det tænkte jeg ikke var et hovedmåltid, men den tænker sikkert at morgen, frokost og aften er hovedmåltider. Så der er vi måske gået forbi hinanden”.
(Deltager 2, gul borger)

Desuden fandt visse borgere ved visse spørgsmål at ingen af valgmulighederne passede præcist på deres livsstil og derfor måtte vælge den valgmulighed som var mest, men ikke tilstrækkeligt beskrivende.

Et konkret aspekt ved indsamlingen af livsstilsinformation som foregår gennem Sundhedsmappen er at den, i modsætning til andre typer af livsstilstilbud, foregår i eget hjem uden aktiv deltagelse af en sundhedsprofessionel. Dette fandt en større andel af borgerne var et positivt aspekt ved denne tilgang, da de dels kunne overveje deres svar mere grundigt, dels oplevede at de kunne svare mere ærligt, da de ikke blev direkte konfronteret omkring emner, som de fandt var forbundet med skamfølelse:

”Det er måske lidt mere privat. Hvis man sidder og snakker med et menneske er det måske lidt nemmere at åbne sig op. Her sidder man ikke og kigger på en, og så man kan

svare lidt mere som man vil uden at der er en der sidder og kigger på en.”
(Deltager 3, gul borger)

Enkelte borgere oplevede dog, at det havde været mere givende at videregive information mundtligt til en sundhedsprofessionel, om end de ikke på denne baggrund udtrykte modstand mod det elektroniske format.

Adspurgt om hvorvidt det gav anledning til utryghed at dele personlig information omkring egen sundhed og livsstil over internettet, gav ingen borgere udtryk for bekymring. Selvom enkelte borgere var opmærksomme på den principielle risiko der er forbundet ved at dele personlig information og deraf muligheden for at deres data kan blive misbrugt til andre formål end TOF-interventionen, blev det ikke tilagt betydning af nogen. Dette skyldtes dels en generel tillid til datasikkerheden i Sundhedsmappen, dels at borgerne generelt ikke opfattede information om deres livsstil som følsom.

Generelt kan det derfor konkluderes at Sundhedsplatformen for disse deltagere fungerede som en god platform for indsamling af information om livsstilsfaktorer. Dog er det vigtigt at være opmærksom på fremadrettet at spørgeskemaet for nogle fremkalder stærke, negative reaktioner, ikke mindst for de som oplever spørgsmålene som flertydige eller som ønsker at give mere nuanceret information om deres livsstil.

4.3 Adgang til borgerens risikoprofil

Når borgerne har indtastet information om livsstil og stratifikationsalgoritmen foretaget en beregning af deres risikoprofil, bliver resultatet præsenteret i Sundhedsmappen. Dette sker gennem en kombination af visualiseringer, som med grafiske elementer og farver viser deres risikoniveau for forskellige livsstilssygdomme, samt gennem uddybende tekst.

Helt overordnet blev kun få borgere overraskede over deres risikoprofil. Tværtimod blev den af flere oplevet som en bekræftelse af det indtryk af egen sundhed de havde i forvejen:

”Man ved det jo egentlig godt, hvor man er, så det havde jeg ingen problemer med. Det var let at forstå”
(Deltager 9, rød borger)

For hovedparten af deltagerne i evalueringen blev denne præsentation oplevet som forholdsvis informativ og let forståelig. Desuden gav flere udtryk for at det var spændende at få feedback på deres sundhedstilstand på denne måde:

”Det har været en behagelig oplevelse hele vejen igennem og så er man så lidt nysgerrig på hvad siger de i

Sundhedsmappen og hvad kommer der ud i den anden ende. Jeg synes at den måde de har fordelt det på med både visualiseringer og tekst på er en god blanding, for så er der flere måder at opfatte det på alt efter hvordan man fungerer mentalt og skal have sine input”.

(Deltager 5, gul borger)

For nogle borgere gav denne information anledning til eftertanke og interesse, hvilket motiverede dem til at takke ja til tilbuddet om en uddybende helbredsundersøgelse og/eller -samtale, i regi af enten det kommunale sundhedscenter eller egen læge. Andre borgere gav udtryk for fin forståelse for risikoprofilen og de underliggende årsager, men ønskede ikke at fortsætte i TOF-forløbet. Hovedparten af disse forklarede det med at de af forskellige årsager ikke var motiverede eller havde lyst til at forandre livsstil på dette tidspunkt:

”Jeg kan ærlig talt ikke rigtig huske hvad der stod i profilen og jeg har ikke snakket med nogen om den siden. Jeg mener der var noget med noget rygestop, men det har jeg ikke lyst til at gøre noget ved lige nu. Det skal ikke være når andre fortæller mig at jeg skal gøre det”.

(Deltager 1, gul borger)

Visse af deltagerne i evaluering gav derimod udtryk for uenighed eller manglende forståelse med resultatet af risikoberegningen. For dem blev risikoprofilen oplevet som unuanceret og baseret på en upræcis opfattelse af deres specifikke livsstil og livssituation. Dette kunne skyldes at specifikke forhold ved deres livsstil eller fysiske karakteristika ikke indgik i beregningen, hvilket skabte irritation:

”Det var åbenbart ikke fintmasket nok til at rumme forskelligheder. Jeg er for eksempel en meget lille kvinde med meget stor muskelmasse og knoglemasse, hvilket gør at jeg kan veje 67 kilo og være 1.67 uden at være tyk. Og det kan den åbenbart ikke rumme. (...) Svaret sagde at jeg skulle lære noget om ernæring. Og jeg så bare på min mand og sagde, prøv lige og hør her. Og så var han ved at dø af grin.”.

(Deltager 2, gul borger)

Hovedparten af deltagerne i evalueringen, hvad enten de reagerede positivt eller negativt på risikoprofilen, oplevede den som grovkornet. Ikke desto mindre var der generel tilfredshed med at modtage denne vurdering af deres sundhedstilstand via en computer i stedet for at blive formidlet det af en sundhedsprofessionel. Dog var der generel enighed om at denne information var for generel og at det derfor var nødvendigt at det blev suppleret med en uddybende vurdering foretaget af en

sundhedsprofessionel. Risikoprofilen blev deraf oplevet som en måde at *tage temperaturen på* snarere end som en egentlig, grundig evaluering af deres sundhedstilstand:

”Det gør ikke noget at det er en maskine der gør det når det nu er så grovkornet som det er. Det der kan være er at computere, ligesom i det kommunale system, kan være rigtig glade for kasser, så der er nogen der ryger i de forkerte kasser til tider og der er nogen der kan stå på kanten mellem to kasser og det kan jo så kræve at der skal et menneske til for rent subjektivt at vurdere ud fra det konkrete individs situationer.”

(Deltager 5, gul borger)

Et ønske som gik igen og som Sundhedsmappen ikke kunne opfylde var mulighed for at stille uddybende spørgsmål. Ved, eksempelvis, et normalt lægebesøg beskrev borgerne det som vigtigt at kunne bede den sundhedsprofessionelle om årsagsforklaringer. Dette var især vigtigt i situationer hvor borgerne antog at beregningen i Sundhedsmappen var sandfærdig, men var overrasket over resultatet:

”Jeg følte mig faktisk lidt stødt over svaret. Selvfølgelig skal systemet svare det som er mest rigtigt, men måden det kom på var sådan var sådan lidt, nårh okay, er det nu også så slemt. Med et menneske ville jeg måske kunne have snakket lidt med ham og forstå hvordan han var kommet frem til det.”

(Deltager 3, gul borger)

Generelt oplevede borgerne dog ikke et afsavn på kontakt med en sundhedsprofessionel i denne fase af TOF-interventionen, da de kendte til muligheden for at få uddybende forklaringer hvis de ønskede en helbredssamtale.

4.4 Anvendelse af Sundhedsmappen i forbindelse med helbredsundersøgelser og -samtaler

Et væsentligt formål med sundhedsmappen er at facilitere en god interaktion mellem borger og sundhedsprofessionel. Dette skal ske ved at det videre forløb i TOF tager afsæt i en relevant indsigt i borgernes sundhedsprofil, at de helbredsproblematikker som måtte være er mulige for den sundhedsprofessionelle at hjælpe borgeren med at adressere, samt at både borger og sundhedsprofessionel er velforbredte til samtalen.

I praksis fandt Sundhedsmappen begrænset, men dog relevant anvendelse i denne fase af TOF-interventionen. Borgerne fortalte samstemmende at de ikke havde åbnet Sundhedsmappen for at genlæse deres risikoprofil i perioden mellem stratificering og samtale:

”Det var meget spændende lige at læse det igennem. Jeg kunne så se at jeg var i en risikogruppe, hvorfor jeg så kom forbi lægen. Men jeg har ikke været inde og kigge på Sundhedsmappen siden da. Jeg var egentlig bare urolig for mit høje blodtryk og det vidste sig at være fint.”
(Deltager 10, rød borger).

En hindring for dette var at dette krævede at man åbnede hjemmesiden og at man kunne huske sine loginoplysninger til Nem-ID:

”Det er for øvrigt irriterende at man skal ind på det der sundheds-noget hver gang, koder og sådan noget. Der var en lang vej ind for at se et svar”.
(Deltager 2, gul borger)

Selvom det digitale format for Sundhedsmappen sikrer stor tilgængelighed til sundhedsoplysninger og at disse altid vil kunne genfindes etablerer det i praksis en hindring. Desuden rapporterede flere borgere at information i Sundhedsmappen ikke var relevant for dem i denne periode. Da først risikoprofilen var beregnet og de havde taget beslutningen om at følge op på deres livsstilsudfordringer, så hovedparten af borgerne ikke noget behov for at opsøge yderligere information inden mødet med den sundhedsprofessionelle.

For de sundhedsprofessionelle var anvendelsen af Sundhedsmappen ligeledes begrænset målt på antallet af besøg på den enkelte borgers sundhedsprofil og tiden der blev brugt til at læse denne. Ikke desto mindre beskrev alle sundhedsprofessionelle (læger, praksispersonale og kommunale sundhedsprofessionelle) informationen som et nyttigt udgangspunkt for mødet med borgerne.

I almen praksis anvendte lægerne Sundhedsmappen umiddelbart før helbreds-samtalerne, til at skabe overblik over årsagen til at borgeren var blevet henvist og til at spore sig ind på de temaer som skulle afdækkes under samtalen:

”Jeg skimmede den lige igennem og hvis det stod noget med alkohol, så skulle jeg lige huske og snakke med patienten om det og sådan noget med hvor meget motion folk dyrker, det er ikke altid man lige husker at spørge det. Så det var såmænd meget fint”.
(Deltager 14, læge)

Underforberedelsen til samtalerne anvendte lægerne typisk Sundhedsmappen i kombination med den almindelige patientjournal. Hvor Sundhedsmappen gav dem

det specialiserede overblik over borgerens livsstil, gav patientjournalen dem adgang til information om patientens generelle sundhedstilstand og tidligere sygdomshistorik. Dette gjorde lægerne i høj grad for at efterprøve Sundhedsmappens beregning af borgerens risikoprofil, da specifikke forhold omkring den enkelte person kan påvirke den overordnede konklusion, samt have indflydelse på hvilke tiltag som er relevante for at forbedre borgerens livsstil og deraf risiko for at udvikle livsstilssygdom:

”Computerens konklusion var nok ikke altid den samme som det jeg selv ville være nået frem til. Det jeg kan som computeren ikke kan er at se tilbage i min journal og se hvad patienten har fået taget af blodprøver. Jeg havde en patient jeg kunne se havde arvelige anlæg for sukkersyge og da jeg kiggede på min computer kunne jeg se at patienten havde fået tjekket sit blodsukker en måned før. Havde jeg vidst det, havde jeg ikke behøvet at kalde patienten ind til en samtale, da jeg kunne se at han ikke røg, var slank og motionerede. Så jeg kunne godt have sorteret flere fra”.
(Deltager 14, læge)

På samme måde anvendte det klinikpersonale i lægeklinikker som var ansvarlige for at foretage helbredsundersøgelsen Sundhedsmappen til at skabe sig et indledende overblik over patientens livsstilsproblematikker:

”Jeg har brugt det til at forberede mig på patienten og se hvad de har af svar, så jeg kunne gøre mig nogle tanker inden jeg kalder dem ind. Det har været nogle fine oplysninger”.
(Deltager 17, praksispersonale i lægeklinik).

At Sundhedsmappens beregning af borgernes risikoprofil ikke altid var fuldt sammenstemt med den menneskelige vurdering anså lægerne dog ikke at være et afgørende problem, da det primært bidrag anses for at være at formidle kontakt til borgere der ikke ellers ville være kommet til helbredsundersøgelse og -samtale:

”Værdien for mig er først og fremmest at patienten rent faktisk kommer.”
(Deltager 14, læge)

Hvor præcisionen af stratifikationen er af mindre betydning i forhold til den enkelte borger, spiller det en rolle i forhold til den overordnede ressourceanvendelse på forebyggelsesarbejdet. Selvom de borgere der blev indkaldt via TOF og Sundhedsmappen isoleret set var relevante, ønskede lægerne i højere grad at kunne

koncentrere deres indsats omkring borgere med sværere livsstilsproblematikker og som de kun sjældent ser i klinikkerne, så det er meningsfuldt at prioritere ressourcer til forebyggelsesarbejdet i forhold til andre patientgrupper. Lægerne udtrykte hermed tillid til den beregning af borgernes risikoprofil som blev udført af Sundhedsmappen, men efterspurgte at tærsklen for hvornår en borger blev inviteret til et videre forløb blev justeret. Dette skal dog kun ske i det omfang, at systemet ikke ekskluderer borgere med behov for deres indsats:

”Jeg synes jeg egentlig at den (Sundhedsmappen) har fungeret rigtig godt til at vurdere borgerne. Den har jo sluppet nogle folk ind til mig som ikke har været syge, og det synes jeg egentlig er en kvalitet. Hvis alle der var kommet ind til mig havde været meget syge, så ville der været nogen jeg manglede at se”.
(Deltager 14, læge)

For de kommunale sundhedsprofessionelle svarede anvendelsen af Sundhedsmappen på mange måder til hvordan den blev brugt i almen praksis. Også her

“Det er virkelig flot når man kommer ind på en borger. Det ser meget professionelt ud og er meget nemt at overskue. På den måde bruger man ikke lang tid på at få overblik over hvordan det står til med borgeren før man ringer op til vedkommende.
(Deltager 19, kommunal sundhedsprofessionel)

På trods af at information omkring borgeres sundhed normalt kommunikeres i et mere formelt, klinisk sprog, fandt de kommunale sundhedsprofessionelle at de udprægede brug af grafiske elementer var velfungerende, da det gjorde det muligt for dem hurtigt at spore sig ind på hvilke områder hvor borgeren var særligt udfordret. I nogle tilfælde fandt de dog at information ikke var tilstrækkeligt detaljeret. Dette skyldtes at de for nogle borgere ikke blot havde behov for den overordnede indikation for livsstilsproblematikker, men også ønskede indblik i borgerens detaljerede besvarelse af spørgeskemaet:

”Jeg kan ikke klikke videre ind og se hele besvarelsen. Nogen siger ’jeg svarede på det og det’, og så må jeg sige at jeg kan jo ikke huske hele spørgeskemaet. Jeg kunne godt tænke mig at man trykkede på kosten og så kunne man se hele deres svarskema”
(Deltager 20, kommunal sundhedsprofessionel).

En anden udfordring som blev oplevet af de kommunale sundhedsprofessionelle var spørgsmålet om dobbeltregistrering. Dette skyldtes at helbredsoplysningerne i

Sundhedsmappen fortsat ville være relevante hvis borgeren fortsatte i et livsstilsforløb. Da Sundhedsmappen ikke er integreret med det journalsystem som anvendes til at støtte disse forløb, var det derfor nødvendigt at indtaste borgerens information manuelt, hvilket blev

”Man skal jo bruge Sundhedsmappen, og det er jo fint. Men når man så skal have dem videre i et forløb, så skal vi oprette dem i vores eget system, og det synes jeg er et dobbeltarbejde og det er lidt irriterende. Hvis det skal køre videre i storskala, vil jeg da foretrække at man kan gøre det i de eksisterende systemer”.

(Deltager 20, kommunal sundhedsprofessionel)

Overordnet viser evalueringen af Sundhedsmappen var et nyttigt redskab til at skabe et indledende overblik over borgeres risikoprofil. Hvor systemet kun sjældent blev anvendt af borgerne i denne fase og hvor de sundhedsprofessionelle kun brugte begrænset tid til at læse borgernes oplysninger, udfyldte system en god funktion som støtte til den indledende meningsskabelse.

5. Konklusioner og udfordringer fremadrettet: Opfylder Sundhedsmappen den tiltænkte rolle?

I dette kapitel opsummeres først resultaterne af evalueringen af Sundhedsmappen fordelt på de tre hovedgrupper af brugere: Borgere, læger og praksispersonale, og kommunale sundhedsprofessionelle. Dernæst diskuteres hvorvidt Sundhedsmappen samlet set opfylder det tiltænkte formål i tilfredsstillende grad. Endeligt udpeges relevante udfordringer som det foreslås adresseres i en eventuel videreudvikling af Sundhedsmappen.

5.1 Opsummering af resultater

5.1.1 Borgere

Samlet set modtog Sundhedsmappen en forholdsvis positiv respons fra de borgere som deltog i undersøgelsen. For de fleste borgere udfyldte Sundhedsmappen sin tiltænkte funktion i forhold til at understøtte indrapportering af information om livsstil og kommunikere resultatet af beregningen af borgerens risikoprofil på en måde som var let at forstå. Der er dog to forhold som er vigtige at tage i betragtning i forhold til en overordnet vurdering af Sundhedsmappen som understøttende værktøj for TOF-interventionen: (a) De borgere som deltog i undersøgelsen udviste alle en moderat til god sundhedskompetence og havde for de flestes vedkommende

stabile sociale og familiære forhold. Samtidig udtrykte hovedparten af borgerne bevidsthed om eksisterende livsstilsproblematikker. Det vurderes derfor at alle deltagerne i evalueringen havde gode forudsætninger for at anvende Sundhedsmappen og engagere sig i egen sundhed. Undersøgelsen kan derfor ikke udtale sig om hvorvidt Sundhedsmappen på samme vis vil være understøttende for en livsstilsforløb for borgere med svære livsstilsproblematikker, ringe sundhedskompetence og lav grad af forudgående deltagelse i sundhedsvæsenet. (b) Deltagerne i undersøgelsen havde meget forskelligartede holdninger til hvorvidt Sundhedsmappen og den bagvedliggende stratifikationsalgoritme var velfungerende og gav en god oplevelse. Hvor hovedparten af borgerne fandt Sundhedsmappen nem at anvende og informationen som blev videregivet og modtaget gennem den tilgængeligt og meningsfuldt, udtrykte et væsentligt mindretal en væsentlig mere kritisk holdning. Disse fandt at spørgeskemaer i utilfredsstillende grad gav dem mulighed for at udtrykke væsentlige nuancer omkring deres egen livsstil og at risikoprofilen tilsvarende var for generel og ikke tilstrækkeligt beskrivende for deres situation. Dette skyldes angiveligt at TOF-interventionen er målrettet en meget bred population af borgere med forskellige forudsætninger såvel som præferencer, og en stor spredning i responsen er derfor både forventeligt, men også noget som der bør tages højde for i en eventuel videreudvikling.

Samlet set kan borgernes respons på Sundhedsmappen opsummeres som følgende punkter:

- Hovedparten af borgerne fandt det let og meningsfuldt at indrapportere information om livsstil gennem spørgeskemaet i Sundhedsmappen. Visse borgere mente dog at nogle spørgsmål var for tvetydige og at spørgsmålene samlet set ikke gjorde det muligt at beskrive væsentlige nuancer af deres livsstil, herunder forhold som gjorde at de afveg fra hvad der gennemsnitligt defineres som en sund livsstil.
- Hovedparten af borgerne fandt at risikoprofilen som blev formidlet gennem Sundhedsmappen var meningsfuld og let forståelig. Nogle borgere mente dog at risikoprofilen var unuanceret og efterspurgte en mere individualiseret vurdering af deres risiko for livsstilssygdom.
- Borgerne anvendte kun i meget begrænset omfang Sundhedsmappen i perioden mellem modtagelsen af risikoprofilen og den eventuelle helbredssamtale med enten egen læge eller en kommunal Sundhedsprofessionel. Generelt fandt borgerne at de ikke havde behov for yderligere information i denne periode og at adgangen til oplysninger blev begrænset af at man skulle logge ind på en hjemmeside for at tilgå denne.
- Borgerne oplevede generelt at de gennem anvendelsen af Sundhedsmappen opnåede en væsentligt større indsigt i egen sundhed end de besad i forvejen, men at den i nogle tilfælde kunne give dem et blidt skub som motiverede dem til at handle på eventuelle livsstilsproblematikker.

5.1.2 Læger og praksispersonale

Sundhedsmappen modtog isoleret set en positiv respons fra læger og praksispersonale, der fandt at IT-systemet leverede information som var relevant i forhold til at skabe et indledende overblik over de livsstilsproblematikker som skulle adresseres på helbredsundersøgelsen og -samtale. Anvendelsen af Sundhedsmappen blandt læger og praksispersonale var begrænset baseret på antal besøg på hver borgers risikoprofil og tid brugt på at læse denne information. Dog oplevede de at Sundhedsmappen var et nyttigt redskab til at skabe et indledende overblik, som i kombination med information fra den eksisterende patientjournal og samtalen med borgeren gav et godt grundlag for at vurdere et eventuelt videre livsstilsforløb. Samtidig oplevede lægerne at Sundhedsmappen foretog en troværdig beregning af borgernes risikoprofil. Dog rapporterede lægerne konsistent at de gennem TOF-forløbet fik kontakt til en del borgere som kun i begrænset omfang havde behov for deres assistance, og at der kan være behov for at justere på kriterierne for hvornår borgeren bliver klassificeret som ”rød”.

Samlet set kan lægernes og praksispersonalets respons på Sundhedsmappen opsummeres som følgende punkter:

- Sundhedsmappen giver adgang til et relevant overblik om borgernes livsstil og eventuelle problematikker som kan adresseres gennem et eventuelt livsstilsforløb.
- Beregningen af borgernes risikoprofil er troværdig, om end kriterierne for borgere der klassiske som ”røde” og deraf henvises til almen praksis kan justere, for at begrænse ressourceforbruget på borgere der ikke har et egentligt behov for deres assistance.
- Anvendelsen af Sundhedsmappen blandt læger og praksispersonale er begrænset. Dog værdsættes det at den skaber overblik over borgernes risikoprofil, samt at Sundhedsmappen og TOF-interventionen i sin helhed skaber kontakt til borgere de ellers sjældent ser.

5.1.3 Kommunale sundhedsprofessionelle

Blandt de kommunale sundhedsprofessionelle blev Sundhedsmappen overordnet oplevet som et nyttigt redskab til at skabe kontakt til et større antal borgere end der normalt anvender deres tilbud og til at skabe et indledende overblik over deres livsstil og risikoprofil før de tog kontakt telefonisk. Deltagerne i evalueringen fandt at den grafiske fremstilling af borgernes information var både tiltalende og velfungerende til effektivt at spore sig ind på relevante temaer for samtalen, om end der efterspørges en øget detaljegrad, eksempelvis i form af fuld adgang til borgernes besvarelser.

Samlet set kan de kommunale sundhedsprofessionelles respons på Sundhedsmappen opsummeres som følgende punkter:

- Sundhedsmappen giver et relevant overblik over borgernes livsstil.

- Den grafiske fremstilling af informationen i Sundhedsmappen understøtter at der skabes en hurtigt overblik når brugerne forbereder sig til helbredssamtaler.
- Der efterspørges en højere detaljegrad af information, eksempelvis fuld adgang til borgernes besvarelser i spørgeskemaerne.
- I tilfælde hvor borgerne fortsætter i et livsstilsforløb medfører dette dobbeltregistrering, da visse information skal overføres manuelt fra Sundhedsmappen til den almindelige journal. Ideelt set ønskes integration af disse funktionaliteter i en permanent implementering af TOF.

5.2 Samlet vurdering og udfordringer fremadrettet

Som defineret indledningsvist er formålet med denne undersøgelse at vurdere i hvilken grad Sundhedsmappen i TOF opfylder de to overordnede formål: (a) at understøtte indsamling af sundhedsinformation om borgere, således at en præcis stratificering i forhold til jeres risiko for at udvikle livsstilssygdom er mulig og (b) at understøtte borgere og sundhedsprofessionelle i at få meningsfuld indsigt i borgernes risikoprofil og de bagvedliggende faktorer for denne.

I forhold til (a) konkluderes det at Sundhedsmappen i rimelig grad understøtter borgernes indrapportering af information om egen livsstil. Hovedparten af deltagerne fandt spørgeskemaet meningsfuldt og oplevede at de ved at udfylde det i eget hjem fremfor gennem en samtale med en sundhedsprofessionel kunne reflektere bedre over deres svar.

I forhold til (b) konkluderes det at Sundhedsmappen i nogen grad støttede meningsskabelse omkring borgernes risikoprofil. Hvorom Sundhedsmappen primært tilbyder et indledende overblik over eventuelle livsstilsudfordringer og derved kun finder begrænset anvendelse målt på antal besøg og tid brugt på at tilgå information hos både borgere og sundhedsprofessionelle, danner dette et meningsfuldt udgangspunkt for det videre forløb.

Det er samtidig vigtigt at understrege at det på baggrund af undersøgelsens resultater er vanskeligt at tegne et entydigt billede af den rolle som Sundhedsmappen udfylder for TOF. Hvor rapportens overordnede konklusioner beskriver det generelle billede, skal visse vigtige forbehold tages. Dette gælder ikke mindst at de borgere som deltog i undersøgelsen generelt udviste en god sundhedskompetence og deraf havde gode forudsætninger og forudgående motivation for at engagere sig i egen sundhed. Hvorvidt Sundhedsmappen kan udfylde samme funktion for borgere med andre forudsætninger bør være genstand for fremadrettede undersøgelser. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på at der er stor variation på responsen på Sundhedsmappen fra de enkelte borgere, som udviste meget stor forskellighed i forhold til hvilken detaljeringsgrad af information som foretrækkes og hvorvidt de foretrækker at få vurderet deres risikoprofil af et IT-system eller en sundhedsprofessionel. Dette er forventeligt siden TOF-interventionen henvender sig til en meget bred population af borgere, men det vurderes at være væsentligt fremadrettet at

undersøge hvordan der kan skabes en bredere appel. Endelig er det vigtigt at være opmærksom på at Sundhedsmappen kun anvendes kortvarigt af alle brugergrupper. Dette vurderes ikke at være i et problematisk da den begrænsede brug spiller en væsentlig rolle for meningsskabelsen omkring borgernes risikoprofil i flere faser gennem en samlet TOF-intervention. Hvis Sundhedsmappen fremadrettet ønskes at udfylde en mere aktiv rolle, ikke mindst i forhold til at understøtte borgernes faktiske livsstilsændringer, bør det overvejes hvilken funktionalitet som kan tilføjes som understøtter dette.