



Evaluering af digitale forløbsplaner i almen praksis

Maj 2020

**muus
mann**

Indhold

Sammenfatning	3
1. Indledning	19
2. Digitale forløbsplaner og evalueringens formål	20
2.1. De digitale forløbsplaners aftalemæssige grundlag	20
2.2. Indholdet i digitale forløbsplaner	21
2.3. Formål, virkningsteori og evalueringstemaer	24
3. Aktiviteter og dataindsamling	28
3.1. Kvantitativ analyse	29
3.2. Kvalitative interviews og observationer	30
3.3. Spørgeskemaundersøgelser	30
3.4. Kvalificering af resultater og forbedringsforslag	33
4. Udbredelsen af digitale forløbsplaner	34
4.1. Udviklingen af antallet nye digitale forløbsplaner	34
4.2. Udbredelse - forskelle på tværs af almen praksis	36
5. Patientperspektivet	41
5.1. Patienternes anvendelse af deres forløbsplaner	41
5.2. Patienternes vurdering af de digitale forløbsplaner	43
5.3. Patienternes forslag til forbedringer af de digitale forløbsplaner	50
5.4. Patienternes anvendelse og vurdering af www.forløbsplan.dk	51
6. Almen praksis' perspektiv	53
6.1. Implementeringstidspunkt, anvendelse og overordnet vurdering	53
6.2. Tilbydes patienterne en forløbsplan og er de interesseret i at få en	56
6.3. Implementeringsproces og betydning for ressourceanvendelse	60
6.4. Funktioner og funktionalitet	64
6.5. Behandling, overblik og kvalitetsarbejde	66
6.6. Almen praksis' forslag til forbedringer	68
6.7. Praksis, der ikke har oprettet mindst én forløbsplan	70
7. Samfundsperspektivet - opsamling	72
Bilag A. Spørgeskemaundersøgelserne - respondenterne	73
A.1. Spørgeskemaundersøgelsen for patienter	73
A.2. Spørgeskemaundersøgelsen for almen praksis	75

Sammenfatning

Baggrund

Med den regionale økonomiaftale for 2016 blev det politisk aftalt at styrke indsatsen for mennesker med kronisk sygdom og udbrede digitale forløbsplaner til patienter med kroniske sygdomme. De digitale forløbsplaner var blevet udviklet fra 2015 i et pilotprojekt, som blev evalueret i 2018.

I forlængelse heraf blev det i overenskomstaftalen 2018 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) aftalt at borgere med kroniske sygdomme, som udgangspunkt skal følges og behandles i almen praksis frem for i sygehusvæsenet.

Som en del af overenskomstaftalen blev det aftalt at implementere digitale forløbsplaner i overenskomstperioden 2018-2020 for tre kroniske sygdomme: KOL, diabetes type 2 og kroniske lænderygsmerte. Efterfølgende blev det dog besluttet ikke for nærværende at implementere en digital forløbsplan for kroniske lændesmerter.

Det blev samtidigt aftalt, at der skulle gennemføres en evaluering af implementeringen af de digitale forløbsplaner. Sundheds- og Ældreministeriet har haft ansvaret for evalueringens gennemførelse, og der har været nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af Sundheds- og Ældreministeriet (formand), Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og PLO. Konsulentfirmaet MUUSMANN har været engageret til at gennemføre evalueringen.

Digitale forløbsplaner – formål og indhold

Formålet med de digitale forløbsplaner kan sammenfattes i tre perspektiver:

- **Patientens perspektiv.** Større indsigt og forståelse af egen sygdom og en bedre helbredstilstand som følge af bedre behandling, bedre egenkontrol af sygdommen i samspil med lægens side og/eller bedre egenomsorg.
- **Almen praksis' perspektiv.** Bedre kvalitet i behandlingen af patienterne, herunder styrkelse af det gensidige samarbejde med patienten om bedre egenomsorg for bedre at kunne håndtere sygdommen i aktivt samspil med sundhedsvæsenet. Bedre ressourceudnyttelse i almen praksis gennem ændret arbejdsdeling mellem læge og andet praksispersonale, der muliggør, at lægens tid i højere grad kan prioriteres til patienter med størst behov.
- **Samfundets perspektiv.** Højere livskvalitet for mennesker med kroniske sygdomme og en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse inden for almen praksis, men potentielt også i andre dele af sundhedsvæsenet i form af fx færre indlæggelser og ambulatoribesøg som følge af bedre behandling og egenomsorg i forhold til patienter med kroniske sygdomme.

De digitale forløbsplaner er en IT-plattform, der er udviklet af Kvalitet i Almen Praksis (KiAP), og der er integreret med de forskellige lægesystemer, som anvendes i almen praksis.

For almen praksis indeholder forløbsplanen en række funktioner:

- **Forløbsplan for den enkelte patient:** Indeholder bl.a. oplysninger om den enkelte patients tal og værdier (fx blodtryk, lungekapacitet osv.), mål i forhold til egenomsorg, der er aftalt med den pågældende patient, og medicinering. Oplysninger om medicin trækkes fra FMK (fælles medicinkort). Det sundhedsfaglige indhold i forløbet er defineret ud fra retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, DSAM m.fl.
- **Patientlisten:** En liste over samtlige praksis' patienter med en diabetes type 2 eller KOL-diagnose med oplysninger om de seneste målinger af patientens værdier, tidspunkt for eventuel oprettelse af forløbsplan mv. Listen indeholder også oplysninger om kronikerhonorar.
- **Overblik:** Giver et (grafisk) overblik over alle praksis' patienter med den pågældende diagnose, herunder fx fordeling af patientens værdier, medicinbehandling, forekomsten af komorbiditet, antallet af gennemførte årskontroller mv.
- **Adgang til forløbsplan.dk:** Praksis' registrering af, om patienter ønsker at kunne tilgå deres forløbsplaner på www.forlobsplan.dk.

Forløbsplanerne for de enkelte patienter oprettes og bruges af lægen, sygeplejersken eller anden medarbejder i almen praksis i forbindelse med konsultationer, hvor formålet er regelmæssig kontrol og opfølgning. Forløbsplanen udgør en ramme for dialogen med patienten og er med til at sikre, at alle relevante emner og spørgsmål i forhold til patientens helbredstilstand og livsstil bliver berørt.

Patientlisten og overblikket over alle praksis' patienter med KOL henholdsvis diabetes type 2 kan bl.a. identificere patienter, der ikke har været til årskontrol, uanset at den pågældende vurderes at kunne have gavn af det. Ligeledes kan de afdække forskelle i behandlingen af patienter, der ikke umiddelbart kan begrundes, hvilket kan give anledning til at overveje justeringer af behandlingen af nogle af patienterne. Derigennem kan disse funktioner understøtte kvalitetsudviklingen i den enkelte almene praksis.

For patienten rummer platformen den mulighed, at almen praksis kan indsende den pågældendes digitale forløbsplan til www.forlobsplan.dk. Gennem login med NemID kan patienten altid tilgå sin digitale forløbsplan og se, hvilke værdier der blev målt ved seneste kontrol eller konsultation, og hvilke aftaler om bl.a. egenomsorg der blev aftalt. Dermed har patienterne bedre muligheder for at få overblik over deres sygdom og mulighed for at forberede sig til den næste kontrol, hvilket kan bidrage til en bedre dialog med lægen eller praksispersonalet.

Evalueringens temaer og metode

Evalueringens design har taget udgangspunkt i de tre perspektiver – patientens, almen praksis' og samfundets, jf. figur 1. I forhold til de tre perspektiver indeholder evalueringen beskrivelser, analyser og vurderinger af:

- **Indsatsen:** Dvs. hvad består de digitale forløbsplaner af.
- **Mekanismerne:** Dvs. de ændringer i adfærd i almen praksis og blandt patienterne, der skal føre til de ønskede virkninger.
- **Virkningerne:** Dvs. hvilke virkninger har de digitale forløbsplaner haft i form af udbredelse og anvendelse.

Evalueringen har i sagens natur et retrospektivt udgangspunkt, dvs. den omhandler, hvordan udviklingen og erfaringerne har været med digitale forløbsplaner indtil nu. Evalueringen har

imidlertid også et klart fremadrettet perspektiv, hvor fokus er på forbedringsforslag, der kan styrke nytten og dermed anvendelsen af digitale forløbsplaner for både patienter og almen praksis. Disse forbedringsforslag kan også være relevante i forhold til overvejelser om at udbrede digitale forløbsplaner til andre patientgrupper med kroniske sygdomme.

Figur 1. Evalueringens temaer

	Patientens perspektiv	Almen praksis' perspektiv	Samfundets perspektiv
Retrospektiv	Patienternes kendskab til og oplevelser til digitale forløbsplaner. Almen praksis' vurdering af værdi for patienten.	Almen praksis' brug og erfaringer med implementering og anvendelse af digitale forløbsplaner. Ændringer i arbejdstilrettelæggelsen	Udbredelsen af digitale forløbsplaner. "Aggregering" af ændret adfærd i almen praksis og blandt patienter.
	Patients oplevelse af barrierer for anvendelse.	Barrierer for anvendelse.	Barrierer for udbredelse.
Fremadrettet	Forbedringsforslag fra et patient perspektiv.	Forbedringsforslag fra et almen praksis perspektiv.	Forbedringsforslag fra samfundets perspektiv.
	Anbefalinger vedrørende videreudvikling af digitale forløbsplaner: <ul style="list-style-type: none"> • Understøtte forløb og behandling • Yderligere involvering af patienter • Nye patientgrupper 		

Evalueringen baserer sig på en række metodemæssige tilgange: Kvalitative interviews med eksperter, interviews og fokusgruppeinterviews af patienter, besøg og interviews i en række almene praksisser, kvantitativ analyse af data for alle almene praksisser samt to spørgeskemaundersøgelser – en rettet mod patienter og en rettet mod almen praksis.

Disse aktiviteter har tilsammen sikret et bredspektret billede af status for implementeringen af digitale forløbsplaner, der vurderes at være dækkende i forhold til både anvendelsen og oplevelsen af forløbsplanerne blandt patienterne og de almene praksisser. Dette var også opfattelsen på en kvalificeringsworkshop, hvor MUUSMANN præsenterede resultater og hypoteser for en gruppe af eksperter og andre, der har bidraget med input til evalueringen.

I forhold til fortolkningen af evalueringens resultater og konklusioner er det væsentligt at tage højde for, at de digitale forløbsplaner fortsat er under implementering. De første almene praksisser startede for ca. 1½ år siden i august 2018, men mange er først kommet i gang senere. Det tager imidlertid tid at implementere et nyt IT-værktøj i 1.700 almene praksisser, herunder gennemføre den organisatoriske implementering i form af ændrede arbejdsgange og rutiner, og at udbrede kendskabet blandt patienterne.

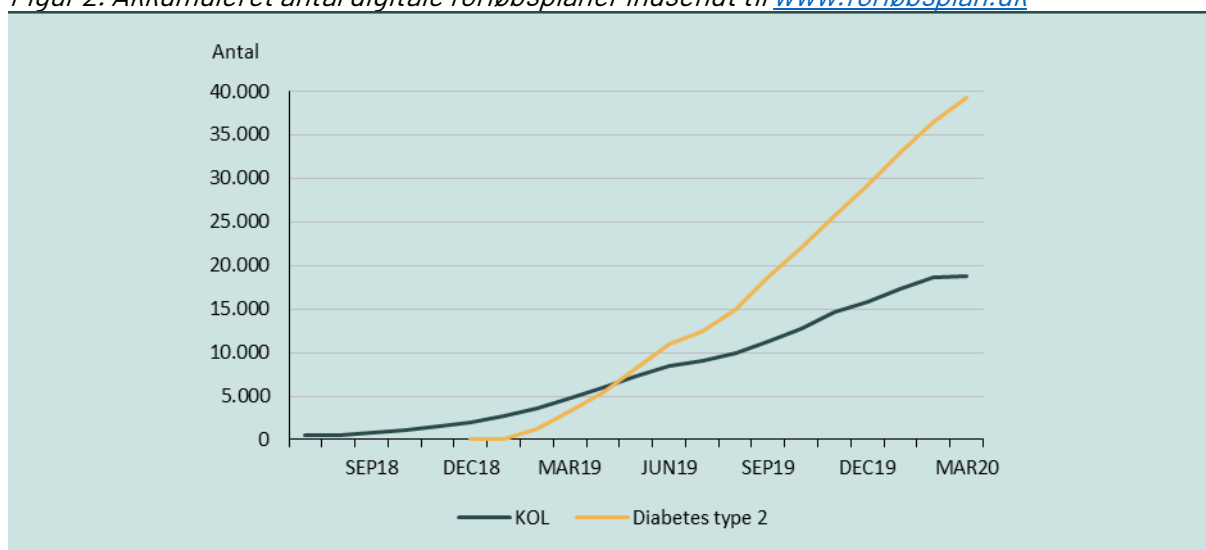
Dette afspejler sig tydeligt i evalueringens resultater, men betyder også, at de samlede virkninger af de digitale forløbsplaner først vil blive tydelige i de kommende år. Dette – kombineret med en betydelig spredning i evalueringens resultater – gør det vanskeligt at drage håndfaste konklusioner på nuværende tidspunkt. Til gengæld kan evalueringens resultater bidrage med input til den udvikling af de digitale forløbsplaner, der løbende sker. Dette vil kunne medvirke til, at de digitale forløbsplaner i højere grad og hurtigere indfrier deres potentiale.

Udbredelsen af digitale forløbsplaner

Ultimo marts 2020 var der indsendt i alt 58.043 digitale forløbsplaner til www.forlobsplan.dk, hvor patienterne har mulighed for at tilgå dem. Heraf var vedrørte godt 39.000 eller 2/3 patienter med diabetes type 2, mens knap 19.000 eller 1/3 vedrørte patienter med KOL, *jf. figur 2*.

Stigningen i antallet af planer var relativt jævn i perioden fra september 2019 til og med februar 2020, hvor der blev oprettet omkring 5.000 nye planer om måneden. Antallet faldt til ca. 3.000 i marts 2020, hvor der stort set ikke blev oprettet nye forløbsplaner for KOL-patienter, hvilket givetvis kan henføres til udbruddet af COVID-19.

Figur 2. Akkumuleret antal digitale forløbsplaner indsendt til www.forlobsplan.dk



Kilde: MedCom og egne beregninger.

Det var oprindeligt målet, at der skulle oprettes 75.000 forløbsplaner i 2019. Som det fremgår, er dette mål ikke nået. Forsinkelser i udviklingen og implementeringen af den tekniske løsning betød, at almen praksis senere end forudsat fik mulighed for at oprette og indsende digitale forløbsplaner. For diabetes type 2 var løsningen først klar primo 2019. Det betød, at der i 2018 alene blev indsendt ca. 1.500 nye forløbsplaner, mens antallet steg til ca. 43.000 nye forløbsplaner i 2019.

Antallet af forløbsplaner, som er oprettet i almen praksis' lægesystemer, er dog ca. 20 pct. højere end antallet af indsendte planer. Denne forskel mellem antallet af oprettede og indsendte planer forventes at blive reduceret, efterhånden som almen praksis får indarbejdet indsendelsen i deres arbejdsgange og rutiner.

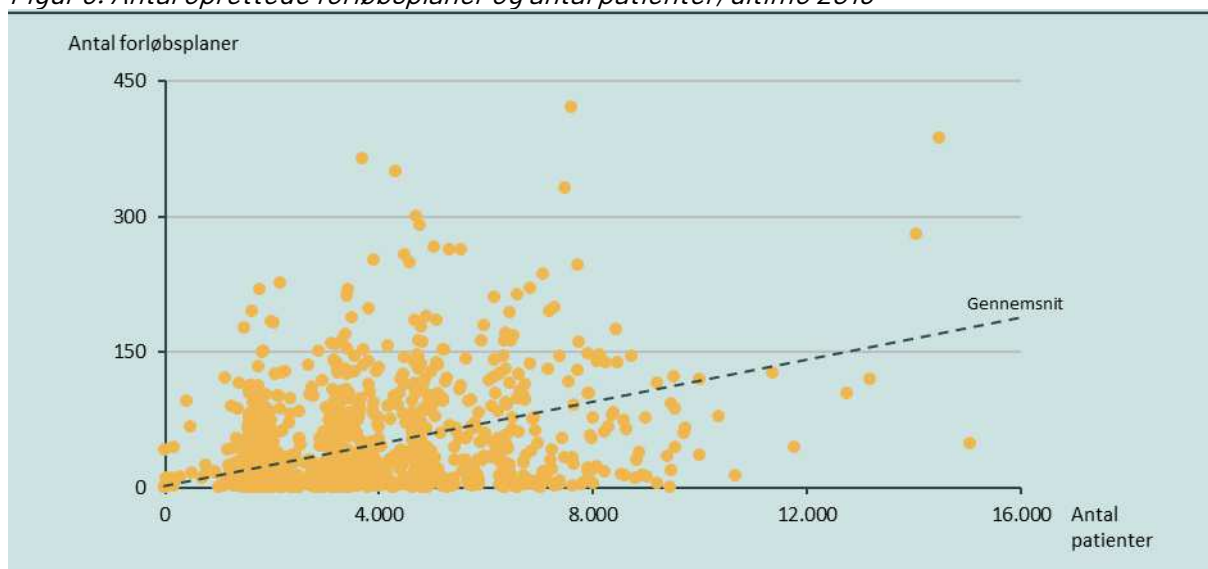
Med de ca. 5.000 nye forløbsplaner, der månedligt blev indsendt i slutningen af 2019 og starten 2020, var tempoet i implementeringen således næsten på niveau med det forudsatte, hvis der korrigeres for forsinkelsen fra oprettelse til indsendelse. Var COVID-19 udbruddet ikke indtruffet, tydede udviklingen med ca. 6.000 oprettede planer månedligt, svarende til et årsniveau på ca. 72.000, på, at målet for antal nye forløbsplaner ville være nået, men med en forskydning på godt ½ år i forhold til det aftalte.

Der er imidlertid stor spredning i, hvor mange forløbsplaner den enkelte almene praksis har oprettet. 30 pct. af de almene praksisser havde ved udgangen af 2019 endnu ikke oprettet en forløbsplan og var således ikke kommet i gang. Blandt de almene praksisser, der havde oprettet mindst én forløbsplan, tegnede de 10 pct. mest aktive sig for næsten 50 pct. af alle oprettede planer, mens de 50 pct. mindst aktive kun tegnede sig for nogle få procent.

Den kvantitative analyse har ikke afdækket nogle væsentlige sammenhænge mellem de almene praksissers baggrundskarakteristika (region, praksistype og IT-system) og antallet af oprettede forløbsplaner. Uanset baggrundsvariable er spredningen meget stor.

Eksempelvis er der fem almene praksis, der ultimo 2019 havde oprettet mere end 300 forløbsplaner, jf. figur 3. Af disse havde to omkring 4.000 patienter, to omkring 8.000 patienter og en omkring 15.000 patienter. Tilsvarende er der eksempler på almene praksis, der har oprettet meget få forløbsplaner i hele intervallet fra 1.000 til 10.000 patienter.

Figur 3. Antal oprettede forløbsplaner og antal patienter, ultimo 2019



Note: Der var ultimo 1.179 almene praksisser, der havde oprettet mindst én digital forløbsplan, og hvor der er data for deres patientantal. Hver af disse er repræsenteret ved en • i figuren. Den stiplede linje angiver, hvor mange forløbsplaner en almen praksis med det pågældende antal patienter, ville have oprettet, hvis antallet af oprettede forløbsplaner pr. patient var det samme i alle almene praksisser.

Kilde: MedCom og egne beregninger.

Dette indikerer, at udbredelsen af de digitale forløbsplaner i væsentligt omfang beror på grundindstillingen til de digitale forløbsplaner som koncept i den enkelte almene praksis. Nogle har set det som en mulighed for at forbedre behandlingen af patienterne og få en mere hensigtsmæssig udnyttelse af lægernes og praksispersonalets tid. Andre har været mere skeptiske eller egentligt imod konceptet, som efter deres opfattelse ikke vil have positive virkninger, snarere tværtimod. Atter andre – og måske størstedelen – har en grundindstilling, der ligger mellem disse to yderpunkter, og hvor forhold som tidspres mv. kan være afgørende for, om de har valgt at prioritere implementeringen af de digitale forløbsplaner og i hvilket omfang. Ligeledes kan nogle have valgt at afvente, at værktøjets "børnesygdomme" blev løst. Implementeringen af digitale forløbsplaner adskiller sig derved ikke fra implementeringen af andre IT-værktøjer, hvor der også typisk er betydelig spredning i brugernes indstilling til det nye værktøj.

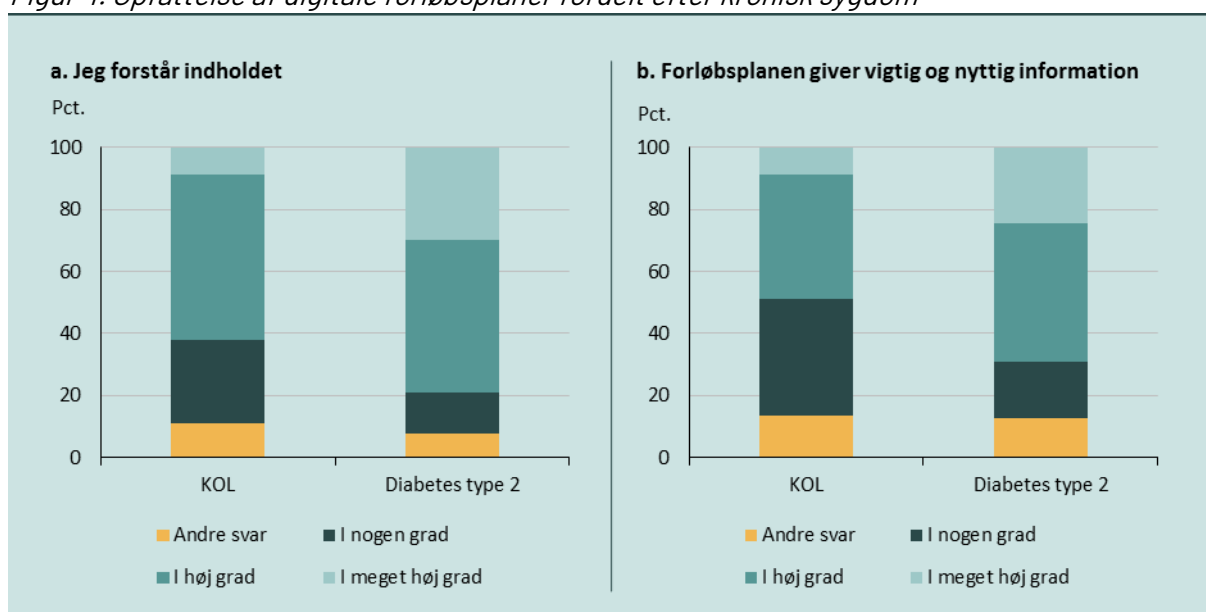
Denne spredning i grundindstilling og konsekvenser i forhold til implementeringen af digitale forløbsplaner kommer tydeligt til udtryk i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse rettet mod almen praksis, jf. nedenfor.

Patientperspektivet

Et af elementerne i de digitale forløbsplaner er, at enkelte patient via login på hjemmesiden www.forløbsplan.dk altid kan få adgang til sin forløbsplan.

Blandt de patienter, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, er der overordnet tilfredshed med indholdet. Patienterne forstår i al væsentlighed indholdet af deres forløbsplan og synes, at den indeholder nyttig og vigtig information, jf. figur 4.

Figur 4. Opfattelse af digitale forløbsplaner fordelt efter kronisk sygdom



Note: Opgørelserne omfatter 7 respondenter, der har både KOL og diabetes type 2 og derfor indgår i begge grupper. På grund af få observationer er svarmulighederne "i mindre grad", "slet ikke" og "ved ikke" slået sammen i "andre svar".

Der knytter sig imidlertid nogle væsentlige forbehold i forhold til generaliseringen af disse resultater. Den måde, hvorpå spørgeskemaundersøgelsen er gennemført, betyder, at stikprøven ikke kan anses som repræsentativ for hverken gruppen af patienter, der har fået oprettet en digital forløbsplan, eller for den samlede population af patienter med KOL og/eller diabetes type 2. Dertil kommer, at både mænd og patienter med diabetes type 2 er overrepræsenterede blandt respondenterne.

I forlængelse heraf fremgår det af evalueringen, at patienterne kun i begrænset omfang benytter sig af muligheden for at tilgå deres digitale forløbsplan på www.forløbsplan.dk. I januar 2020 var antallet af unikke logins under 1.000, hvilket svarer til lige godt 2 pct. af de patienter, der havde adgang til en forløbsplan. Ligeledes viser spørgeskemaundersøgelsen, at antallet af gange, som respondenter har set på deres forløbsplan, generelt er forholdsvis lavt.

Patienternes indtil nu begrænsede brug af deres digitale forløbsplan indikerer et behov for justeringer, hvis den patientrettede del på sigt skal blive et værktøj, som en bred gruppe af

patienter aktivt selv anvender som støtte i forhold til at håndtere deres sygdom. Selv om en del af forklaringen på den begrænsede brug ligger i, at konceptet fortsat er under implementering, har evalueringen afdækket en række forhold ved de nuværende planer, som begrænser deres relevans for patienterne og dermed formentlig deres anvendelse, jf. boks 1.

Boks 1. Svagheder ved patientdelen af de digitale forløbsplaner

- Der er ikke tale om plan, men alene en (historisk) status i form af tal og værdier, der opdateres måske en enkelt gang om året. Derfor er der for patienten ikke grund til hyppigt at anvende den hjemmefra.
- Den indeholder ikke (dynamisk) fremtidige aftaler om behandling, herunder behandling i andre dele af sundhedsvæsenet (dvs. der er ikke et tværsektorielt perspektiv).
- Mulighederne for at individualisere fx mål for tal og værdier er for begrænsede.

En ikke ubetydelig andel af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis udtrykker betydelig skepsis i forhold til, om den patientrettede del af de digitale forløbsplaner nogensinde vil komme til at fungere efter hensigten. Mens nogle af disse anerkender, at patientdelen kan imødekomme en efterspørgsel fra de mest ressourcestærke patienter, er det deres opfattelse, at indsatsen med at oprette og vedligeholde forløbsplanerne sker på bekostning af de patienter, der har mest behov for behandling. Dvs. den gruppe af svage patienter, der hverken har overskud, digitale kompetencer, sproglige færdigheder mv. til at have gavn af digital adgang til deres forløbsplan. Samtidig tilkendegiver en del af respondenterne, at denne gruppe af patienter ofte have et komplekst sygdomsbillede med flere kroniske sygdomme, hvorfor en forløbsplan, der fx alene omhandler KOL, kun har begrænset relevans i dialogen med patienten og for patienten selv.

Evalueringens øvrige aktiviteter understøtter synspunktet om, at den patientrettede del af digitale forløbsplaner kan have begrænset relevans i forhold til bl.a. at styrke egenomsorgen for de svageste af patienter, herunder patienter med multisygdomme. Dog har flere af de patienter, der er interviewet som led i evalueringen, og som ikke havde fået tilbudt en digital forløbsplan, efter en kort præsentation af konceptet givet udtryk for en interesse i at få en plan. Fx mente flere, at det ville være rart at have adgang til tal og værdier, så de ikke selv skulle gå rundt at huske på dem.

Dette kombineret med den tilfredshed, som de aktuelle brugere giver udtryk for i patientspørgeskemaundersøgelsen, indikerer, at patientdelen af de digitale forløbsplaner vil kunne være relevante og gavne en ikke ubetydelig andel af patienterne med KOL og diabetes type 2 – såfremt den videreudvikles, jf. nedenfor. Givet antallet af patienter med KOL og diabetes type 2 kan der antalsmæssigt være tale om en forholdsvis stor gruppe.

I forhold til bekymringen for, at anvendelsen af konceptet rummer en risiko for at begrænse den tid, der er til rådighed for behandlingen af de svageste patienter, er det ikke på baggrund af evalueringen muligt at konkludere noget entydigt. På den ene side skal der bruges ressourcer på at implementere og vedligeholde de digitale forløbsplaner. På den anden side rummer de muligheden for at uddelegere opgaver til andet praksispersonale, så der frigives lægetid, jf. uddybning nedenfor, ligesom det kan føre til et fald i kontakter til almen praksis, hvis de velregulerede patienter selv har adgang til relevante og væsentlige informationer om deres behandling og forløb.

Figur 4 illustrerer også en anden problemstilling, der har været genstand for en del fokus i evalueringen. Nemlig, om de digitale forløbsplaner fungerer lige så godt for KOL-patienter som for patienter med diabetes type 2. Det fremgår således, at patienterne med diabetes type 2 i højere grad end KOL-patienterne finder indholdet af deres forløbsplan vigtigt og nyttigt. I øvrigt er der relativt flere diabetes type 2 end KOL-patienter, der har besvaret spørgeskemaet.

Evalueringens andre aktiviteter tegner også et ret klart billede af, at forløbsplanerne fungerer bedre for patienterne med diabetes type 2 end for KOL-patienter. Dette er fx vurderingen hos 57 pct. af de praktiserende læger, der har svaret på spørgeskemaet. Kun 6 pct. finder modsat, at forløbsplanerne fungerer bedst for KOL-patienterne.

De væsentligste årsager til dette er ifølge både flere spørgeskemaespondenter og eksperter, at KOL-patienterne generelt er sværere at motivere og har færre ressourcer sammenlignet med patienterne med diabetes type 2. Særligt er der i evalueringen peget på forhold som stor forekomst af komorbiditet, mere komplekst sygdomsbillede, svagere sociale omstændigheder og uddannelsesniveau, samt begrænsede muligheder for behandling eller egenomsorg, der kan vende sygdomsudviklingen i en positiv retning.

På den baggrund forekommer det derfor sandsynligt, at en større andel af patienterne med diabetes type 2 end KOL-patienterne vil kunne få gavn af den patientrettede del af de digitale forløbsplaner. Det udelukker dog ikke, at der blandt KOL-patienterne er en antalsmæssig betydelig gruppe, for hvem planerne potentielt kan have værdi. De blandede erfaringer med forløbsplanerne for KOL kan dog med fordel tages med i betragtning, hvis eller når der træffes beslutning om at indføre forløbsplaner for andre kroniske sygdomme.

Almen praksis' perspektivet

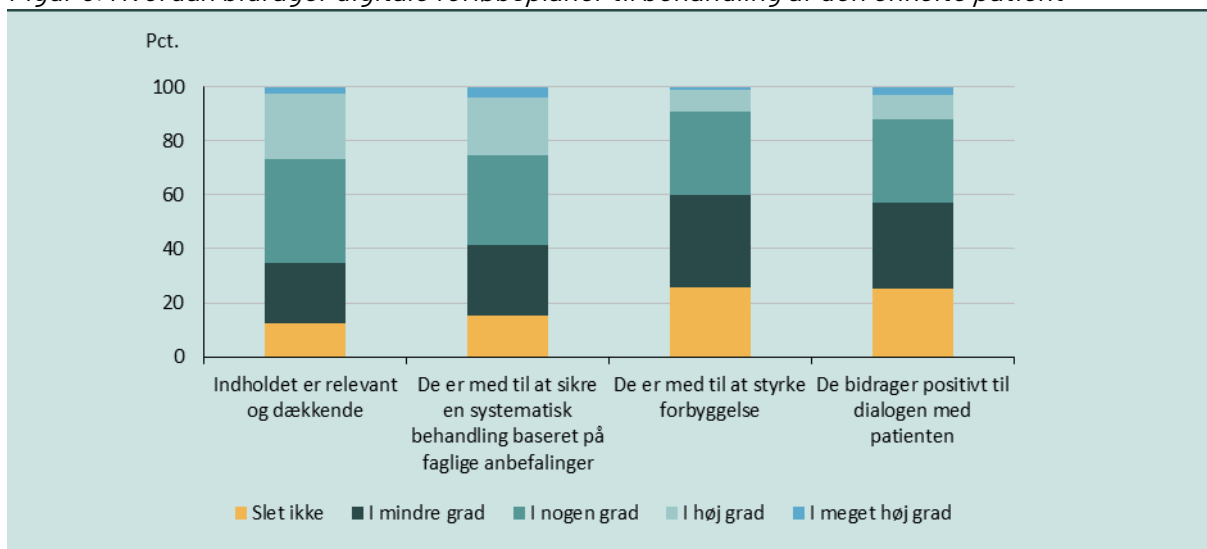
Set fra almen praksis' perspektiv kan digitale forløbsplaner for det første ses som et værktøj i behandlingen af og den enkelte patient og for det andet som et værktøj til at styrke behandlingen af kroniske sygdomme i praksis generelt. Patientlister og overblik for patientpopulationen gør det lettere at vurdere og sammenligne behandlingsindsatsen på tværs af patienter. Overblikket rummer derfor et potentiale for at styrke forbedringsarbejdet i forhold til patientsikkerhed og den samlede indsats i forhold til kroniske sygdomme – fx gennem indkaldelse af risikopatienter til årskontrol.

Evalueringen viser overordnet, at de digitale forløbsplaner i betydeligt omfang har haft positive virkninger i almen praksis i forhold til begge formål – mest udtalt for funktionerne, der understøtter overblik og kvalitetsudvikling.

I forhold til behandlingen af den enkelte patient finder ca. 25 pct. af respondenterne fra almen praksis, at de digitale forløbsplaner "i høj grad" eller "i meget høj grad" indeholder relevante og dækkende information om patienterne og er med til sikre en systematisk behandling baseret på faglige anbefalinger, jf. figur 5. Da det samtidig er omkring hver tredje respondent, der svarer, at det "i nogen grad" er tilfældet, er det omkring 60 pct. af respondenterne, der finder, at de digitale forløbsplaner har medvirket positivt til en systematisk behandling baseret på faglige anbefalinger.

Spredningen i svarene er noget større i forhold til, om de digitale forløbsplaner er med til at styrke forebyggelse og bidrager positivt til dialogen med patienten, hvor billedet formentlig afspejler de forhold vedrørende den patientrettede del, der blev beskrevet ovenfor.

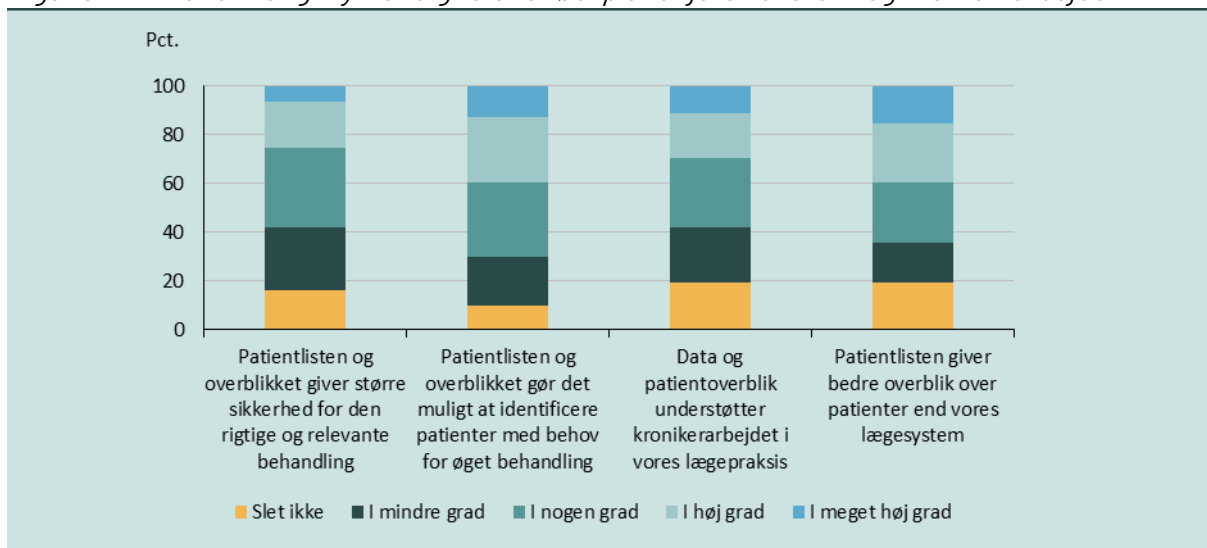
Figur 5. Hvordan bidrager digitale forløbsplaner til behandling af den enkelte patient



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

I forhold til de funktioner i digitale forløbsplane, der vedrører overblik og kvalitetsudvikling, er det 60-70 pct. af respondenterne, der finder, at patientlisten og overblikket "i nogen grad" eller bedre giver større sikkerhed for den rigtige behandling og gør det muligt at identificere patienter med behov for øget behandling, jf. figur 6. I forhold til muligheden for at identificere patienter med øget behov for behandling vurderer 27 pct. af respondenterne, at det er tilfældet "i høj grad", og 12 pct., at det er tilfældet "i meget høj grad".

Figur 6. I hvilket omfang styrker digitale forløbsplaner jeres overblik og kvalitetsarbejde



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Endeligt vurderer 1 ud 4 respondenter, at de digitale forløbsplaner "i høj grad" eller "i meget høj grad" understøtter kronikerarbejdet i deres praksis, og flertallet finder, at de digitale forløbsplaner giver et bedre overblik end deres eksisterende lægesystemer.

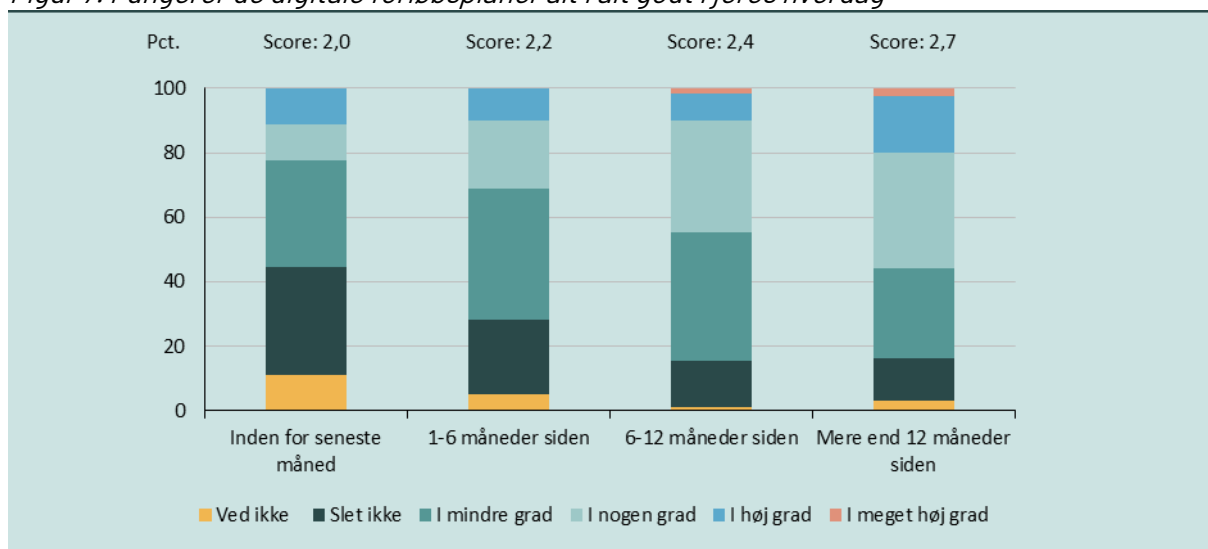
I forbindelse de gennemførte praksisbesøg er patientlisten og overblikket også fremhævet som de funktioner, der umiddelbart vurderes at skabe mest værdi både for den almene praksis og patienterne. Det er dog også fremgået af praksisbesøgene og på kvalificeringsworkshoppen, at det ofte kræver en indsats at få fuld gavn af de to funktioner. Udfordringen er, at mange tidligere registreringer i andre systemer, som de digitale forløbsplaner henter, ikke opdaterede og dermed retvisende for patientens aktuelle status. Opgaven med at få alle data ajourført kan være omfattende og vanskelig at få prioriteret, men er selvsagt nødvendig, hvis de digitale forløbsplaner skal kunne anvendes som forudsat.

Samlet set synes implementeringen af digitale forløbsplaner ud fra almen praksis' perspektivet at have haft væsentlige positive virkninger i forhold til formålene for den overvejende del af de almene praksisser. Der er dog betydelig spredning, hvor der på den ene side er en betydelig andel, der mener, at de positive virkninger har været væsentlige, mens der på den anden side er en andel på 10-20 pct. af respondenterne, der "slet ikke" finder, at der har været positive virkninger af de digitale forløbsplaner.

I forlængelse heraf viser evalueringen også, at implementeringen af de digitale forløbsplaner i almen praksis ikke har været problemfri for alle, og at det langt fra er trivielt at få dem implementeret på en måde, der bidrager positivt til hverdagen i almen praksis.

Kun omkring 10 pct. af respondenterne vurderer således, at de digitale forløbsplaner alt i alt i høj eller meget høj grad er velfungerende i deres praksis' dagligdag, jf. figur 7.

Figur 7. Fungerer de digitale forløbsplaner alt i alt godt i jeres hverdag



Note: De angivne scorer er beregnet ved at tildele "Slet ikke"-svar en værdi på 1, "I mindre grad"-svar en værdi på 2 og så fremdeles og derefter finde det vægtede gennemsnit. "Ved ikke"-svar indgår ikke i beregningen.

Tages der højde for, hvornår den almene praksis oprettede den første digitale forløbsplan, ses der dog en klar sammenhæng. Overordnet gælder, at jo tidligere implementeringen blev gennemført, jo bedre vurderes de digitale forløbsplaner at fungere i dag.

Dette afspejler for det første, at implementeringen af digitale forløbsplaner – som det er generelt er tilfældet ved denne type af IT-værktøjer – tager tid. Nye rutiner og arbejdsgange skal

fastlægges og indarbejdes, og ofte "opdages" værktøjets muligheder og potentiale først gennem praktisk brug.

For det andet tyder undersøgelsen dog også på, at de almene praksisser, der implementerede tidligt, gennemsnitligt har haft mere fokus på implementeringsprocessen. Dvs. relativt flere blandt de tidligt implementerende praksisser har udarbejdet instrukser og vejledninger, der beskriver ansvars- og opgavefordelingen mellem læge og andet praksispersonale, og har i højere grad haft en struktureret dialog mellem læger og praksispersonale om implementeringen. I det værdien af de digitale forløbsplaner i væsentligt omfang skal realiseres gennem større uddelegering til sygeplejersker og andet praksispersonale, vil den organisatoriske implementering ofte være afgørende for, om indførelsen af værktøjet bliver velfungerende eller ej.

Derfor er det ikke givet, at den tilfredshed med de digitale forløbsplaner, der er blandt de almene praksisser, der implementerede for 1½ år siden, også vil være tilstede om et ½ eller 1 år blandt de praksisser, der har implementeret senere. Det vil formentlig kun blive tilfældet, hvis de som gennemsnit betraget øger indsatsen for at sikre en hensigtsmæssig implementering.

Evalueringsens resultater understreger derfor, at forberedelse og en grundig implementeringsproces væsentligt øger sandsynligheden for, at de digitale forløbsplaner over tid vil komme til at fungere godt i almen praksis. Selv om der er forskelle mellem praksis – fx i form af forskelligt patientgrundlag, størrelse osv. – er det på baggrund af resultaterne vanskeligt at pege på grundlæggende årsager til, at digitale forløbsplaner ikke skulle kunne blive rimeligt velfungerende i størstedelen af de almene praksisser.

Der skal dog i forhold peges på, at der blandt respondenterne fra almen praksis er en betydelig gruppe, der grundlæggende stiller spørgsmålstejn ved værdien af digitale forløbsplaner som koncept – og ikke kun den patientrettede del som nævnt ovenfor. Selv blandt de respondenter, der implementerede forløbsplanerne for mere end 1 år siden, er der således ca. 10 pct., som finder, at de "slet ikke" fungerer i dagligdagen. Blandt de argumenter, der hyppigt fremføres i spørgeskemaets fritekstfelter, er:

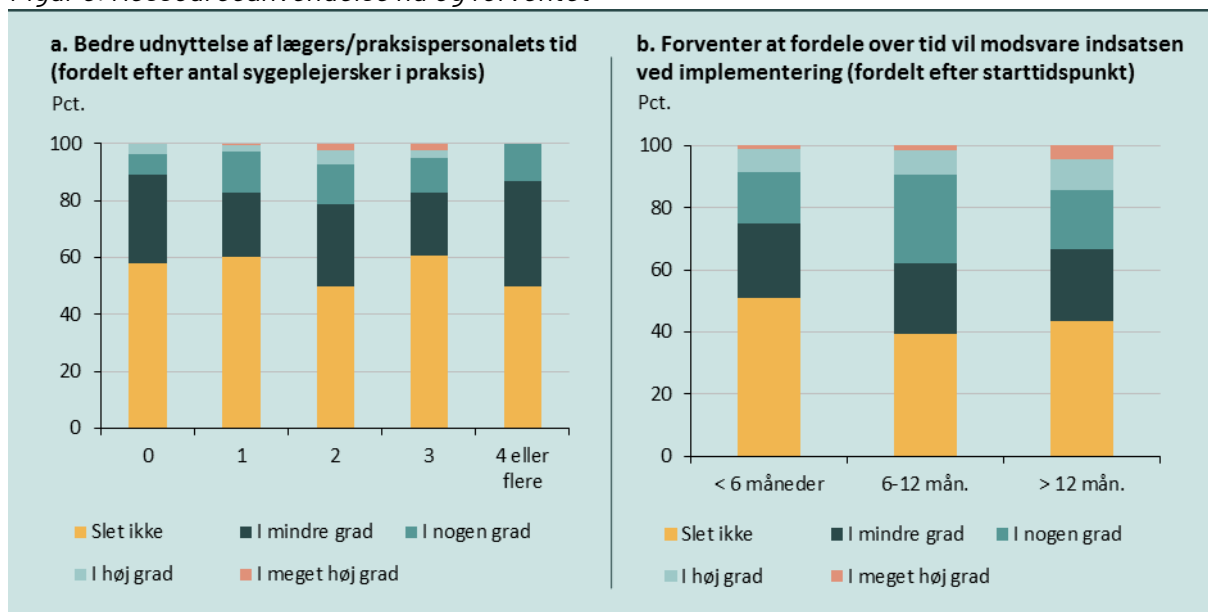
- "Lægen/sygeplejersken bør have fokus på patienten ved konsultationer og kontroller og ikke på deres skærm."
- "De digitale forløbsplaner er grundlæggende set værdiløse."
- "Digitale forløbsplaner tilføjer yderligere bureaukrati til opgaverne i almen praksis og tager tid fra de opgaver, der skaber værdi for patienterne."

Dette viser spændvidden i holdningen til digitale forløbsplaner blandt de ca. 1.700 almene praksis. Derfor vurderes det også afgørende, at der er "metodefrihed" i forhold til, hvordan den enkelte almene praksis forventes at implementere digitale forløbsplaner og i øvrigt tilrettelægge indsatsen over for patienter med kroniske sygdomme. Det betyder imidlertid også, at evalueringsresultater ikke skal vurderes op mod et målbillede, hvor tilnærmelsesvis alle almene praksis fuldt ud og på samme vis har implementeret digitale forløbsplaner.

Et af formålene med digitale forløbsplaner er at give mulighed for, at nogle opgaver vedrørende behandlinger af patienter med kroniske sygdomme kan uddelegeres til sygeplejersker og andet praksispersonale, hvorved lægens tid i højere grad anvendes på patienterne med størst behov, og udnyttelsen af praksissens samlede ressourcer forbedres.

I alt finder omkring 55 pct. af respondenterne, at implementeringen af digitale forløbsplaner slet ikke har bidraget til en bedre udnyttelse af lægens og praksispersonalets tid, *jf. figur 8.a*. 45 pct. mener modsat, at det i mindre grad eller bedre har været tilfældet. Dette resultat er stort set uafhængigt af, hvor mange sygeplejersker, der er ansat i praksis.

Figur 8. Ressourceanvendelse nu og forventet



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Godt halvdelen af respondenterne vurderer, at fordelene ved at have implementeret de digitale forløbsplaner på sigt mindst vil overstige den indsats, der er ydet i implementeringsfasen, *jf. figur 8.b*. Så samlet set – på tværs af alle praksis – indikerer det, at der forventes en nettofordel, om end der formentlig er nogle bl.a. dem, der har svaret "slet ikke", der mener, at implementeringsindsatsen ikke vil blive udlignet over tid af fordelene for almen praksis og patienterne.

Samfundsperspektivet, anbefalinger og forbedringsforslag

Det er ikke på grundlag af evalueringen muligt at konkludere entydigt, om digitale forløbsplaner i dag samlet set skaber værdi for samfundet i form af en styrket behandling af kroniske sygdomme og en bedre udnyttelse af ressourcerne i almen praksis.

Det skyldes for det første, at implementeringen langt fra kan anses som tilendebragt. Både den kvantitative analyse af udbredelsen og spørgeskemaundersøgelsen viser, at mange almene praksisser kun har været i gang i kortere tid, og at det tager tid, før nye rutiner, arbejdsgange mv. er implementeret på måder, så de potentielle fordele realiseres.

Som nævnt skal den nuværende implementeringsgrad ses i lyset af, at implementeringen startede senere end oprindeligt forudsat, og at implementeringen af et nyt IT-værktøj i potentielt 1.700 uafhængige almene praksisser er en stor og kompleks opgave. Mange forskellige lægesystemer skulle tilpasses af forskellige private leverandører, så de digitale forløbsplaners funktioner kunne integreres. I den enkelte almene praksis har der skullet findes ressourcer til at gennemføre implementeringen i en situation, hvor mange i forvejen oplever et stort tidspres.

For det andet har det som en konsekvens af timingen været en præmis for evalueringen, at den skulle have fokus på de umiddelbare virkninger af implementeringen af digitale forløbsplaner og ikke forsøge at vurdere virkningen for patienternes sundhedstilstand. Virkningen af de digitale forløbsplaner skal således på sigt give sig udslag i en bedre behandling og øget egenomsorg, der tilsammen forbedre helbredstilstanden for patienterne med KOL og diabetes type 2. Sådanne virkninger kan dog ikke med rimelighed forventes at være indtruffet på nuværende tidspunkt.

Selv om det ikke er muligt at konkludere på virkningerne i dag ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, giver evalueringen dog grundlag for at konkludere, at der vil være en samlet gevinst, hvis potentialerne i de digitale forløbsplaner udnyttes bedre, end tilfældet er på nuværende tidspunkt i implementeringen.

Dette vil efter MUUSMANNs opfattelse kræve, at der fortsat er fokus på udvikling og udbredelsen af de eksisterende forløbsplaner for KOL og diabetes type 2. Den samlede evaluering giver anledning til fire sammenhængende hovedanbefalinger, som vurderes at ville kunne bidrage til dette.

- **Anbefaling 1. Patientrettede del af de eksisterende digitale forløbsplaner skal styrkes**

Baseret på vurderinger fra både patienter, almen praksis og eksperter er det MUUSMANNs konklusion, at den patientrettede del af de eksisterende digitale forløbsplaner ikke er tilstrækkeligt udviklet til for alvor at blive et nyttigt værktøj for patienterne, som mange vil anvende og gøre forholdsvis ofte. Det vurderes, at en stor del af de relevante patientpopulationer er interesserede og kan se et potentiale i den digitale forløbsplan, men at det nuværende indhold næppe vil være tilstrækkeligt til at imødekomme deres efterspørgsel. Vurderingen vedrører muligheden for, at patienterne selv kan tilgå deres plan via www.forløbsplan.dk, idet det bemærkes, at patientdelen også har værdi som understøttende værktøj i dialogen mellem patient og læge/praksispersonale.

Værdien for patienten ville navnlig øges, hvis der kunne anvendes individualiserede mål, og forløbsplanen havde oplysninger om aftaler på tværs af sundhedssektoren, *jf. boks 2*.

Boks 2. Forslag til forbedringer af patientdelen af digitale forløbsplaner

- Mulighed for at tilgå forløbsplan via app
- Forløbsplan skal være dynamisk – i dag forældes oplysningerne hurtigt
- Bør kunne ændre mål, så de bliver individualiseret og tilpasset den enkelte patient
- Tydeligere indikation af normal/ideelområde for tal og værdier
- Bedre layout (fx farvevalg), så forskel mellem egne tal og normalværdier fremstår tydeligere
- Bør være tværsektorielt, så parallelsystemer undgås og fx kommunal hjemmesygepleje kan tilgå forløbsplaner
- Information om aftaler hos fx hospitaler, fodterapeut eller diætist
- Information om fx kommunale forebyggelsestilbud (fx KOL og diabetes type 2 rehabilitering)
- Information om målinger (fx urinprøver) fra andre sundhedsenheder (hospitaler, klinikker mv.)
- Beskrivelse af anvendte forkortelser og begreber

Det er MUUSMANNs forståelse, at flere af de fremførte forbedringsforslag allerede er under udvikling frem til den næste version af de digitale forløbsplaner. Det gælder både muligheden for at tilgå de digitale forløbsplaner via en app og muligheden for at anvende individualiserede mål.

Det er dog MUUSMANNs vurdering, at også nogle af de mere omfattende tiltag vil være nødvendige, hvis den patientrettede del på sigt skal blive velfungerende og finde en rimelig grad af anvendelse blandt patienterne. Dette skal også ses i sammenhæng med den pågående udvikling og implementering af "aftaleoversigten", der gør det muligt for patienterne at se deres aftaler på tværs af sundhedssektoren.

Såfremt en sådan væsentligt forbedret patientrettet del af de digitale forløbsplaner udvikles, kan det overvejes at "markedsføre" dem direkte overfor patienterne, fx gennem inddragelse af patientforeningerne. En sådan aktivitet kunne både øge anvendelsen for patienter, der allerede har en forløbsplan, og øge udbredelsen ved, at patienter, der ikke har fået oprettet en forløbsplan, kan efterspørge den hos deres praktiserende læge.

Det skal understreges, at forventningen ikke er, at alle patienter vil få gavn af og udnytte muligheden for adgang til deres digitale forløbsplan. Selv om problematikken i forhold til digitale kompetencer gradvis mindskes, vil der også fremadrettet være en betydelig gruppe af ressourcetsvage patienter med et komplekst sygdomsbillede og fx utilstrækkelige kompetencer, for hvem dette vil være tilfældet. For dem ligger gevinsten potentielt i, at de digitale forløbsplaner kan frigøre lægetid, idet flere opgaver i forhold til patienterne med mere enkelte sygdomsbilleder kan varetages af andet praksispersonale. Samtidigt er det væsentligt, at de digitale forløbsplaner kun er én ud af flere indsatser rettet mod patienter med kroniske sygdomme, og at andre indsatser fx på det telemedicinske område i betydeligt omfang er fokuseret på de svageste patienter med kroniske sygdomme.

- **Anbefaling 2. Forløbsplanerne skal i højere grad kunne håndtere multisyge patienter**

Blandt både patienterne og de praktiserende læger er der et udtalt ønske om, at de digitale forløbsplaner skal kunne rumme multisygepatienter. Både blandt KOL-patienterne og patienterne med diabetes type 2 har en stor andel andre kroniske sygdomme – også blandt de i øvrigt ressourcestærke patienter. Fx er forløbsplanen for KOL ikke nødvendigvis det væsentligste at få drøftet ved fx en årskontrol, hvor det ofte vil være væsentligere at få drøftet KOL som en del af patientens sygdomsbillede.

Der er MUUSMANNs opfattelse, at en udvikling i retning af et koncept for digitale forløbsplaner, der kan håndtere multisyge, væsentligt vil øge motivationen i almen praksis og blandt patienterne i forhold til at udbrede og anvende det. Første skridt kunne være at formulere en ambition om én forløbsplan for hver patient.

Denne anbefaling har også den konsekvens, at det efter MUUSMANNs opfattelse bør ske en prioritering af, hvor mange andre kroniske sygdomme der bør udvikles specifikke forløbsplaner for. Yderligere anbefales det, at udviklingen går i retning af én "personlig forløbsplan", som består af komponenter fra de diagnosespecifikke forløbsplaner.

- **Anbefaling 3. Andre funktioner i de digitale forløbsplaner skal udvikles**

Evalueringen viser, at der er mange praktiserende læger, der mener, at de dele af de digitale forløbsplaner, der vedrører patientlisten og overblikket, er nyttige værktøjer, der skaber værdi i forhold til både nogle af de administrative opgaver og i forhold til at styrke kvaliteten i behandlingen af de enkelte patienter.

Der er dog peget på en række forbedringsmuligheder også for disse dele. Større grad af integration med andre IT-systemer, så dobbeltregistreringer undgås, er det hyppigst forekommende forbedringsforslag, *jf. boks 3*.

Boks 3. Øvrige forslag til forbedringer af de digitale forløbsplaner

- Bedre integration mellem laboratoriekort, journal og forløbsplan, så behov for færre dobbeltindtastninger
- Overblikket ikke altid dækkende for den faktiske patientpopulation – nogle mangler
- Færre fejlregistreringer
- Tidligere mål og aftaler forsvinder, når nye indtastes, hvilket er uhensigtsmæssigt
- Større stabilitet i IT-system – lang responstid og ikke muligt at åbne plan
- Ordinationsændringer bør fremgå, så ikke journalføres andre steder

Det bemærkes, at nogle af de nævnte forbedringsforslag er relateret til og skal løses igennem de forskellige lægesystemer, der anvendes i almen praksis. Det kan dog kræve en indsats fra udviklerne af de digitale forløbsplaner at sikre en hensigtsmæssig integration med de enkelte lægesystemer. Tilsvarende kan nogle af de oplevede problemer skyldes manglende opdateringer af oplysninger i andre af de systemer, der anvendes i almen praksis. I evalueringen har der således været eksempler på, at det havde krævet en omfattende "oprydning" i egne systemer, før patientlisten og overblikket gav det rigtige og dækkende billede af de relevante patientgrupper.

MUUSMANN vurderer ikke, at behovet for forbedringer af disse dele af de digitale forløbsplaner, er helt så afgørende, som det er tilfældet i forhold til patientdelen. Mange almene praksisser benytter funktionerne, og en betydelig andel vurderer, at de indebærer fordele. Derfor har forslagene mere karakter af den type af forbedringer, der løbende udvikles for at forbedre og fjerne irritationsmomenter ved IT-værktøjer generelt.

• **Anbefaling 4. Digitale forløbsplaner skal revitaliseres over for almen praksis**

Det er i løbet af evalueringen blevet nævnt, at processen for implementeringen af de to eksisterende forløbsplaner ikke var optimal. Fra det tidspunkt, hvor værktøjet blev præsenteret og "markedsført" over for almen praksis, til det tidspunkt, hvor det rent faktisk kunne tages i brug, opstod der et "hul", da opstarten som nævnt blev forsinket i forhold til den oprindelige plan. Dette betød, at motivationen til at gennemføre implementeringen formentlig blev svækket.

Samtidigt fremgår det af evalueringen, at mange af de praktiserende læger har oplevet en række "børnesygdomme" bl.a. som følge af, at integrationen mellem de digitale forløbsplaner og deres lægesystemer i starten ikke altid fungerede hensigtsmæssigt.

Efter MUUSMANNs opfattelse har det betydet, at der blandt forholdsvis mange praktiserende læger er opstået en frustration i forhold til de digitale forløbsplaner, hvor formålet med at implementere dem har fortonet sig – uden at det er udtryk for en egentlig modstand.

Heroverfor står, at der både ved praksisbesøg og i besvarelserne af spørgeskemaet er eksempler på almene praksisser, hvor det er lykkedes at implementere de digitale forløbsplaner på en måde, som både de selv og deres patienter er tilfredse med. Yderligere er der i evalueringen peget på muligheden for en øget anvendelse af data til kvalitetsforbedringsarbejdet i praksis. Dette er også i tråd med VIVEs rapport "Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske

lidelser” fra marts 2020 hvori det fremgår, at ikke alle læger synes at være opmærksomme på eller fuldt ud bevidste om disse muligheder”.

Med udgangspunkt i disse gode eksempler er det MUUSMANNs vurdering, at der vil kunne opnås en væsentlig effekt i forhold til udbredelsen og anvendelsen af digitale forløbsplaner, hvis der blev gennemført en veltilrettelagt revitaliseringsproces over for almen praksis. Jo mere fokus, der kan være på konkrete resultater og virkninger i konkrete almene praksisser, og jo større fokus på, hvordan effekterne er skabt, desto større virkning vil en sådan proces have. Et klart billede af formålet og nytten af digitale forløbsplaner og vejen til en god implementering vil formentlig kunne motivere mange af dem, der ikke rigtigt er kommet i gang eller måske kun er nået en del af vejen, til prioritere den indsats, som det utvivlsomt kræver, i en øvrigt travl hverdag.

Det har ikke været en del af evalueringen at udvikle en sådan revitaliseringsproces, men MUUSMANN kan på baggrund af erfaringerne fra evalueringen pege på fx møder i almen praksis' klynger som en god mulighed for at komme i dialog med mange praktiserende læger under en form, der i sig selv kan være understøttende for at fremme motivationen for at arbejde systematisk med de digitale forløbsplaner.

Samtidigt er det også i løbet af evalueringen blevet tydeligt, at timingen af en sådan proces er væsentlig. Ideelt set bør den gennemføres på et tidspunkt, hvor der ikke gennemføres andre nye landsdækkende initiativer eller lignende. Implementeringskapaciteten i den enkelte praksis er begrænset, bl.a. fordi nye initiativer ofte skal håndteres uden for "normal" åbningstid.

1. Indledning

På nuværende tidspunkt er der udviklet og implementeret forløbsplaner til patienter med diabetes type 2 og KOL. Ved udgangen af marts 2020 var der oprettet lige godt 58.000 forløbsplaner, hvoraf godt 2/3 for patienter med diabetes type 2 og knap 1/3 for KOL-patienter.

Af overenskomstaftalen fremgår, at der i 2019 skulle gennemføres en evaluering af forløbsplanerne i samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og PLO på grundlag af et oplæg fra Sundhedsstyrelsen. Da implementeringen af forløbsplaner imidlertid er forsinket, og udbredelsen dermed har være langsommere end forventet, besluttede styregruppen for digitale forløbsplaner at udskyde evalueringen til 1. kvartal 2020.

Sundheds- og Ældreministeriet har haft ansvaret for gennemførelsen af evalueringen, og der har været nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af Sundheds- og Ældreministeriet (formand), Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og PLO. Konsulentfirmaet MUUSMANN har været engageret til at gennemføre evalueringen.

Arbejdsgruppen har bistået MUUSMANN i forhold til den praktiske tilrettelæggelse af de aktiviteter, der er gennemført som grundlag for evalueringen, og givet faglige input i forhold til det grundlag, som evalueringen baserer sig på. MUUSMANN er imidlertid alene ansvarlig for evalueringens analyser, konklusioner og anbefalinger, der præsenteres i denne rapport.

2. Digitale forløbsplaner og evalueringens formål

Dette beskriver først det aftalemæssige grundlag for beslutningen om at udarbejde og implementere digitale forløbsplaner i almen praksis, hvorefter følger en beskrivelse af elementerne i de digitale forløbsplaner for KOL og diabetes type 2. Endeligt præsenteres formålet med nærværende evaluering og den virknings- eller forandringsteori for implementeringen af digitale forløbsplaner, evalueringen har taget udgangspunkt i.

2.1. De digitale forløbsplaners aftalemæssige grundlag

De digitale forløbsplaner spiller ind i flere sammenhængende sundhedspolitiske dagsordener – bl.a. den generelle styrkelse af indsatsen over for patienter med kroniske sygdomme samt styrkelsen af det sammenhængende sundhedsvæsen, *jf. boks 2.1.*

Boks 2.1. Aftale om regionernes økonomi

4. Sammenhængende sundhedsvæsen

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der skal udarbejdes en samlet plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der med en sammentænkning af sygehusfunktioner, praksissektor og kommuner skal sikre en effektiv og sammenhængende indsats for særligt de ældre patienter og mennesker med kronisk sygdom.

[...]

Parterne er enige om at understøtte bedre patientforløb i behandling af mennesker med kronisk sygdom, herunder for patienter med KOL, diabetes eller gigtsygdom.

[...]

Parterne er enige om en omstilling af behandling mod en mere sammenhængende og borgerrettet indsats for bl.a. personer med kronisk sygdom.

[...]

Kilde: Regeringen og Danske Regioner, *Aftale om regionernes økonomi for 2016*, august 2015.

Boks 2.2. Overenskomstaftalen

Som led i styrket indsats for kronikere er parterne enige om, at elektroniske forløbsplaner implementeres i overenskomstperioden.

Forløbsplaner er til alle patienter, som inden for de seneste fire år er diagnosticeret med enten type 2 diabetes, KOL og/eller kroniske lænderygsmerter.

Den praktiserende læge opretter, anvender og vedligeholder forløbsplanen i samarbejde med patienten i det videre forløb. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så hver enkelt patient sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen.

Det sundhedsfaglige indhold i forløbet defineres ud fra det faglige indhold, som er beskrevet i relevante retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, DSAM mfl.

Kilde: Forhandlingsaftale OK18 mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN).

Med dette som udgangspunkt blev implementeringen af digitale forløbsplaner aftalt mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn i overenskomst 2018, *jf. boks 2.2*.

Som det fremgår, var det hensigten, at forløbsplaner skulle anvendes over for alle patienter, som inden for de seneste fire år er diagnosticeret med enten diabetes type 2, KOL og/eller kroniske lænderygsmærter.¹

Det blev ved aftalens indgåelse forudsat, at der i 2018 skulle laves 40.000 forløbsplaner og i 2019 75.000 forløbsplaner for KOL og diabetes type 2. I 2020 var målet ligeledes 75.000 nye planer, inkl. for patienter med kroniske lænderygsmærter.

2.2. Indholdet i digitale forløbsplaner

Digitale forløbsplaner er et elektronisk værktøj. Den digitale platform er udviklet af Kvalitet i Almen Praksis (KiAP), og løsningen er blevet integreret i de forskellige lægesystemer, der anvendes i almen praksis.

Lægen, sygeplejersken eller anden medarbejder i almen praksis bruger den digitale forløbsplan som et IT-værktøj i forbindelse med konsultationer og årskontroller for patienter med KOL og diabetes type 2 og KOL. Forløbsplanen har til hensigt at sikre, at lægen og personalet kommer rundt om alle de relevante emner og spørgsmål. Dette og andre funktioner i de digitale forløbsplaner har til formål at bidrage til kvalitetsudviklingen i behandlingen af patienter med KOL og diabetes type 2.

Patienten har digitalt adgang til sin forløbsplan og får derigennem mulighed for overblik og viden om behandling og forløb af sin sygdom som grundlag for bl.a. egenomsorg.

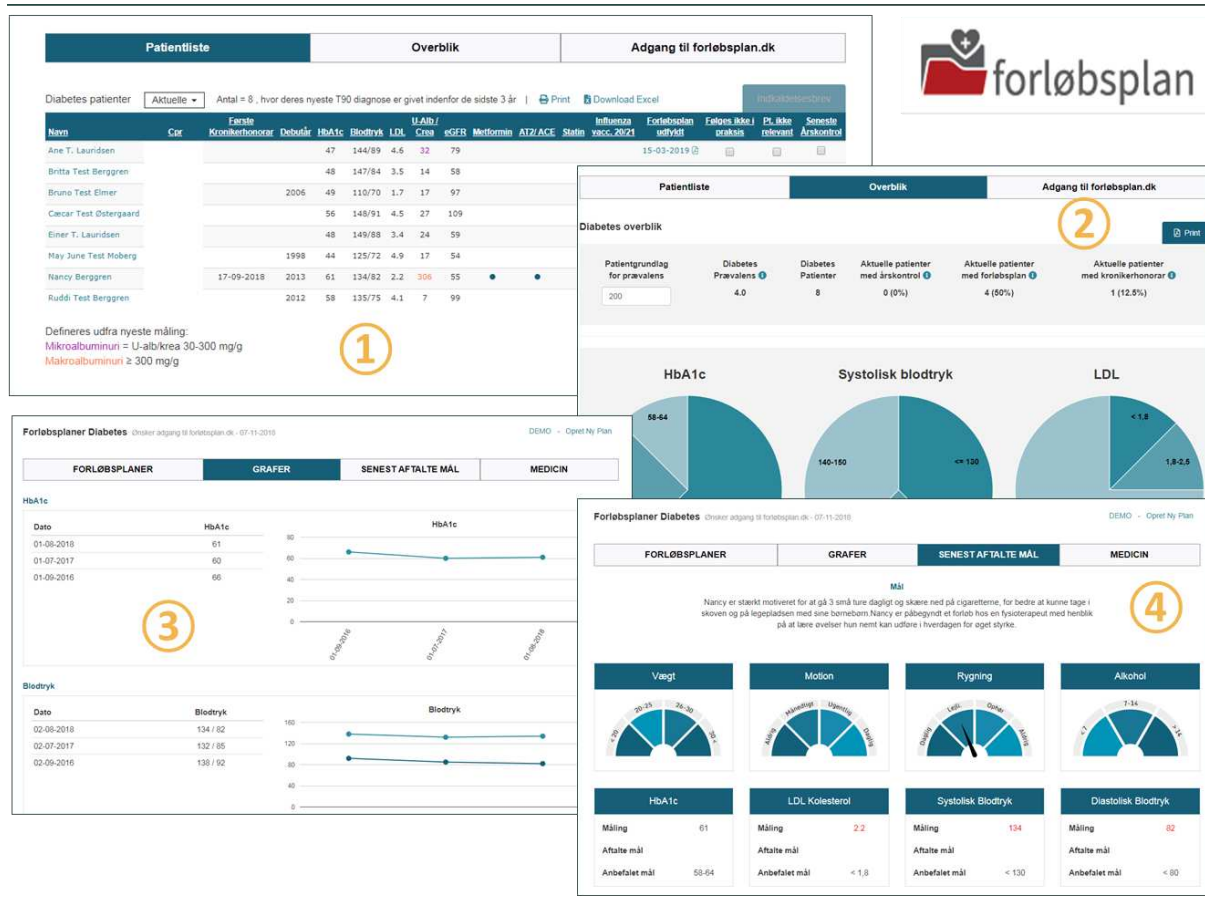
For almen praksis indeholder forløbsplanen en række funktioner, *jf. figur 2.1*:

- **Patientlisten** (billede 1): En liste over samtlige praksis' patienter med en diabetes type 2 eller KOL-diagnose med oplysninger om de seneste målinger af patientens værdier, tidspunkt for eventuel oprettelse af forløbsplan mv. Listen indeholder også oplysninger om kronikerhonorar.
- **Overblik** (billede 2): Giver et (grafisk) overblik over alle praksis' patienter med den relevante diagnose, herunder fx fordeling af patientens værdier, medicinbehandling, forekomsten af komorbiditet, antallet af gennemførte årskontroller mv.
- **Adgang til forløbsplan.dk**: Praksis' registrering af, om patienter ønsker at kunne tilgå deres forløbsplaner på www.forlobsplan.dk.
- **Forløbsplan for den enkelte patient** (billede 3 og 4): Indeholder bl.a. oplysningerne for den enkelte patient og de mål, der er aftalt med den pågældende patient. Oplysninger om medicin trækkes fra FMK (fælles medicinkort).

Systemet indeholder derudover links til en række hjælpeværktøjer.

¹ Efterfølgende har RLTN og PLO på indstilling fra styregruppen for digitale forløbsplaner besluttet at sætte arbejdet for en forløbsplan til patienter med kroniske lænderygsmærter, der oprindeligt skulle være implementeret i 2020, på pause. I stedet for er der påbegyndt et arbejde for udvikling af en digital forløbsplan til patienter med hjertesygdom.

Figur 2.1. Elementer i digitale forløbsplaner for almen praksis



Kilde: www.kiap.dk.

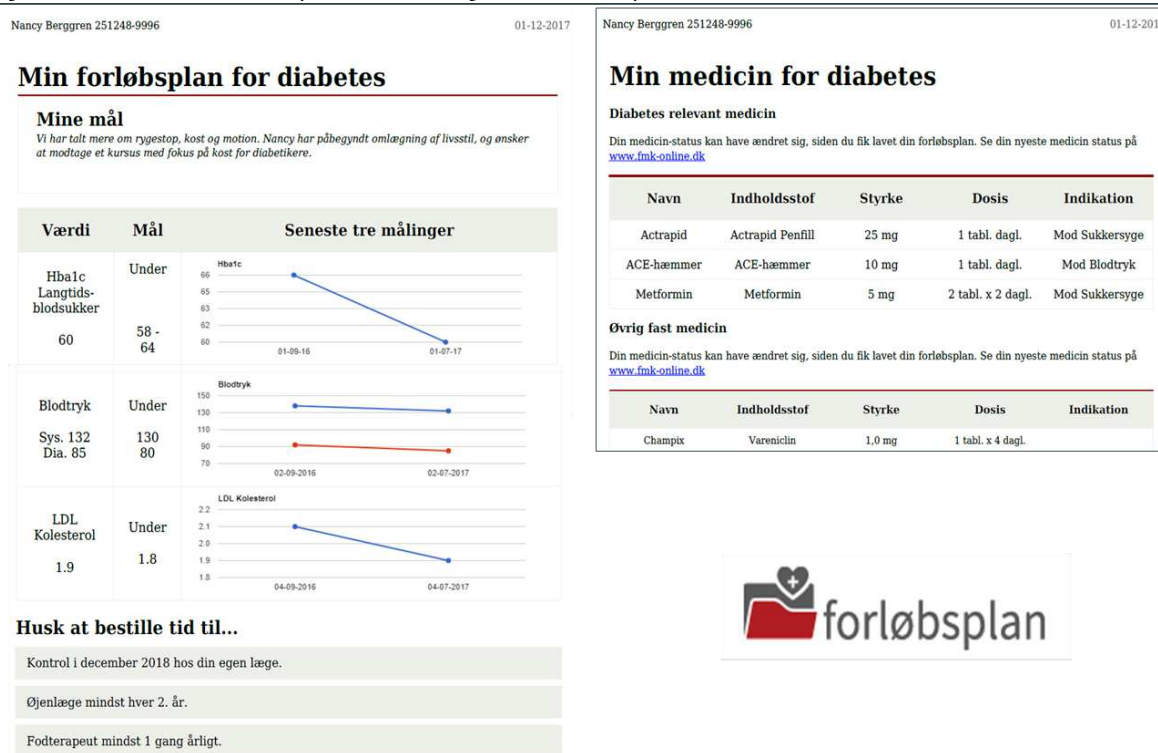
For patienter, der giver samtykke, indsendes forløbsplanen til www.forlrebsplan.dk, hvor patienten gennem NemID kan logge sig på og se sin egen forløbsplan.

Derved kan patienten altid få adgang til oplysninger om:

- De mål i forhold til egenomsorg og ændret adfærd, som er aftalt mellem patienten og læge/sygeplejerske.
- Udviklingen i patientens værdier for centrale indikatorer og de målintervaller, værdierne ideelt set bør holde sig inden for (for nærværende repræsenterer målintervallerne standardværdier baseret på generelle sundhedsfaglige værdier, men efter det oplyste arbejdes der på en løsning, hvor målintervallerne kan tilpasses den enkelte patients aktuelle situation)
- Erindringer om, hvilke aftaler med andre end almen praksis patienten bør huske at lave, og der er mulighed for at tilføje kontaktoplysninger for andre behandlere.
- Oversigt over patientens medicin – både relateret til KOL og/eller diabetes type 2 samt eventuelt andre sygdomme.

Patienten har endvidere muligheder for at udskrive en PDF-version af sin digitale forløbsplan, jf. figur 2.2.

Figur 2.2. Printversion af patientens digitale forløbsplan



Kilde: www.kiap.dk.

Udover adgangen til egen forløbsplan kan patienterne og deres pårørende på www.forlobsplan.dk få nyttig information i form af tips og viden om deres sygdom, jf. figur 2.3.

Figur 2.3. www.forlobsplan.dk



Kilde: www.kiap.dk.

2.3. Formål, virkningsteori og evalueringstemaer

De digitale forløbsplaner har overordnet til formål at understøtte behandlingen af patienter med kroniske sygdomme i almen praksis og dermed også bidrage til, at den enkelte patient oplever øget tryghed og livskvalitet, og at imødegå de udfordringer, sundhedsvæsenet i form af stigende efterspørgsel og begrænsede ressourcer står over for.

Vejen fra udfordringer og indsats til virkninger og opnåelsen af de overordnede mål kan beskrives inden for rammerne af en virknings- eller forandringsteori, jf. figur 2.4.

Figur 2.4 Virkningsteori for digitale forløbsplaner

Udfordring	Indsats	Mekanismer (ændret adfærd)	Virkning	Mål
<ul style="list-style-type: none"> • "Mangler" i behandling af patienter med KOL og diabetes type 2 • Pres på ressourcerne i almen praksis/sundhedsvæsenet 	Digitale forløbsplaner indføres med: <ul style="list-style-type: none"> • Nye systemmæssige muligheder for almen praksis • Adgang for patienter på www.forløbsplan.dk 	<u>Patienter</u> Forløbsplaner er let tilgængelige, lette at forstå og har et relevant indhold, og de øger udbyttet af dialogen med læge eller sygeplejersker, hvilket øger motivationen for at øge de rigtige former for egenomsorg. <u>Almen praksis</u> Forløbsplaner giver større fokus på, hvad der væsentligt for den enkelte patient, og – gennem overblik over alle relevante patienter – på, om alle patienter får den bedst mulige behandling. Samtidigt forbedre forløbsplaner mulighederne for at uddelegere opgaver fra læge til andet praksispersonale.	<u>Patientperspektiv</u> <ul style="list-style-type: none"> • Større indsigt i og forståelse for egen sygdom • Styrket egenomsorg <u>Almen praksis' perspektiv</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mere relevant behandling af den enkelte patient • Bedre overblik og forbedret kvalitet i behandlingen • Forbedret arbejdsdeling mellem læger og andet praksispersonale <u>Samfundsperspektiv</u> <ul style="list-style-type: none"> • Forløbsplaner udbredes til (alle) almene praksis • Styrket kronikerindsats • Flere lægeressourcer til andre opgaver i almen praksis 	<ul style="list-style-type: none"> • Højere livskvalitet for patienter med KOL og diabetes type 2 • Omkostningseffektiv kronikerindsats
Evalueringen: Hvad virker? Hvorfor virker det? Hvad kan gøres anderledes/bedre?				

Indsatsen består af etableringen af den systemmæssige løsning for digitale forløbsplaner, der giver patienterne bedre muligheder for at følge med i behandlingen af og udviklingen i deres kroniske sygdom, ligesom den enkelte almene praksis får nye muligheder i forhold til deres behandling af patienterne.

Indsatsen får imidlertid kun effekt, hvis patienter og almen praksis udnytter de nye muligheder og ændrer adfærd. For patienten vil der i givet fald være tale om en større eller mere hensigtsmæssig egenomsorg, motiveret af egen adgang til den digitale forløbsplan og samtaler med lægen og/eller sygeplejersken, der i højere grad guides til at fokusere på, hvad der er væsentligt for patienten.

For almen praksis kan systemets muligheder føre til ændret adfærd i forhold til arbejdstilrettelæggelsen i praksis, der frigør lægetid til andre patienter, overblik over kronikerhonoraret, en mere systematisk tilgang til behandlingen af praksis' KOL og diabetes type 2 patienter, drøftelse af kvalitet i behandlinger i de lægelige klyngesamarbejder osv.

Fælles for patienterne og almen praksis er, at sådanne adfærdsændringer i høj grad skal bæres af, at de skal vurdere, at anvendelsen af digitale forløbsplaner samlet set indebærer merværdi for dem.

Virkingen af de digitale forløbsplaner afhænger af, hvor store adfærdsvirkninger der opnås hos patienter og praktiserende læger. Det beror for det første på, hvilken udbredelse digitale forløbsplaner får – dvs. hvor mange patienter og læger udnytter rent faktisk de nye muligheder. For det andet vil det også have betydning, i hvilket omfang den enkelte praksis implementerer de digitale forløbsplaner i dybden. Anvendes alle de nye systemmæssige muligheder, indføres ændret arbejdsdeling mellem læge og andet praksispersonale osv.

Dette betyder ikke nødvendigvis, at alle almene praksisser skal implementere digitale forløbsplaner på samme måde. Størrelsen af praksis, patientgrundlag og andre forhold kan begrunde forskellige måder at implementere på, så implementering i dybden betyder her alene den største mulige implementeringsgrad i forhold til, hvad der giver mening i den enkelte praksis.

Virkningerne kan sammenfattes i tre perspektiver:

- **Patientens perspektiv.** Større indsigt og forståelse for egen sygdom og en bedre helbreds-tilstand som følge af bedre behandling og/eller bedre egenomsorg.
- **Almen praksis' perspektiv.** Bedre ressourceudnyttelse gennem ændret arbejdsdeling mellem læge og andet praksispersonale og mulighed for større fokus på patienter med større behov (end velbehandlede patienter med kroniske sygdomme) samt bedre kvalitet i behandlingen af patienterne.
- **Samfundets perspektiv.** Højere livskvalitet for patienter med kroniske sygdomme og en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet som helhed både inden for almen praksis, men potentielt også i andre dele af sundhedsvæsenet, hvis færre indlæggelser og ambulatoriebesøg.

Disse virkninger kan opfattes som delmål i forhold til de overordnede mål, der vedrører bedre behandling af alle patienter med kroniske sygdomme, større tryghed og livskvalitet blandt borgere med KOL og diabetes type 2 samt et omkostningseffektivt sundhedsvæsen.

Nærværende evaluering af digitale forløbsplaner har fokus på de tre midterste dele af virknings-teorien – dvs. (i) indsatsen, (ii) mekanismerne i form af ændret adfærd og (iii) virkningerne – og omhandler hver af de tre nævnte perspektiver.

En evaluering har i sagens natur et retrospektivt udgangspunkt, dvs. den omhandler, hvordan udviklingen og erfaringerne har været med digitale forløbsplaner indtil nu, *jf. figur 2.5*.

Indledningsvist beskrives udbredelsen af digitale forløbsplaner blandt landets ca. 1.700 almene praksis – hvor mange er aktive, og hvor aktive er de aktive?

Figur 2.5. Evalueringens temaer

	Patientens perspektiv	Almen praksis' perspektiv	Samfundets perspektiv
Retrospektiv	Patienternes kendskab til og oplevelser til digitale forløbsplaner. Almen praksis' vurdering af værdi for patienten.	Almen praksis' brug og erfaringer med implementering og anvendelse af digitale forløbsplaner. Ændringer i arbejdstilrettelæggelsen	Udbredelsen af digitale forløbsplaner. "Aggregering" af ændret adfærd i almen praksis og blandt patienter.
	Patienters oplevelse af barrierer for anvendelse.	Barrierer for anvendelse.	Barrierer for udbredelse.
Fremadrettet	Forbedringsforslag fra et patient perspektiv.	Forbedringsforslag fra et almen praksis perspektiv.	Forbedringsforslag fra samfundets perspektiv.
	Anbefalinger vedrørende videreudvikling af digitale forløbsplaner: <ul style="list-style-type: none"> • Understøtte forløb og behandling • Yderligere involvering af patienter • Nye patientgrupper 		

Derefter beskrives og analyseres de erfaringer og oplevelser, som patienter og almen praksis har haft efter implementeringen af digitale forløbsplaner. Dette omfatter de barrierer for en øget anvendelse og større gavn af forløbsplanerne, som patienterne og almen praksis vurderer, at der eksisterer, hvilket suppleres af en beskrivelse af årsagerne til, at ikke alle almene praksis i dag har implementeret og anvender de digitale forløbsplaner.

Herudfra drages konklusioner i forhold til den aktuelle status for implementeringen og anvendelsen af digitale forløbsplaner.

Evalueringen har imidlertid også et klart fremadrettet perspektiv, hvor fokus er på forbedringsforslag, der er fremkommet i løbet af evalueringens gennemførelse i forhold til både de dele, der er rettet mod patienterne, og de dele, der primært er relevante for almen praksis. Disse har relevans for anbefalinger rettet mod de eksisterende digitale forløbsplaner for KOL og diabetes type 2, men også i forhold til overvejelser om at udbrede digitale forløbsplaner til nye patientgrupper.

Som det fremgår, indeholder evalueringen ikke en vurdering af, om og i hvilket omfang de (langsigtede) mål med digitale forløbsplaner – bedre livskvalitet for patienter og et mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen – er nået.

Det skyldes for det første, at der ikke 1½ år efter opstarten af digitale forløbsplaner kan forventes væsentlige effekter i forhold til disse mål. Det tager tid at implementere et nyt IT-værktøj i 1.700 almene praksis og få ændret de arbejdsgange og vante tilgange, der er nødvendige for at realisere gevinsterne. Tilsvarende tager det tid at udbrede kendskabet til de digitale forløbsplaner og deres mulighederne til patienter, der måske kun ser deres læge eller sygeplejersker til årskontrol.

For det andet kan det metodisk under alle omstændigheder være vanskeligt at isolere effekten af digitale forløbsplaner fra de øvrige tiltag på kronikerområdet, men som følge af det første punkt har det ikke været relevant at overveje denne problemstilling nærmere.

Selv om evalueringen ikke omfatter en vurdering af de digitale forløbsplaner i forhold til de overordnede mål, giver den en indikation af, om den hidtidige udvikling peger i den rigtige retning.

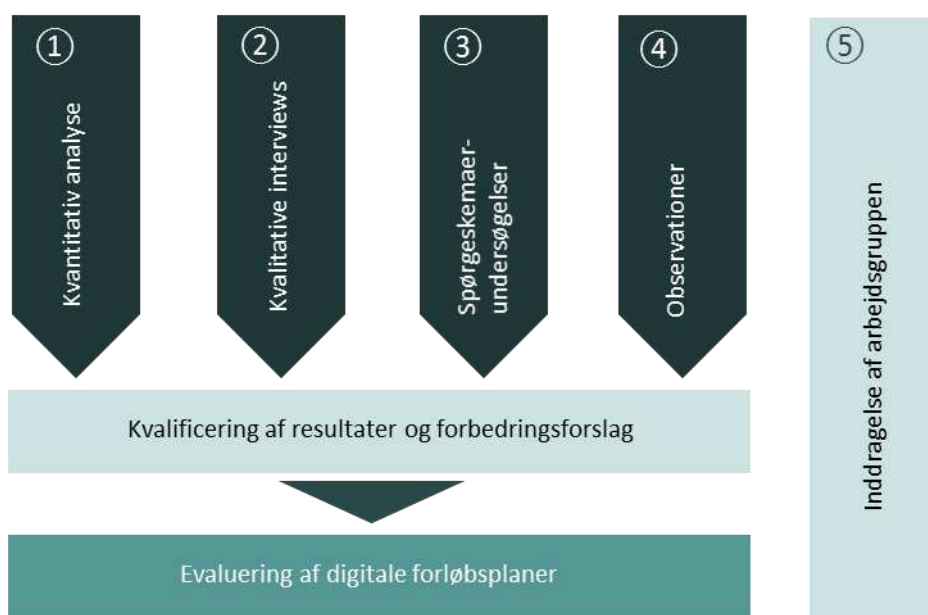
Det forhold, at implementeringen af digitale forløbsplaner langt fra er tilendebragt – mange almen praksis kom først for alvor i gang i 2. halvår 2019 – betyder også, at evalueringen ikke kan give den endelige konklusion på, om de digitale forløbsplaner har været eller vil blive en succes.

I stedet kan den karakteriseres som en midtvejsevaluering. Det rummer imidlertid den fordel, at resultaterne kan anvendes som grundlag for at foretage justeringer og tilpasninger, der kan bidrage til at øge udbredelsen og anvendelsen i den kommende tid og til at sikre, at patienter og almen praksis får størst mulig gavn af de digitale forløbsplaner for KOL og diabetes type 2. Samtidig kan de indsigter, evalueringen giver, anvendes i udviklingen af digitale forløbsplaner for nye patientgrupper.

3. Aktiviteter og dataindsamling

Som grundlag for evalueringen er der gennemført en række analyser og aktiviteter, *jf. figur 3.1*, der kort beskrives i det følgende. Anvendelsen af flere metoder til at belyse udbredelsen og anvendelsen sikrer, at det billede, der tegnes, er dækkende i forhold til den aktuelle status for de digitale forløbsplaner.

Figur 3.1. Evalueringens aktiviteter og dataindsamling



Arbejdsgruppen har løbende været inddraget i gennemførelsen af evalueringen. Dels har arbejdsgruppen haft mulighed for at komme med faglige input til evalueringen, dels har dens medlemmer bistået med at planlægge og gennemføre evalueringens aktiviteter, herunder etablering af kontakt til de almene praksis, der har deltaget i de kvalitative interviews.

De aktiviteter, der havde til formål at indsamle data og viden, blev gennemført i perioden ultimo januar til 23. marts 2020. Idet COVID-19 epidemien og den delvise nedlukning af det danske samfund indtraf i løbet af denne periode, blev evalueringens aktiviteter og dataindsamling i nogen grad påvirket, *jf. boks 3.1*.

Boks 3.1. Evalueringen og COVID-19

Udviklingen i forhold til COVID-19 påvirkede evalueringens aktiviteter og dataindsamling:

Enkelte aktiviteter (fx fysiske besøg og observation i almen praksis) måtte aflyses, men erstattedes i de fleste tilfælde af telefoninterviews

Antallet af svar på de to spørgeskemaundersøgelser – navnlig den, der var rettet mod almen praksis – blev formentlig lavere, end de ellers ville have været

MUUSMANN vurderer imidlertid ikke, at dette nævneværdigt har forrykket det billede, der tegnes af udbredelsen og anvendelsen af digitale forløbsplaner, og evalueringens konklusioner og anbefalinger. Denne vurdering beror bl.a. på, at de fleste aktiviteter blev gennemført som planlagt, og at antallet af svar på de to spørgeskemaundersøgelser er tilstrækkeligt højt i forhold til, hvad der kunne forventes.

3.1. Kvantitativ analyse

MedCom indsamler og offentliggør løbende data for antallet af oprettede digitale forløbsplaner, der er anvendt i denne evaluering til at beskrive udbredelsen.²

Til brug for evalueringen udarbejdede MedCom sammen med Danske Regioner et datasæt, der (anonymt) indeholder en række oplysninger om alle danske almene praksis og deres anvendelse af digitale forløbsplaner, *jf. boks 3.2*. Oplysningerne i datasættet er opgjort ultimo 2019.

Boks 3.2. Datasæt fra MedCom og Danske Regioner

Datasættet indeholder oplysninger om 1.714 almene praksisser ultimo 2019. For hver almen praksis er der oplysninger om:

- Region
- Praksisform
- Antal patienter
- Antal læger
- Lægesystem
- Om den er tilmeldt digitale forløbsplaner for KOL henholdsvis diabetes type 2 (ja/nej)
- Antal oprettede forløbsplaner for KOL og diabetes type 2 patienter i lægesystemet (indhentet fra Primærsektorens Leverandør Service Platform (PLSP))
- Antal forløbsplaner for KOL og diabetes type 2, der er indsendt til www.forlrebsplan.dk, hvor patienterne har mulighed for adgang til af se dem (indhentet fra Kvalitet i Almen Praksis (KiAP))

Der er nogle manglende oplysninger i datasættet, men da det kun vedrører et mindre antal praksisser, har det ikke nævneværdig betydning for de præsenterede analyser.

Dette datasæt er anvendt til mere detaljerede analyser af udbredelsen af digitale forløbsplaner, men også til at vurdere repræsentativiteten af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis.

² MedCom er bindeleddet i det samarbejdende sundhedsvæsen ved at udvikle og udbrede tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger. MedCom blev stiftet i 1994 og er en non-profit organisation, ejet og finansieret af Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL.

3.2. Kvalitative interviews og observationer

Alle kvalitative interviews blev gennemført som semi-strukturerede samtaler på grundlag af en spørgeguide, der sikrede, at alle væsentlige emner blev berørt. Alle interview er dokumenterede i form af strukturerede referater.

Følgende kvalitative interviews er gennemført som led i evalueringen.

Ekspertter

Ekspertinterviewene havde en varighed på 1-2 timer og blev gennemført i evalueringens opstartsfasen. Derved sikredes, at eksperternes input og synspunkter blev afspejlet i de spørgeguides, der blev anvendt ved de øvrige kvalitative interviews og i de to spørgeskemaundersøgelser. Der blev gennemført interviews med følgende:

- Henrik Rasmussen, praktiserende læge, KiAP, faglig konsulent
- Jens Søndergaard, professor og forskningsleder, Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU, samt praktiserende læge
- Anne Brandt, adm. direktør, Lungeforeningen
- Lene Kølle Rasmussen, rådgivningskonsulent og diabetessygeplejerske, Diabetesforeningen
- Jette Blands og Birgitte Nybo Jensen, Sundhedsstyrelsen
- Rikke Viggers og Karina Møller Lorenzen, MedCom

De nævnte eksperter deltog derudover alle i den kvalificeringsworkshop, der afsluttede evalueringens dataindsamling.

Almen praksis

Der blev gennemført besøg i fire og gennemført telefoninterviews med tre almene praksisser på tværs af landet. Der var tale om både enkeltmandspraksisser, kompagniskabspraksisser og en regionspraksis. Alle praksisser anvender de digitale forløbsplaner.

De fysiske besøg havde typisk en varighed på godt ½ dag. I løbet af dette tidsrum blev der gennemført interviews på tværs af faggrupper, med læger og med det øvrige praksispersonale (sygeplejersker og fx bioanalytikere). Samtidig havde MUUSMANN i nogle tilfælde mulighed for at observere konsultationer/kontroller og efterfølgende at interviewe den pågældende patient.

Udover besøg i de enkelte praksisser deltog MUUSMANN også i et klyngemøde (Hørsholm-klyngen), hvor der på grundlag af et kort oplæg blev gennemført et fokusgruppeinterview med 20 praktiserende læger med en varighed på ca. 1 ¼ time.

Patienter

Iberegnet de interview, der blev gennemført i forbindelse med besøg de almene praksisser, er 10 patienter blev interviewet individuelt (syv med KOL og tre med diabetes type 2).

Derudover blev der gennemført fokusgruppeinterview med en gruppe af KOL-patienter i Viborg og med en gruppe af diabetes type 2 patienter i København.

3.3. Spørgeskemaundersøgelser

Der er som led i evalueringen gennemført to spørgeskemaundersøgelser – en rettet mod almen praksis og en rettet mod patienterne.

Patienter

Spørgeskemaundersøgelsen rettet mod KOL og diabetes type 2 patienter blev gennemført ved, at patienter, der loggede sig på www.forløbsplan.dk, blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Denne metode blev anvendt, fordi der ikke var adgang til en samlet database med kontaktoplysninger på patienter, der har fået oprettet en digital forløbsplan, og som ville kunne anvendes inden for rammerne af persondataloven.

Idet forudsætningen for at blive inviteret til at deltage i undersøgelsen således var, (i) at patienten havde en digital forløbsplan på www.forløbsplan.dk, og (ii) at patienten loggede sig på systemet i undersøgelsesperioden, vil dem, der svarede på spørgeskemaet, næppe være repræsentative for de samlede populationer af KOL og diabetes type 2 patienter. Ikke desto mindre har spørgeskemaundersøgelsen givet mulighed for at inddrage et langt større antal patienter, hvilket kan supplere resultaterne af de kvalitative interviews.

168 respondenter svarede på hele spørgeskemaet, hvor 38 havde KOL, 123 havde diabetes type 2 og 7 begge kroniske sygdomme, *jf. boks 3.3.*

Boks 3.3. Spørgeskemaundersøgelsen rettet mod patienter

Spørgeskemaet indeholdt 14 hovedspørgsmål plus et antal underspørgsmål og fritekstbokse.

Alle blev bedt om at give nogle få baggrundsoplysninger, hvorefter de fik en række spørgsmål om deres erfaringer med deres digitale forløbsplan og kendskab til indholdet af www.forløbsplan.dk.

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført:

- I perioden 27. februar til 23. marts 2020
- Ved at patienter, der loggede sig på www.forløbsplan.dk, via et pop-up vindue blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, og at undersøgelsen blev omtalt på forsiden af hjemmesiden
- Med en teknisk implementering af KiAP, der har ansvaret for hjemmesiden
- Med fuld anonymitet

Ved udløbet af tidsfristen var der modtaget følgende svar:

- 193 respondenter havde åbnet spørgeskemaet
- 168 respondenter havde afsluttet hele spørgeskemaet
- 25 respondenter havde i større eller mindre grad afgivet ufuldstændige besvarelser (disse indgår i de resultater, der præsenteres nedenfor)

De 168 fuldstændige besvarelser kan sammenholdes med, at KiAP har oplyst, at der i januar 2020 var 964 unikke brugere, der loggede ind på www.forløbsplan.dk. Dette giver en svarprocent på knap 20 i forhold til de patienter, der må antages at have set invitationen til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen.

Udover, at respondenterne givet metoden næppe er repræsentative for den samlede population af de to patientgrupper, er der bl.a. forholdsvis mange diabetes type 2 patienter, ligesom andelen af mandlige respondenter er højere, end det skulle forventes, *jf. i øvrigt bilag A.*

Almen praksis

Alle praktiserende læger blev via PLO inviteret til selv eller ved andet praksispersonale at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, og 551 praktiserende læger besvarede hele spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis, *jf. boks 3.4.*

Boks 3.4. Spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis

Spørgeskemaet indeholdt 28 hovedspørgsmål plus et større antal underspørgsmål og fritekstbokse.

Alle blev bedt om at give et antal baggrundsoplysninger om den almene praksis, men derefter blev sorteret alt efter, om de oplyste at have oprettet mindst én digital forløbsplan eller ej. Dem, der oplyste at have oprettet mindst én digital forløbsplan, fik derefter en række spørgsmål om deres implementering, brug og erfaringer med digitale forløbsplaner. Dem, der oplyste ikke at have oprettet mindst én digital forløbsplan, blev alene spurgt til, hvad baggrunden for dette var, og om, hvornår de forventede at implementere digitale forløbsplaner.

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført:

- I perioden 5. til 23. marts 2020
- Ved at PLO udsendte invitation til deltagelse til alle praktiserende læger (3.526)
- Det fremgik af invitationen, at den praktiserende læge kunne videresende invitationen til en anden i praksis, hvis det vurderedes hensigtsmæssigt
- Med fuld anonymitet

Ved udløbet af tidsfristen var der modtaget følgende svar:

- 659 respondenter havde åbnet spørgeskemaet (svarprocent: 18,6 pct.)
- 551 respondenter havde afsluttet hele spørgeskemaet (svarprocent: 15,6 pct.)
- 108 respondenter havde i større eller mindre grad afgivet ufuldstændige besvarelser (disse indgår i de resultater, der præsenteres nedenfor)
- 97,5 pct. af respondenterne oplyste at være læge, mens de resterende 2,5 pct. oplyste, at de var sygeplejerske, andet sundfagligt praksispersonale eller andet praksispersonale.
- 562 (90,1 pct.) angav, at de havde oprettet mindst én forløbsplan, mens 62 (9,9 pct.) angav, at det ikke var tilfældet

Gennemførelsesmåden betyder bl.a., at flere læger fra samme almene praksis kan have svaret på spørgeskemaet, og da det på grund af anonymiteten ikke er muligt at koble respondenterne til en konkret almen praksis, er det ikke muligt at vurdere, hvor mange af de godt 1.700 almene praksis der er repræsenteret blandt besvarelserne.

COVID-19 udbruddet har utvivlsomt påvirket svarprocenten negativt. Bl.a. blev det fravalgt at udsende påmindelser eller på anden måde opfordre flere praktiserende læger til at svare i lyset af de udfordringer, almen praksis måtte håndtere i samme tidsrum. PLO har oplyst, at de typisk opnår en svarprocent på 20-22 pct. i lignende spørgeskemaundersøgelser, hvilket kan give en indikation af påvirkningen.

En sammenligning af respondenterne med den samlede population af praktiserende læger i forhold til de tilgængelige baggrundsvariable indikerer imidlertid, at dem, der har svaret, for alle praktiske formål kan anses som repræsentative for hele gruppen af praktiserende læger. Disse sammenligninger er beskrevet i bilag A.

Der kan dog være en skævhed i forhold til, at respondenterne gennemsnitligt set er mere positivt indstillet overfor de digitale forløbsplaner end dem, som ikke har svaret. En indikation på dette er, at det er forholdsvis få respondenter fra praksisser, der ikke har oprettet digitale forløbsplaner. Er en sådan systematik også gældende for respondenter fra almene praksisser, der har oprettet mindst én digital forløbsplan, kan det have givet anledning til svar, der gennemsnitligt er for "positive".

Imidlertid udviser besvarelserne af spørgeskemaet en ganske stor spredning i forhold til de enkelte spørgsmål, hvorfor alle potentielt mulige synspunkter er rimeligt repræsenteret i resultaterne. Samtidigt bemærkes, at 550 fuldstændige besvarelser absolut set er ganske højt i forhold til mange andre lignende spørgeskemaundersøgelser.

Det er derfor MUUSMANNs vurdering, at en højere svarprocent – uanset at en sådan selvsagt ville have været ønskelig – næppe havde ført til et væsentligt andet billede af status for implementeringen af og erfaringerne med digitale forløbsplaner og dermed de konklusioner, anbefalinger og forbedringsforslag, der præsenteres i det følgende.

3.4. Kvalificering af resultater og forbedringsforslag

For at kvalificere evalueringens resultater og forbedringsforslag blev der den 3. april 2020 afholdt en kvalificeringsworkshop som en videokonference.

Deltagerkredsen på 18 personer bestod af:

- Flere af de eksperter, der var interviewet i evalueringens indledende fase
- Repræsentanter fra de almene praksis, der havde deltaget i de kvalitative interviews (både læger og sygeplejerske)
- Medlemmerne af arbejdsgruppen

På workshoppen præsenterede MUUSMANN de centrale resultater fra de gennemførte aktiviteter. På grundlag heraf blev det bl.a. drøftet, om resultaterne stemte overens med deltagernes erfaringer, hvilke fortolkninger og forbehold resultaterne kan give anledning til, og hvilke forslag der kan være relevante i forhold til at forbedre de digitale forløbsplaner – både de eksisterende og kommende forløbsplaner.

4. Udbredelsen af digitale forløbsplaner

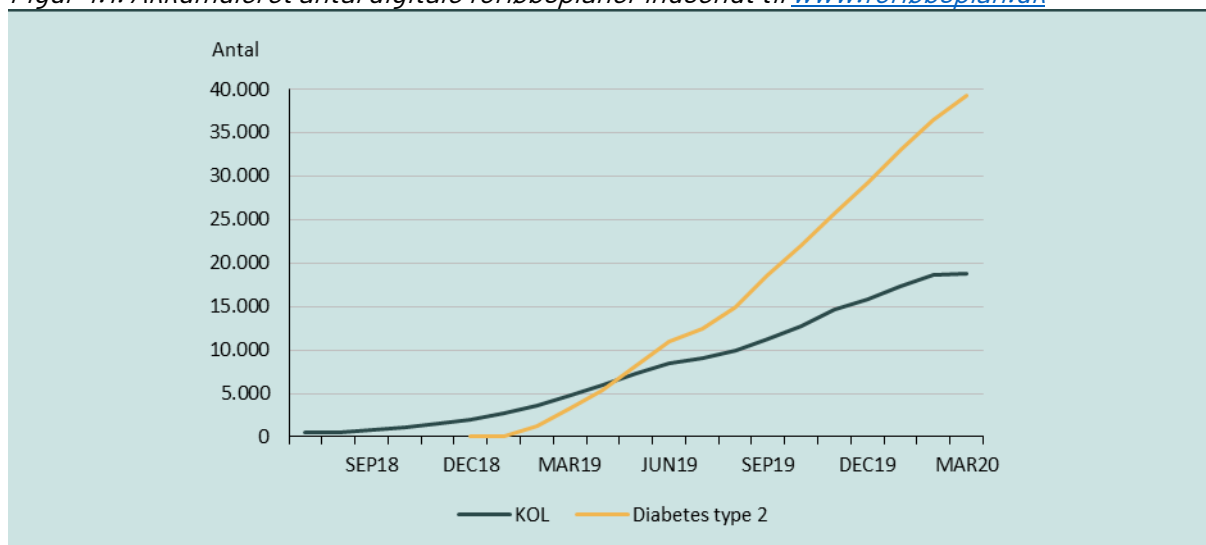
Dette afsnit indeholder en beskrivelse af udviklingen i antallet af nye digitale forløbsplaner samt udbredelsen i form af aktive lægepraksis, herunder forskelle, når lægepraksisserne fordeles efter udvalgte baggrundsvariable.

4.1. Udviklingen af antallet nye digitale forløbsplaner

Overenskomstaftalen mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) fra 2018 indeholdt mål om, at der skulle oprettes 40.000 nye forløbsplaner for KOL og diabetes type 2 i 2018 og yderligere 75.000 nye forløbsplaner i 2019.

Ultimo marts 2020 var der indsendt i alt 58.043 digitale forløbsplaner til patienternes sundsmappe. Heraf var vedrørte godt 39.000 eller 2/3 patienter med diabetes type 2, mens knap 19.000 eller 1/3 vedrørte patienter med KOL, *jf. figur 4.1.*

Figur 4.1. Akkumuleret antal digitale forløbsplaner indsendt til www.forløbsplan.dk



Kilde: MedCom og egne beregninger.

Stigningen i antallet af planer var relativt jævn i perioden fra september 2019 til og med februar 2020, hvor der blev indsendt omkring 5.000 nye planer om måneden. Antallet faldt til ca. 3.000 i marts 2020, hvor der stort set ikke blev indsendt nye forløbsplaner for KOL-patienter, hvilket kan henføres til udbruddet af COVID-19.

Forsinkelser i udviklingen og implementeringen af den tekniske løsning betød, at almen praksis senere end forudsat fik mulighed for at oprette og indsende digitale forløbsplaner. For diabetes type 2 var den tekniske løsning først klar primo 2019. Det betød, at der i 2018 alene blev indsendt

ca. 1.500 nye forløbsplaner, mens antallet steg til ca. 43.000 nye forløbsplaner i 2019. En anden medvirkende årsag til, at der er blevet indsendt færre forløbsplaner end forudsat er, at der har været tvivl om, hvorvidt de alene skulle tilbydes nydiagnosticerede patienter (diagnose inden for de seneste 4 år), eller om de også kunne anvendes i forhold til de øvrige patienter, hvis det vurderes relevant.

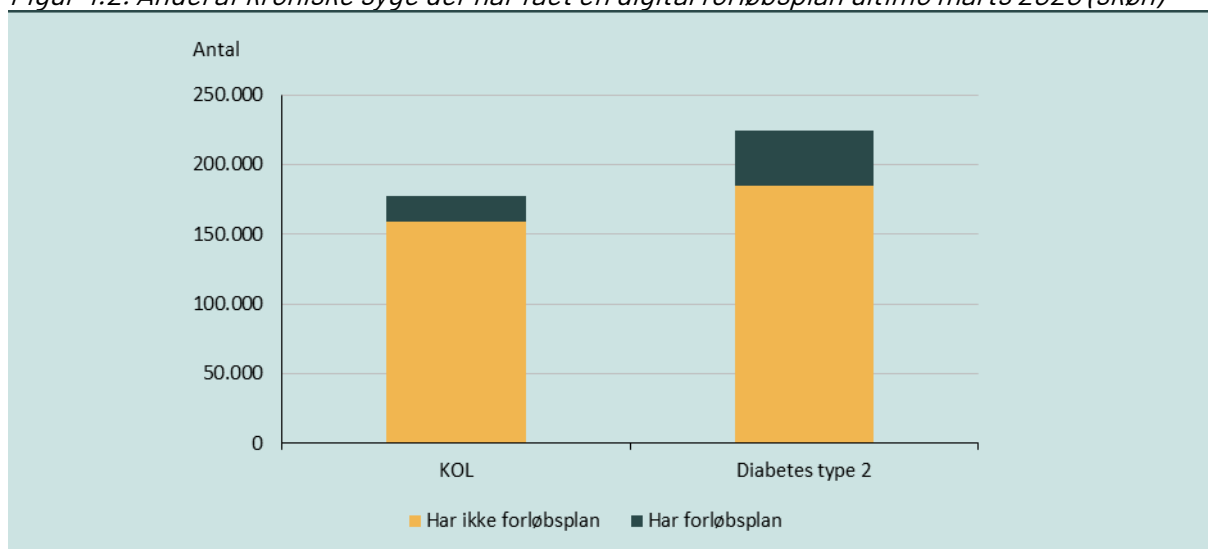
Samtidigt bemærkes, at antallet af oprettede digitale forløbsplaner er væsentlig højere end antallet af forløbsplaner, der er indsendt til www.forløbsplan.dk. Således var der ultimo marts 2020 oprettet 69.542 forløbsplaner i almen praksis' lægesystemer, dvs. ca. 20 pct. flere end antallet af indsendte planer. Over tid forventes denne forskel mellem antallet af oprettede og indsendte digitale forløbsplaner at blive reduceret.

Med de ca. 5.000 nye forløbsplaner, der månedligt blev indsendt i slutningen af 2019 og starten 2020, synes tempoet i implementeringen imidlertid at have nået det forudsatte, når der tages højde for forsinkelsen fra en forløbsplan er oprettet til, at den indsendes. Var COVID-19 udbruddet ikke indtruffet, tydede udviklingen med ca. 6.000 oprettede forløbsplaner månedligt, svarende til et årsniveau på ca. 72.000 nye forløbsplaner, på, at de opstillede mål for antal nye forløbsplaner ville være nået, men med en forskydning på godt et ½ år i forhold til det aftalte.

Som nævnt, blev implementeringen af de digitale forløbsplaner for KOL-patienter påbegyndt medio 2019, mens det først skete ved årsskiftet 2018-19 for diabetes type 2 patienter. Udbredelsen af forløbsplaner for diabetes type 2 er dog sket i en væsentlig hurtigere takt end for KOL-patienterne.

Det har bl.a. betydet, at 17,5 pct. af alle ca. 225.000 diabetes type 2 patienter havde adgang til deres digitale forløbsplan på www.forløbsplan.dk ultimo marts 2020, jf. figur 4.2. For de ca. 180.000 patienter med KOL udgjorde denne andel kun 10.6 pct.

Figur 4.2. Andel af kroniske syge der har fået en digital forløbsplan ultimo marts 2020 (skøn)



Note: Det totale antal af personer med KOL og diabetes type 2 er anslået ud fra forskellige kilder.

Kilde: MedCom og egne beregninger.

Et af temaerne for evalueringens øvrige aktiviteter har været at afdække årsagerne til denne forskellige udvikling for udbredelsen af forløbsplaner for de to patientgrupper.

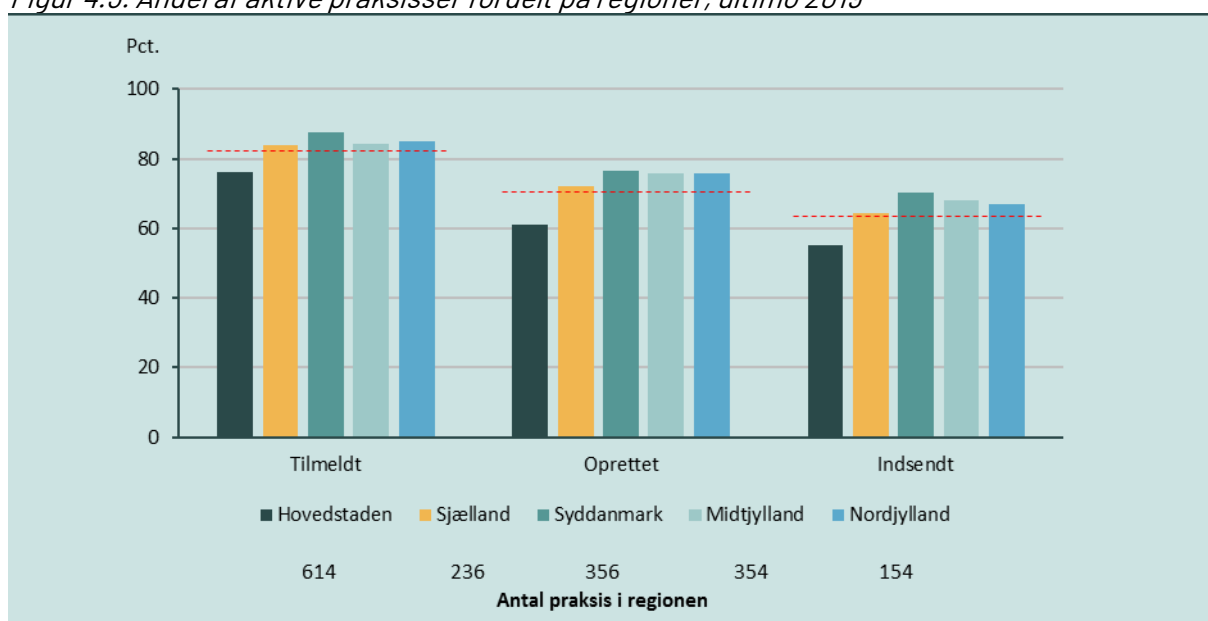
4.2. Udbredelse – forskelle på tværs af almen praksis

På grundlag af data fra MedCom kan en aktiv almen praksis defineres ved, om den har:

- Tilmeldt sig digitale forløbsplaner for KOL og/eller diabetes type 2
- Oprettet mindst én digital forløbsplan for KOL og/eller diabetes type 2 i sit lægesystem
- Indsendt mindst én digital forløbsplan for KOL og/eller diabetes type 2 til www.forløbsplan.dk, hvorved patienten selv kan tilgå sin forløbsplan

Ultimo 2019 var 82 pct. af alle landets almene praksisser tilmeldt digitale forløbsplaner, mens 70 pct. havde oprettet mindst én digital forløbsplan og 63 pct. havde indsendt mindst én forløbsplan til www.forløbsplan.dk, jf. figur 4.3.

Figur 4.3. Andel af aktive praksisser fordelt på regioner, ultimo 2019



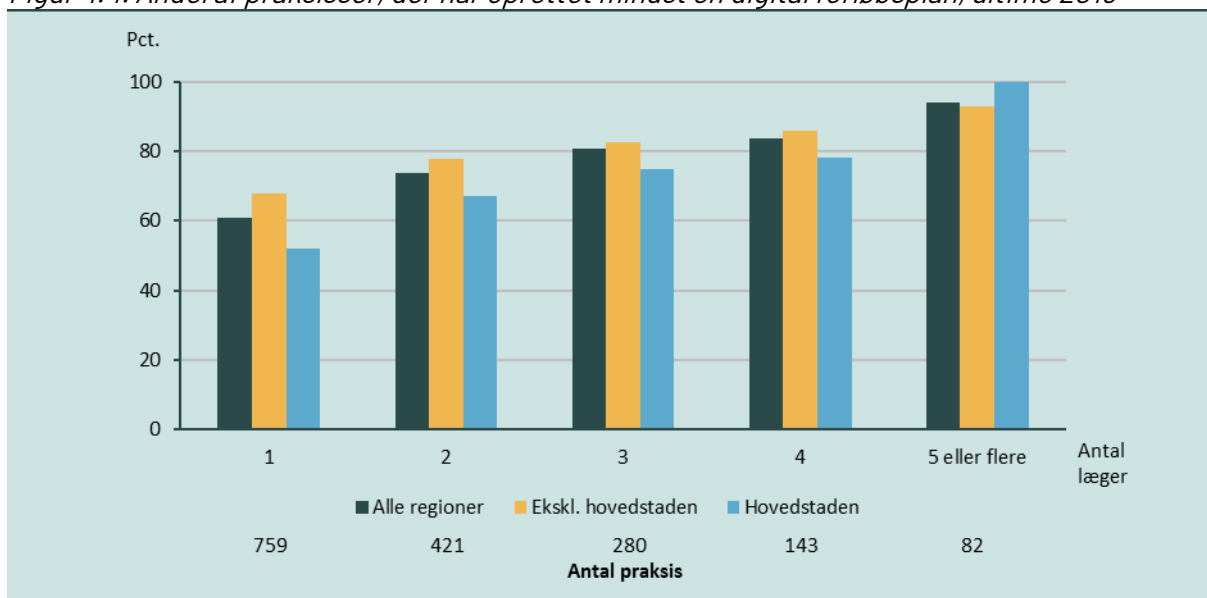
Kilde: MedCom og egne beregninger.

Andelen af aktive praksisser er for alle tre mål for aktivitet omtrent den samme i fire regioner – Sjælland, Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland, hvor fx 75 pct. af alle praksisser har oprettet mindst én forløbsplan.

Som den eneste afviger Region Hovedstaden fra det generelle billede, idet en mindre andel af regionens almene praksisser er aktive. Således er det fx kun 60 pct. af praksisserne, der har oprettet digitale forløbsplaner, hvor gennemsnittet for de øvrige regioner er 77 pct.

Denne forskel skyldes helt overvejende, at en markant mindre andel af enkeltmandspraksisserne i Region Hovedstaden (52 pct.) har oprettet forløbsplan end i resten af landet (68 pct.), jf. figur 4.4. Også for praksisser med to til fire læger er den aktive andel mindre i Region Hovedstaden, men dette er mindre udtalt end for enkeltmandspraksisserne.

Figur 4.4. Andel af praksisser, der har oprettet mindst én digital forløbsplan, ultimo 2019

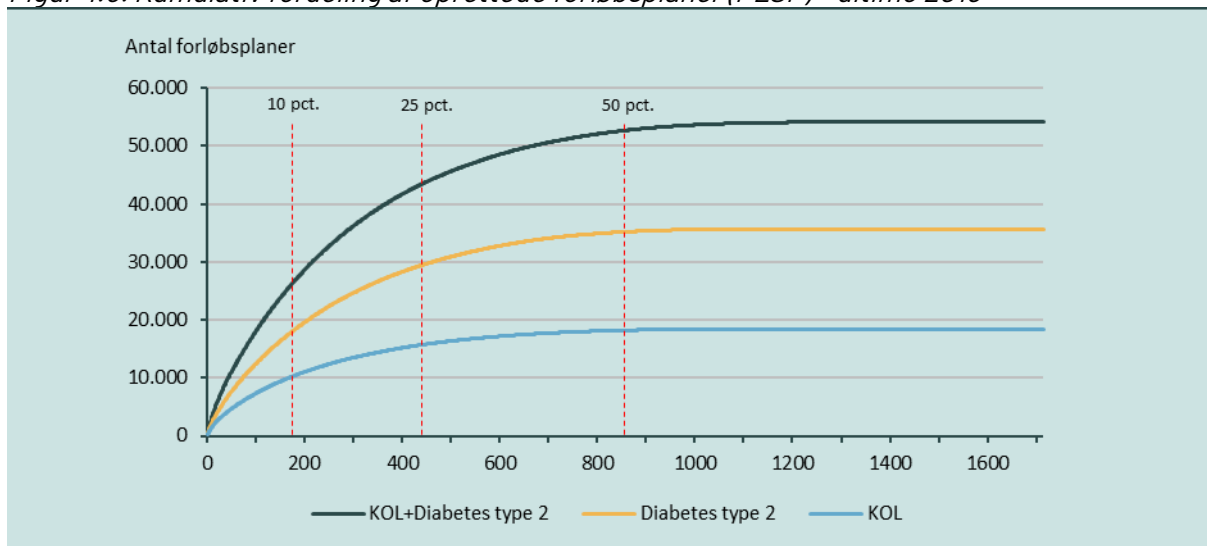


Kilde: MedCom og egne beregninger.

Ellers er andelen af praksisser, som har oprettet mindst én forløbsplan, stigende med størrelsen – her målt ved antallet af læger. For de 82 største praksisser med 5 eller flere læger gælder, at alle er tilmeldt digitale forløbsplaner, og 94 pct. har oprettet mindst én forløbsplan.

Det er imidlertid stor spredning i, hvor mange digitale forløbsplaner de enkelte praksisser har oprettet. De 10 pct. af alle praksis, der har oprettet flest forløbsplaner, tegner sig for næsten halvdelen af alle oprettede forløbsplaner (47,9 pct. eller 25.922), jf. figur 4.5.

Figur 4.5. Kumulativ fordeling af oprettede forløbsplaner (PLSP) – ultimo 2019



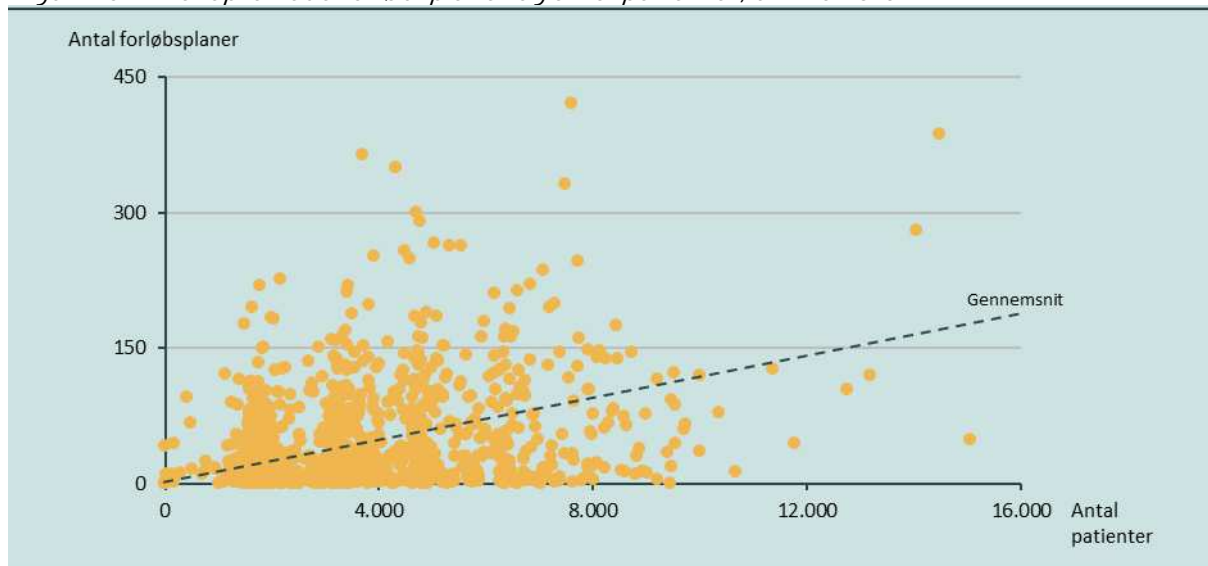
Kilde: MedCom og egne beregninger.

Tilsvarende tegner de mest aktive 25 pct. sig for næsten 80 pct. af alle forløbsplaner, mens næsten alle forløbsplaner er oprettet af halvdelen af landets almene praksisser. Billedet er omtrent

det samme, når der ses på oprettede forløbsplaner for patienterne med KOL og diabetes type 2 hver for sig.

Spredningen i, hvor mange den enkelte almene praksis har oprettet, gælder for alle størrelser af praksis – her opgjort ved antallet patienter, *jf. figur 4.6.*

Figur 4.6. Antal oprettede forløbsplaner og antal patienter, ultimo 2019



Note: Der var ultimo 1.179 almene praksisser, der havde oprettet mindst én digital forløbsplan, og hvor der er data for deres patientantal. Hver af disse er repræsenteret ved en \bullet i figuren.

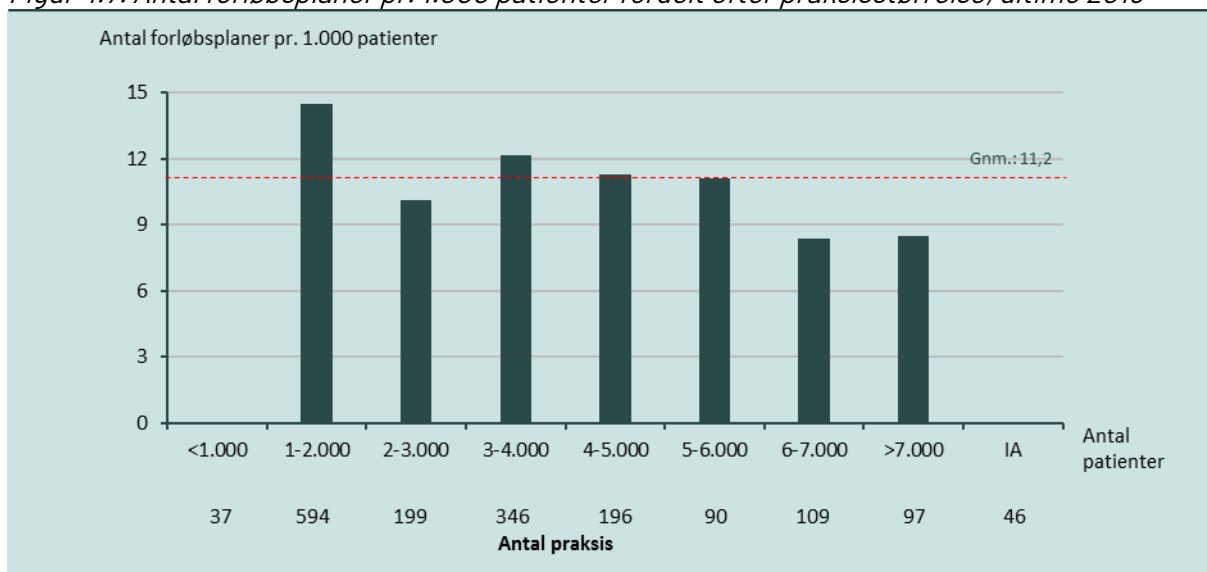
Kilde: MedCom og egne beregninger.

På landsplan har de almene praksisser, der har oprettet mindst én digital forløbsplan, gennemsnitligt oprettet 11,2 forløbsplaner pr. 1.000 patienter (repræsenteret ved den stiplede linje). Selv om der er en tendens til, at de mindre praksisser ligger under gennemsnittet, er der også mange af dem, der har oprettet forholdsvis mange forløbsplaner. Af de fem almene praksis, der ultimo 2019 havde oprettet flere end 300 forløbsplaner, har to omkring 4.000 patienter, to omkring 8.000 patienter, mens den sidste har omkring 15.000 patienter.

Opgjort som gennemsnit har almene praksisser med 1.000-2.000 patienter, der har oprettet mindst én digital forløbsplan, oprettet 14,5 forløbsplaner pr. 1.000 patienter, *jf. figur 4.7.* Dette er højere end for af almene praksisser med flere patienter. Fx har de almene praksisser med mere end 6.000 patienter i gennemsnit kun oprettet 8,5 plan pr. 1.000 patienter.

Billedet er i forhold til mindre praksisser er derfor todelt. På den ene side er andelen af de mindre praksisser, der er aktive i form af at oprette digitale forløbsplaner, forholdsvis lav. Men de af små praksisser, der er aktive, er på den anden side mere aktive end de større – i hvert fald målt som gennemsnit.

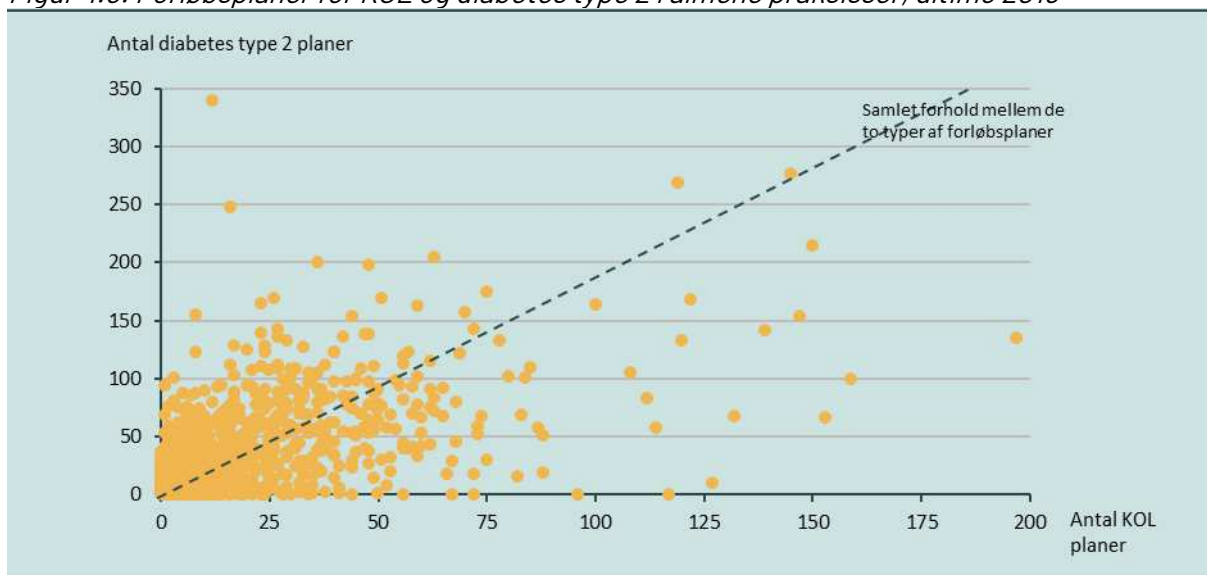
Figur 4.7. Antal forløbsplaner pr. 1.000 patienter fordelt efter praksisstørrelse, ultimo 2019



Kilde: MedCom og egne beregninger.

Der er også betydelig spredning på tværs af de almene praksisser i, hvordan de oprettede digitale forløbsplaner fordeler sig mellem KOL og diabetes type 2, jf. figur 4.8. I gennemsnit var der ultimo 2019 oprettet ca. 1,9 forløbsplan for diabetes type 2 patienter pr. forløbsplan for KOL-patienter (repræsenteret ved den stiplede linje i figuren).

Figur 4.8. Forløbsplaner for KOL og diabetes type 2 i almene praksisser, ultimo 2019



Note: Der var ultimo 1.203 almene praksis, der havde oprettet mindst én digital forløbsplan. Hver af disse er repræsenteret ved en • i figuren.

Kilde: MedCom og egne beregninger.

Spredningen omkring dette gennemsnit er dog betragteligt. Fx har en almen praksis oprettet næsten 350 forløbsplaner for diabetes type 2, men under 20 forløbsplaner for KOL. I kontrast

hertil er der et eksempel på en almen praksis, der oprettet ca. 120 forløbsplaner for KOL, men ingen for diabetes type 2.

Sammenfattende tegner den kvantitative analyse først og fremmest et billede af en meget stor spredning i forhold til, hvilke almene praksisser der frem til slutningen af 2019 var aktive i forhold til at anvende digitale forløbsplaner. Uanset, hvilken baggrundsvariable der anvendes, er der inden for alle kategorier mange eksempler på almene praksisser, der har implementeret og i betydeligt omfang anvender digitale forløbsplaner, men der er også mange eksempler på det modsatte.³

Selv om der ses en sammenhæng mellem størrelsen af de almene praksisser og andelen af aktive praksisser, og at der relativt er færre aktive praksisser i Region Hovedstaden, viser den store spredning, at dette ikke kan henføres til strukturelle forhold. Dvs. de forhold, der beskrives ved baggrundsvariablene. Dette kommer mest tydeligt til udtryk ved, at det blandt de aktive praksisser er de mindste, der har oprettet flest forløbsplaner pr. 1.000 patienter.

Andre forhold må derfor forklare spredningen og dermed den uensartede implementering af digitale forløbsplaner blandt landets godt 1.700 almene praksisser. Grundholdning til digitale forløbsplaner som koncept, pres på den almene praksis' ressourcer, forskelle i patientgrundlag osv. kan potentielt have betydning for, hvorfor to tilsyneladende ens almene praksisser har implementeret og anvender digitale forløbsplaner på vidt forskellige måder. Dette overvejes yderligere i afsnit 6, der præsenterer resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis.

³ Udover de baggrundsvariable, der er præsenteret her (region, antal læger og antal patienter), er der set på en eventuel betydning af de lægesystemer, der anvendes i almen praksis. Mønsteret er imidlertid det samme. Uanset lægesystem er der eksempler på almene praksisser med et højt aktivitetsniveau, et lavt aktivitetsniveau eller slet ingen aktivitet i forhold til digitale forløbsplaner.

5. Patientperspektivet

I dette afsnit er fokus på patienternes erfaringer og oplevelser med de digitale forløbsplaner, baseret på spørgeskemaundersøgelserne, interviews og fokusgruppe interviews med patienter og input fra eksperter samt læger og praksispersonale i de praksisser, der har været besøgt, samt den afholdte kvalificeringsworkshop.

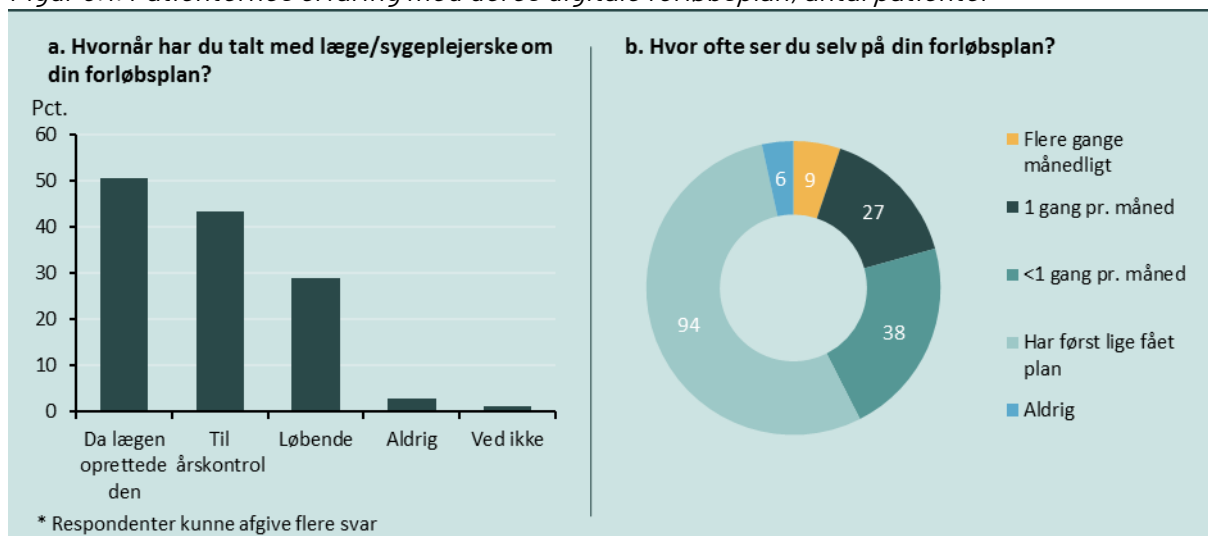
5.1. Patienternes anvendelse af deres forløbsplaner

Indledningsvis skal der peges på to forhold, der er væsentlige i forhold til fortolkningen af resultaterne. For det første er de patienter, som har deltaget i de forskellige aktiviteter, ud fra en gennemsnitlig betragtning formentlig mere ressourcestærke end gennemsnittet af de samlede patientgrupper med KOL og diabetes type 2. Det gælder ikke mindst i forhold til spørgeskemaundersøgelsen, givet den måde, hvorpå det var muligt at kontakte patienter i målgrupperne.

For det andet er patienternes erfaringer med deres digitale forløbsplaner forholdsvis begrænsede på nuværende tidspunkt. Enkelte har haft deres forløbsplan i 1½ år, mens andre først har fået den for nyligt. Da mange patienter formentlig kun vil have behov og mulighed for at drøfte deres plan i forbindelse med en årskontrol, kan det ikke forventes, at anvendelsen af forløbsplaner står den enkelte patient helt klart. Ligeledes er mange almene praksisser først ved at finde ud af, hvordan forløbsplanerne kan anvendes bedst muligt i mødet med patienten.

Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at det kun er 89 eller ca. halvdelen af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen, der angiver at have talt med lægen/sygeplejersken om forløbsplanen i forbindelse med oprettelsen, *jf. figur 5.1.a*.

Figur 5.1. Patienternes erfaring med deres digitale forløbsplan, antal patienter



Nogle færre angiver at have talt om forløbsplanen ved en årskontrol eller løbende. Men samlet set har godt 90 pct. af alle respondenterne ved mindst en lejlighed talt med deres læge/sygeplejerske om deres forløbsplan.

Tilsvarende er det over halvdelen af respondenterne, der på spørgsmålet om, hvor ofte de selv ser på deres digitale forløbsplan hjemmefra, angiver, at de først lige har fået deres forløbsplan, *jf. figur 5.1.b*. Det er få patienter, der ser på deres forløbsplan mere end en gang om måneden, mens en pæn andel gør det ca. en gang om måneden og lidt flere mindre hyppigt.

Det er i den forbindelse væsentligt, at der generelt ikke sker opdateringer af de digitale forløbsplaner, med mindre patienten har haft en konsultation vedrørende KOL eller diabetes type 2. Undtagelsen er på medicinområdet, hvor opdateringen sker løbende. For mange vil den derfor kun blive justeret i forbindelse med årskontroller, hvor der foretages nye målinger og eventuelt indgås aftaler om ændrede egne mål. Derfor vil der for de fleste patienter ikke være grund til at logge ind på deres digitale forløbsplan løbende. Den observerede brug er derfor primært relevant i forhold til at illustrere betydningen af, at digitale forløbsplaner er et nyt koncept, der er under implementering – også hos patienterne.

Forklaringer og perspektivering

Patienternes egen brug af de digitale forløbsplaner er meget begrænset. Ifølge KiAP var der i januar 964 unikke logins på www.forlobsplan.dk, hvilket kan sammenholdes med, at mere end 45.000 personer havde adgang til deres forløbsplan. Endvidere er det blandt respondenterne af spørgeskemaundersøgelsen de færreste, der er hyppige brugere. Samtidig er det formodningen, at respondenterne er mere ressourcestærke og dermed ikke repræsentative for de samlede patientgrupper.

Dette billede var genkendeligt for deltagerne på den afholdte kvalificeringsworkshop. Der er givetvis flere forklaringer for den begrænsede brug, herunder at mange formentlig ikke er bevidst om muligheden for at tilgå deres digitale forløbsplan. Det var bl.a. vurderingen blandt nogle af deltagerne, at ikke alle almene praksisser "markedsfører" muligheden og opfordrer deres patienter til at anvende den.

Dette blev bekræftet ved de gennemførte interviews af patienter, hvoraf flere ikke havde en digital forløbsplan. Disse interviews blev derfor indledt med at vise en kort introduktionsvideo fra KiAP's hjemmeside, så deltagerne kunne få et indblik i, hvad digitale forløbsplaner handler om.

Den umiddelbare reaktion fra flere af patienterne var, at muligheden for en digital forløbsplan forekom dem relevant og interessant, og at de ville spørge til det ved deres næste besøg i almen praksis. Ofte var det overblikket over tal og værdier, der blev nævnt som begrundelse for interessen.

Dette illustrerer det forhold, at digitale forløbsplaner fortsat under implementering, og at bl.a. patienternes kendskab til og egen brug af planerne er langt fra at have fundet det leje, der må forventes på sigt.

Det skal dog også bemærkes, at en "manglende" markedsføring kan være begrundet med, at de almene praksisser vurderer, at værdien for patienten af selv at se på sin forløbsplan vil være begrænset. Enten fordi indholdet af de nuværende planer ikke er tilstrækkeligt relevant, eller fordi nogle af patienterne mangler kompetencerne til at anvende den digitale løsning eller er så syge

eller ressourcsevage, at de ikke vil fået noget ud af at se på deres egen plan. Disse aspekter ud-
dybes nedenfor.

I den forbindelse er det også blevet nævnt ved ekspertinterviews, at den patientrettede del af
de digitale forløbsplaner aldrig har været anset som specielt tilfredsstillende. Det er bl.a. blevet
udtrykt ved, at de digitale forløbsplaner reelt ikke er en "plan", men mere har karakter af et sta-
tusdokument. Dvs., hvad var patientens tal og værdier, hvilke aftaler blev der indgået i forhold til
patientens egen indsats ved seneste kontrol osv. Dertil kommer, at de digitale forløbsplaner
ikke giver overblik over deres samlede behandlingsforløb, der ofte involverer kontakter til hos-
pitalsvæsenet, speciallæger, det kommunale sundhedsvæsen mv.

Flere respondenter har i spørgeskemaundersøgelsen påpeget den begrænsede information i
forhold til deres samlede behandlingsforløb, som en ulempe ved deres digitale forløbsplan.

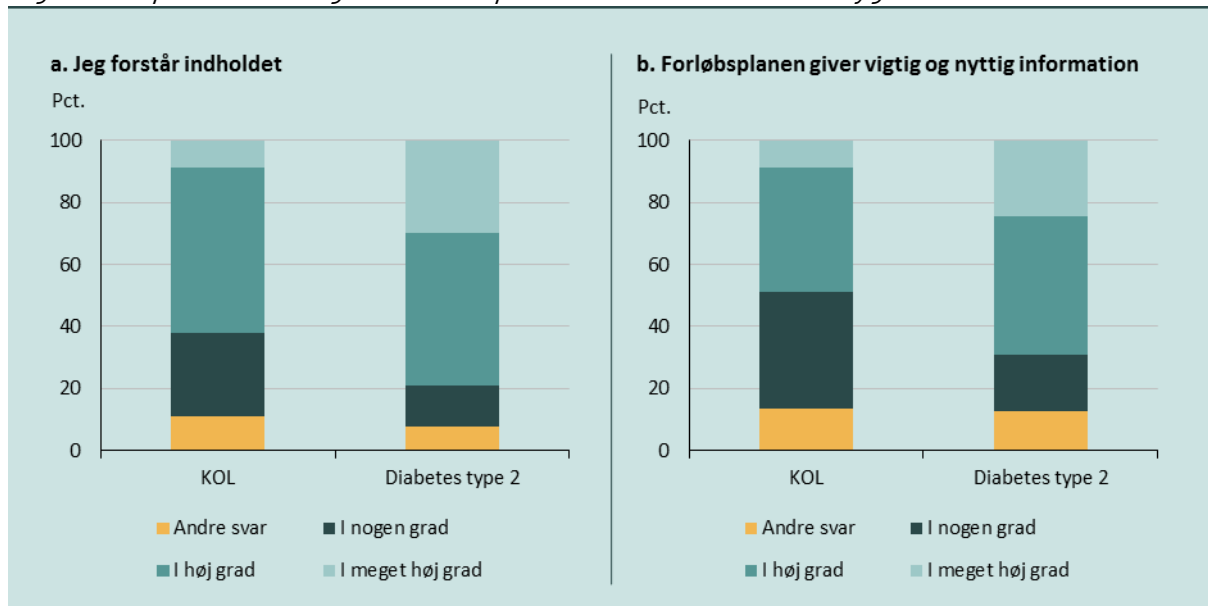
Fraværet af det fulde overblik og (løbende opdaterede) oplysninger i forhold til fremadrettede
aftaler som led i behandlingsforløbet må forventes at have som konsekvens, at færre patienter
vil anvende muligheden for selv hjemmefra at se og anvende deres forløbsplan, og at dem, der
anvender dem, ikke vil se på den særligt hyppigt.

5.2. Patienternes vurdering af de digitale forløbsplaner

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Langt den overvejende del af patienterne svarer, at de i høj eller meget høj grad forstår indhol-
det af deres digitale forløbsplaner og finder indholdet vigtigt og nyttigt, *jf. figur 5.2.*

Figur 5.2. Opfattelse af digitale forløbsplaner fordelt efter kronisk sygdom



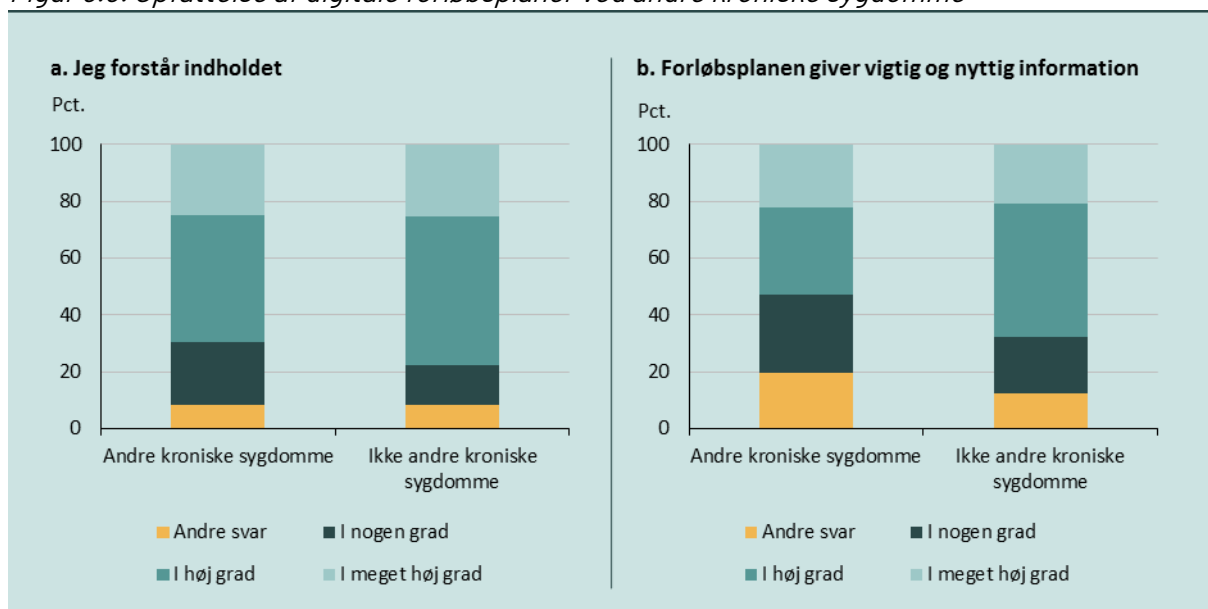
Note: Opgørelserne omfatter 7 respondenter, der har både KOL og diabetes type 2 og derfor indgår i begge grupper. På grund af få observationer er svarmulighederne "i mindre grad", "slet ikke" og "ved ikke" slået sammen i "andre svar".

Der er dog nogen forskel i vurderingen fra patienterne med KOL og fra patienterne med diabetes type 2. Fx finder hver fjerde patient med diabetes type 2, at forløbsplanernes indhold i meget høj grad er vigtigt og nyttigt, mens det er tilfældet for under 10 pct. af KOL-patienterne.

Udover den kroniske sygdom, der har givet anledning til oprettelsen af forløbsplaner, er der imidlertid andre forskelle mellem de to patientgrupper. Komorbiditet er fx væsentligt mere hyppigt forekommende blandt KOL-patienterne end blandt patienterne med diabetes type 2. Blandt respondenterne gælder det således, at 38 pct. af patienterne med KOL oplyser, at de har andre kroniske sygdomme, mens det kun er tilfældet for 17 pct. af patienterne med diabetes type 2.

Sammenlignes den gruppe af respondenter, der har angivet at have andre kroniske sygdomme med dem, der alene har KOL eller diabetes type 2, er der ikke en nævneværdig forskel i forhold til deres forståelse af indholdet af deres digitale forløbsplaner, *jf. figur 5.3.a*. Derimod finder respondenterne med andre kroniske sygdomme i lidt mindre omfang, at indholdet er deres forløbsplaner er vigtigt og nyttigt, *jf. figur 5.3.b*.

Figur 5.3. Opfattelse af digitale forløbsplaner ved andre kroniske sygdomme



Note: På grund af få observationer er svarmulighederne "i mindre grad", "slet ikke" og "ved ikke" slået sammen i "andre svar".

En anden forskel mellem de to patienter grupper er deres uddannelsesniveau. Blandt respondenterne gælder det fx, at 40 pct. af KOL-patienterne angiver at have grundskolen eller en gymnasial uddannelse som højeste afsluttede uddannelse, mens denne andel blandt patienterne med diabetes type 2 er 25 pct.⁴

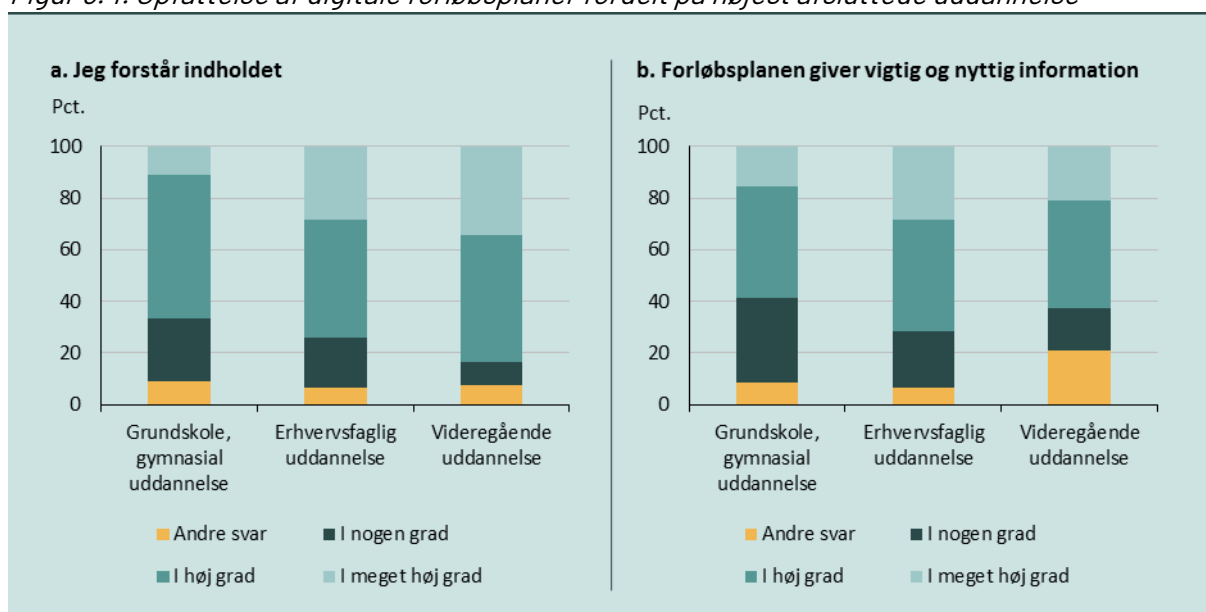
I forhold til respondenternes vurdering af, om de forstår indholdet af deres digitale forløbsplan, er der en vis sammenhæng med deres uddannelsesniveau, *jf. figur 5.4.a*. I forhold til navnlig dette spørgsmål kan det dog spille ind, at de patienter, der har haft mulighed for at besvare

⁴ Meget få angiver at have en gymnasial eller erhvervgymnasial uddannelse som deres højeste uddannelse, hvorfor denne gruppe helt overvejende består af personer med grundskolen som den højest afsluttede uddannelse.

spørgeskemaet, gennemsnitligt må formodes at være mere ressourcestærke end gennemsnittet. Gælder dette særligt i forhold til patienter med grundskolen som højest afsluttede uddannelse, vil betydningen af uddannelsesniveau være undervurderet.

Mønstret er et andet i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt respondenterne finder, at deres forløbsplan indeholder vigtig og nyttig information. Her er det navnlig respondenter med en erhvervsfaglig uddannelse, der mener, at det i høj eller meget grad er tilfældet, *jf. figur 5.4.b*. Blandt respondenterne med en videregående uddannelse er der en forholdsvis andel i "andre svar". Dette dækker bl.a. over, at er forholdsvis mange, der slet ikke finder indholdet vigtigt og nyttigt. Selv om det absolutte antal ikke er stort (7 respondenter), kan det være udtryk for, at en gruppe af meget ressourcestærke patienter finder viden om deres sygdom andre steder og derfor ikke finder, at de digitale forløbsplaner bidrager med noget nyt.

Figur 5.4. Opfattelse af digitale forløbsplaner fordelt på højest afsluttede uddannelse



Note: På grund af få observationer er svarmulighederne "i mindre grad", "slet ikke" og "ved ikke" slået sammen i "andre svar".

Fordeles respondenterne efter både deres kroniske sygdom og deres højest afsluttede uddannelse, tegner der sig et billede, hvor begge faktorer har betydning. Når en mindre del af KOL-patienterne end patienterne med diabetes 2 svarer, at de i høj eller meget høj grad forstår indholdet af deres forløb, skyldes det delvist, at de i gennemsnit har et lavere uddannelsesniveau. Dette gælder også, men i mindre grad i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt patienterne finder indholdet af deres forløbsplan vigtigt og nyttigt.

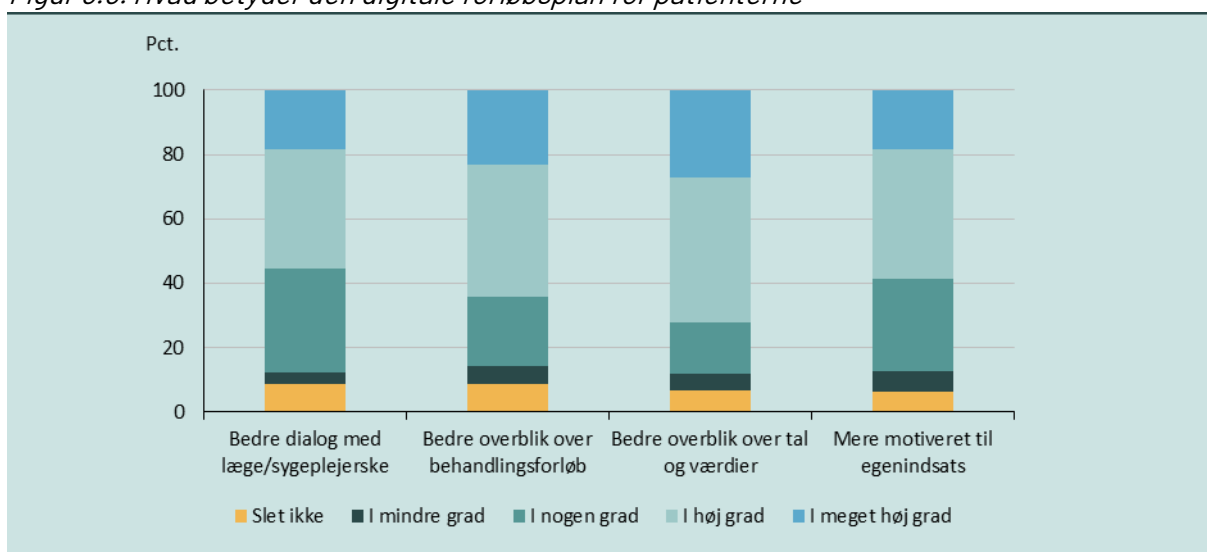
Med forbehold for, at antallet af observationer bliver begrænset, når svarene opdeles efter to kriterier, indikerer resultaterne, at typen af kronisk sygdom har væsentlig indflydelse på, om patienterne finder indholdet af deres forløbsplan vigtigt og nyttigt. Dette gælder også i forhold til patienternes oplevelse af at forstå indholdet af deres forløbsplan, men her spiller deres uddannelsesniveau også en rolle.

Respondenterne blev også bedt om at vurdere, hvilken betydning deres digitale forløbsplaner har haft i forhold til:

- Deres dialog med læge/sygeplejerske
- Det overblik, de får over deres behandlingsforløb
- Det overblik, de får over deres tal og værdier
- Deres motivation for egen indsats og egenomsorg

Generelt finder den overvejende del af respondenterne, at deres forløbsplaner lever op til disse formål i høj eller meget høj grad, *jf. figur 5.5*. Det gælder mest i forhold til at få skabt overblik over tal og værdier og mindst i forhold til øget motivation for egenomsorg. Resultaterne er stort set det samme for respondenterne med KOL henholdsvis diabetes type 2.

Figur 5.5. Hvad betyder den digitale forløbsplan for patienterne



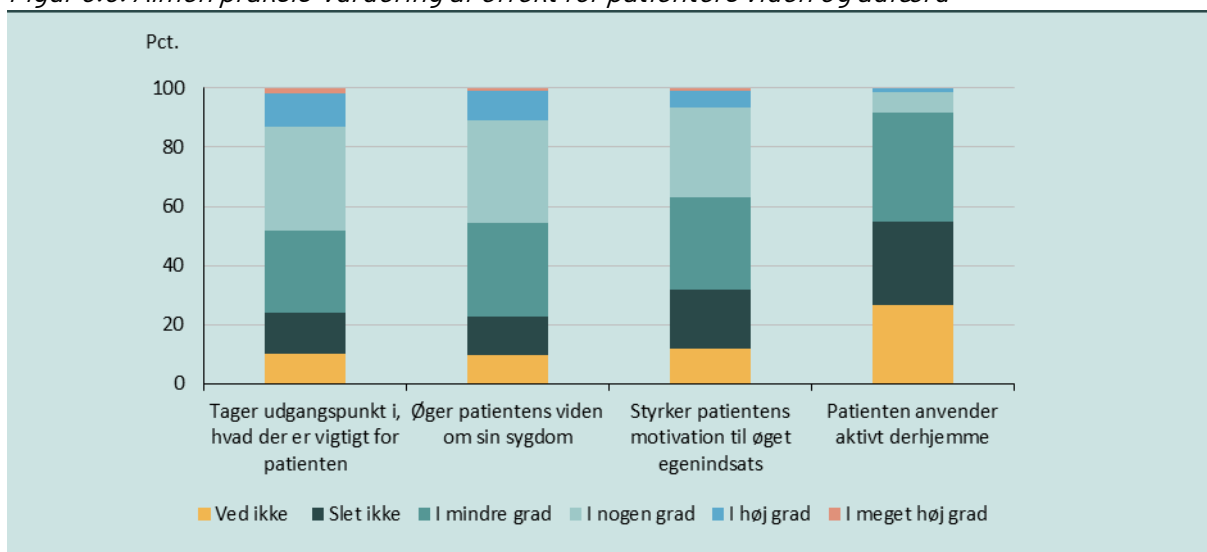
Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Disse resultater kan sammenholdes med almen praksis' vurdering af de digitale forløbsplaners effekt for patienternes viden og adfærd, der blev dækket med et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis.

Mere end halvdelen af respondenterne fra almen praksis vurderer, at de digitale forløbsplaner har en vis effekt i forhold til at øge patienternes viden om deres sygdom og styrke deres motivation til en øget egenindsats, *jf. figur 5.6*. Størrelsen af effekten vurderes dog at være forholdsvis lille.

En medvirkende årsag til disse vurderinger kan være, at der er omkring 40 pct. af respondenterne fra almen praksis, der finder, at de digitale forløbsplaner slet ikke eller kun i mindre grad tager udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for patienterne. Årsagerne hertil vil blive uddybet i det efterfølgende, men i forhold til den del af formålet med digitale forløbsplaner, der vedrører større patientinddragelse, er resultatet markant.

Figur 5.6. Almen praksis' vurdering af effekt for patienters viden og adfærd



Forklaringer og perspektivering

Et tilbagevendende spørgsmål i interviews med eksperter, læger og andet praksispersonale samt på kvalificeringsworkshoppen har været, i hvilket omfang den digitale forløbsplan for KOL fungerer lige så godt eller dårligere end forløbsplanen for diabetes type 2.

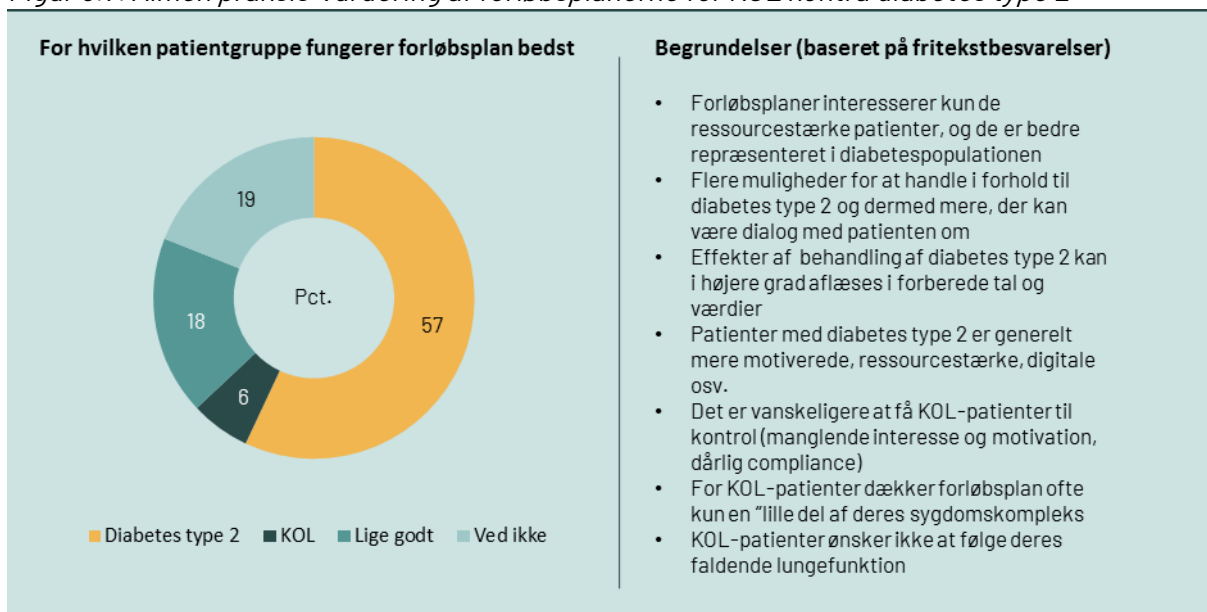
Det er generelt opfattelsen, at digitale forløbsplaner fungerer bedre for patienterne med diabetes type 2 end for KOL-patienterne både i forhold til dialogen mellem patienten og læge/sygeplejerske og i forhold til patientens egen brug af deres forløbsplan. Dette synspunkt understøttes også af:

- Udbredelsen af digitale forløbsplaner for diabetes type 2 er sket væsentligt hurtigere end for KOL-patienter, jf. i øvrigt afsnit 4.
- Patienter med diabetes type 2 er overrepræsenteret blandt respondenterne af spørgeskemaundersøgelsen rettet mod patienter, jf. bilag A.
- Vurderingen af spørgsmålet i spørgeskemaet rettet mod almen praksis, hvor 57 pct. af respondenterne mener, at de fungerer bedst for patienter med diabetes type 2, jf. figur 5.7.

Der er blandt interviewpersonerne og på kvalificeringsworkshoppen – og som det fremgår i fritekstkommentarerne fra respondenterne af spørgeskemaet rettet mod almen praksis – peget på flere årsager til dette.

En årsag er, at KOL-patienter ofte lider af andre kroniske sygdomme og er mere syge end patienter med diabetes type 2, hvoraf en meget stor del er velbehandlede uden væsentlige gener af deres sygdom i dagligdagen. Derfor har mange KOL-patienter mindre overskud og færre ressourcer i forhold til selv at forholde sig til deres KOL-sygdom. Dertil kommer, at der i gruppen af KOL-patienter er flere lavt uddannede, jf. også ovenfor.

Figur 5.7. Almen praksis' vurdering af forløbsplanerne for KOL kontra diabetes type 2



En anden årsag, der er fremført, er sygdommens karakter. Mens patienter med diabetes type gennem fx livsstilsændringer har mulighed for at forbedre deres tal og værdier og dermed mindske risikoen for senere komplikationer af deres sygdom, kan KOL-patienterne i bedste fald typisk kun begrænse forværringen af deres sygdom. I flere interviews og på kvalificeringsworkshoppen er dette fremført som en faktor, der kan have væsentlig betydning for motivationen til at forholde sig så detaljeret til deres sygdom, som de digitale forløbsplaner lægger op til. Heri ligger også, at den digitale forløbsplan for KOL sammenligner patientens udvikling med nogle normalværdier, hvorfor den viste udvikling meget ofte være negativ, uanset hvad patienten gør i forhold til egenomsorg.

I de gennemførte interviews gav nogle udtryk for, at lungepatienter kan blive "angste", hvis de ser en negativ udvikling i fx deres lungekapacitet, og derfor ikke nødvendigvis er interesseret i at blive mindet om deres tal og målinger. Dette understøtter synspunktet om, at KOL-patienterne betragtet som samlet gruppe finder mindre motivation i forløbsplanerne end patienterne med diabetes type 2. Dog skal det bemærkes, at resultaterne af en ny måling af lungekapaciteten gives direkte til patienten af lægen/sygeplejersken. Når en patient åbner sin digitale forløbsplan, vil der således ikke dukke tal og værdier op, som patienten ikke på forhånd var bekendt med.

Det er i den forbindelse oplyst, at der arbejdes på en løsning, hvor KOL-patientens udvikling sammenlignes med en forventet udvikling. En øget egenomsorg vil i så fald vise sig i form af en positiv udvikling i forhold til det forventede.

Mens det generelle billede er, at de digitale forløbsplaner fungerer bedre for patienter med diabetes type 2 end KOL-patienter, er der betydelig forskel i vurderingen af, hvor stor forskellen er. Af spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis fremgår, at en ikke ubetydelig del af respondenterne finder, at de er stort set lige gode, mens andre har i både spørgeskemaundersøgelsen og under besøgene i almen praksis tilkendegivet, at digitale forløbsplaner for alle praktiske formål ikke giver værdi for KOL-patienter.

Spørgeskemaundersøgelsen synes dog at afkræfte sidstnævnte synspunkt. Uanset, at patienter med KOL er underrepræsenteret blandt respondenterne og i noget mindre grad finder indholdet af deres digitale forløbsplan vigtigt og relevant, er det dog en væsentlig andel, der finder, at deres forløbsplan giver dem værdi i form af bedre overblik og bedre dialog med læge eller sygeplejerske. Og denne andel er stort set den samme som for respondenterne med diabetes type 2.

Det forhold, at de digitale forløbsplaner har størst værdi for de mest ressourcestærke og mindst syge patienter med KOL og diabetes type 2 – og omvendt ingen værdi for de allersvageste og mest syge patienter – giver anledning til en overvejelse om, hvorvidt dette bidrager til at forøge uligheden i sundhedsvæsenet. Dette blev bl.a. drøftet på kvalificeringsworkshoppen.

Umiddelbart vil de ressourcer, som sundhedsvæsenet anvender på at implementere digitale forløbsplaner, ud fra et patientperspektiv primært gavne de ressourcestærke og ofte mindst syge patienter. Heroverfor står for det første, at de digitale forløbsplaner kan dække et behov blandt de ressourcestærke patienter i forhold til informationer, som ellers til dels ville være blevet dækket ved flere kontakter til almen praksis. For det andet kan de gennem en ændret arbejdsdeling i almen praksis, hvor sygeplejersker og andet praksispersonale overtager opgaver i forbindelse med kontroller etc., frigøre lægetid, der i stedet kan anvendes på de svageste patienter, der har mest behov for det.

Det er ikke muligt ud fra evalueringen at pege på, hvilke af disse effekter der er stærkest, og derfor hvad nettoeffekten potentielt kan være i forhold til uligheden i sundhed. Men det er væsentlig afvejning, der bør foretages ved fremtidige beslutninger om både anvendelse af yderligere ressourcer for at forbedre de nuværende forløbsplaner for KOL og diabetes type 2 og udviklingen af digitale forløbsplaner for andre kroniske sygdomme. Spørgsmålet om resourceanvendelsen i almen praksis overvejes yderligere i afsnit 6.

En anden dimension i forhold til patienternes anvendelse af deres digitale forløbsplan er, at muligheden for selv at kunne tilgå sin digitale forløbsplan synes at tiltale nogle patienter mere end andre. Blandt deltagerne i både patientinterviewene og spørgeskemaundersøgelsen er der nogle, for hvem det at følge med i deres tal og værdier er vigtigt og en motiverende faktor, ligesom forløbsplanen giver mulighed for at forbedre sig til fx en årskontrol. For andre synes dette mindre væsentligt, og de har valgt andre tilgange til at finde den bedst mulige tilværelse med deres sygdom. Sådanne grundlæggende forskelle i patienternes tilgang til deres kroniske sygdom kan muligvis forklare, hvorfor mænd er overrepræsenterede blandt respondenterne af spørgeskemaundersøgelsen.

Et er patientens egen brug af deres forløbsplan, et andet væsentligt aspekt i forhold til patientperspektivet er anvendelsen af forløbsplaner i mødet mellem patient og læge/sygeplejerske. Som beskrevet ovenfor oplever størstedelen af de patienter, der har svaret på spørgeskemaet, at de digitale forløbsplaner har forbedret deres dialog med læge/sygeplejerske.

På kvalificeringsworkshoppen blev der lagt vægt på vigtigheden af at finde balancen i mødet med patienten. Den struktur, som de digitale forløbsplaner giver i forhold til at komme "hele vejen rundt", må ikke overtage indholdet af dialogen med patienten, så der ikke tages udgangspunkt i, hvad der er vigtigst for patienten at få talt om, hvilket altid er udgangspunktet for en konsultation. Der var blandt deltagerne en erkendelse af, at det kræver tilvænnning at nå til det punkt, hvor de digitale forløbsplaner bliver en støtte for, snarere end en begrænsende struktur

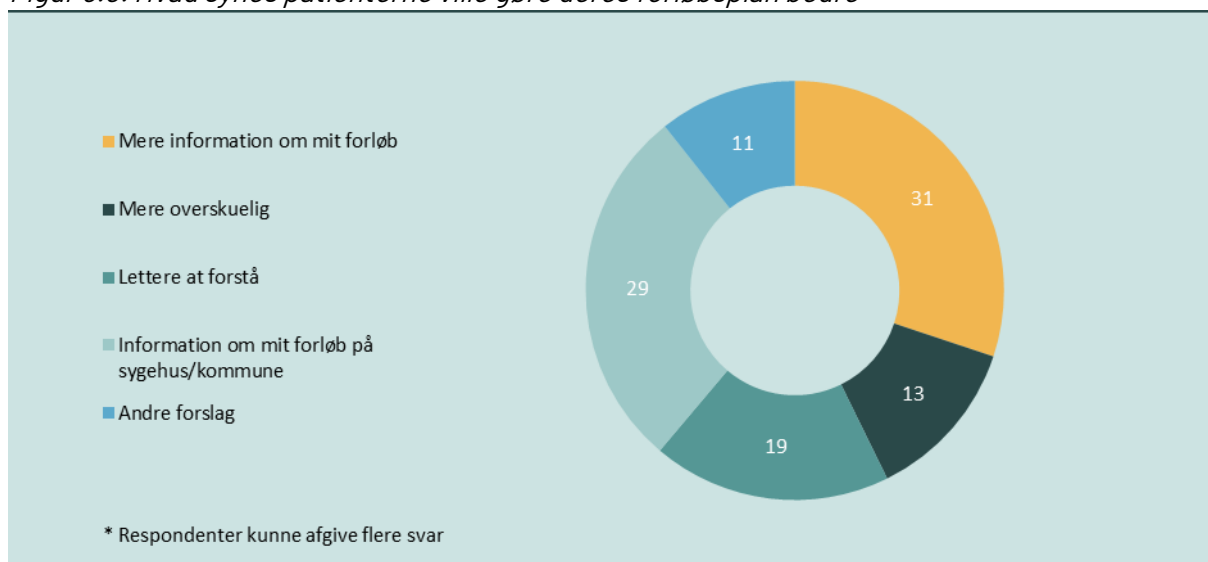
for mødet med patienten. En af deltagerne, der har implementeret de digitale forløbsplaner i en almen praksis, gav udtryk for, at det havde været vanskeligt at komme i gang, men at det nu fungerede godt – og vurderingen var, at patienterne var af samme opfattelse.

5.3. Patienternes forslag til forbedringer af de digitale forløbsplaner

65 ud af de 164 patienter, der har besvaret spørgeskemaet, har anført forslag til forbedringer af de digitale forløbsplaner. De resterende 99 har svaret, enten at de ikke har forslag (planen er god nok, som den er) eller "ved ikke".

De mest udtalte ønsker blandt patienterne er, at de digitale forløbsplaner skal indeholde mere informationer om deres forløb – både den del, der foregår i almen praksis, men også den del af behandlingsforløbet, der foregår på sygehus og/eller i kommunalt regi. Omkring 30 patienter har ønsket forbedringer på hvert af de to områder, jf. figur 5.8.

Figur 5.8. Hvad synes patienterne ville gøre deres forløbsplan bedre



Nogle finder også, at de digitale forløbsplaner kunne være lettere at forstå og mere overskuelige.

Ønsket om, at de digitale forløbsplaner er mere dækkende i forhold til de dele af behandlingsforløbet, der foregår andre steder end i almen praksis, kan også ses i de forslag, som respondenterne havde mulighed for at give som fritekst, jf. boks 5.1. Ønsket synes for nogle at omfatte både (i) aftaler andre steder, (ii) målinger og test foretaget andre steder end i almen praksis samt (iii) information relateret til behandlingsforløb for andre kroniske sygdomme.

Andre ønsker vedrører layout'et af de digitale forløbsplaner, mens enkelte har et ønske om at kunne tilgå deres forløbsplan mobilt via en app.

Boks 5.1. Patienternes andre forslag til forbedringer

- Beskrivelse af anvendte forkortelser og begreber
- Tydeligere indikation af normal/ideelområde for tal og værdier
- Bedre layout (fx farvevalg), så forskel mellem egne tal og normalværdier fremstår tydeligere
- Mulighed for at tilgå forløbsplan via app
- Information om andre kroniske sygdomme og andre behandlingsforløb
- Information om aftaler hos fx hospitaler, fodterapeut eller diætist
- Information om målinger (fx urinprøver) fra andre sundhedsenheder (hospitaler, klinikker mv.)

Det skal dog understreges, at der er tale om relativt få, der har konkretiseret deres ønsker på denne vis, og at fritekstbesvareelserne generelt afspejler, at der er tale om et nyt koncept, som mange af patienterne endnu har svært ved at vurdere nytten af.

De gennemførte patientinterviews afdækkede ønsker om bl.a. overblik over behandlere og fremtidige aftaler, andre typer af behandlinger (fx influenzavaccination) og information om kurser. Dvs. i store træk de samme ønsker som dem, der er fremkommet i spørgeskemaundersøgelsen.

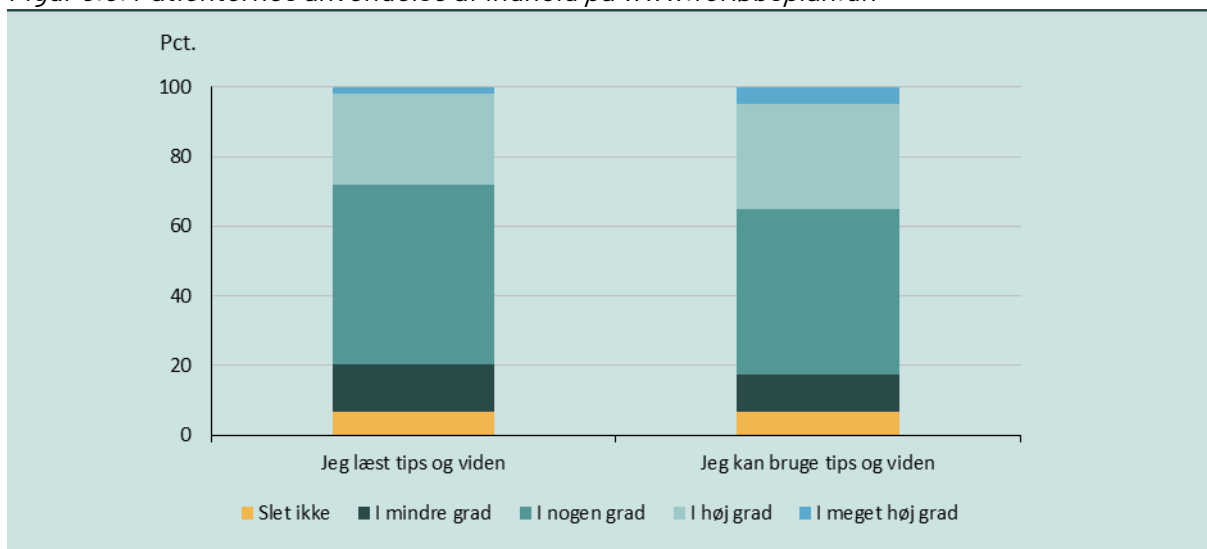
På kvalificeringsworkshoppene blev der givet udtryk for, at de nævnte forbedringsmuligheder var relevante, og der mere generelt var behov for at styrke patientdelen af de digitale forløbsplaner. Bedre visualiseringer blev nævnt, hvilket også var tilfældet i forhold til – navnlig i forløbsplanen for KOL – at tilføje yderligere parametre, der i højere grad skal have fokus på patientens livskvalitet i bredere forstand. Det blev endvidere oplyst, at de digitale forløbsplaner inden længe forventes koblet til "minlæge"-app'en, således at patienterne vil kunne tilgå deres forløbsplan mere fleksibelt.

5.4. Patienternes anvendelse og vurdering af www.forløbsplan.dk

I tilknytning til indførelsen af digitale forløbsplaner har KiAP oprettet hjemmesiden www.forløbsplan.dk, der indeholder tips og viden om KOL og diabetes type 2.

Af de patienter, der har besvaret spørgeskemaet, oplyser godt 100 eller 60 pct., at de kender hjemmesiden. Af disse oplyser ca. 40 pct. i nogen grad at have læst indhold på hjemmesiden, mens ca. 25 pct. har gjort det i høj grad, *jf. figur 5.9*. Andelene er omtrent de samme i forhold til spørgsmålet, om hvorvidt de har kunnet bruge den viden og de tips, der er gjort tilgængelige på hjemmesiden.

Figur 5.9. Patienternes anvendelse af indhold på www.forløbsplan.dk



Da en vurdering af hjemmesiden www.forløbsplan.dk som sådan ikke er en del af evalueringen, er brugen og vurderingen af denne ikke blevet udforsket yderligere. Dog blev der på kvalificeringsworkshoppene givet udtryk for, at resultaterne var overraskende positive. Bl.a. i lyset af, at patienter med KOL og diabetes type 2 har adgang til information om deres sygdom på mange andre hjemmesider – fx har både Lungeforeningen og Diabetesforeningen hjemmesider, der indeholder råd og vejledning til de to patientgrupper.

Samtidig skal resultaterne ses i lyset af, at respondenternes login til deres forløbsplan sker via www.forløbsplan.dk. Dermed er deres kendskab til og brug af hjemmesiden formentlig væsentlige højere end for gruppen af patienter med en digital forløbsplan og de samlede patientgrupper som helhed.

Der var på kvalificeringsworkshoppene bred enighed om, at www.forløbsplan.dk trænger til en opdatering i forhold til form og indhold, hvis den for alvor skal kunne give en merværdi i forhold til andre eksisterende hjemmesider mv.

6. Almen praksis' perspektiv

I dette afsnit er fokus på erfaringer og oplevelse af de digitale forløbsplaner i almen praksis. Det er baseret på resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis, input fra eksperter samt læger og praksispersonale i de praksisser, der har været besøgt eller telefoninterviewet, samt den afholdte kvalificeringsworkshop.

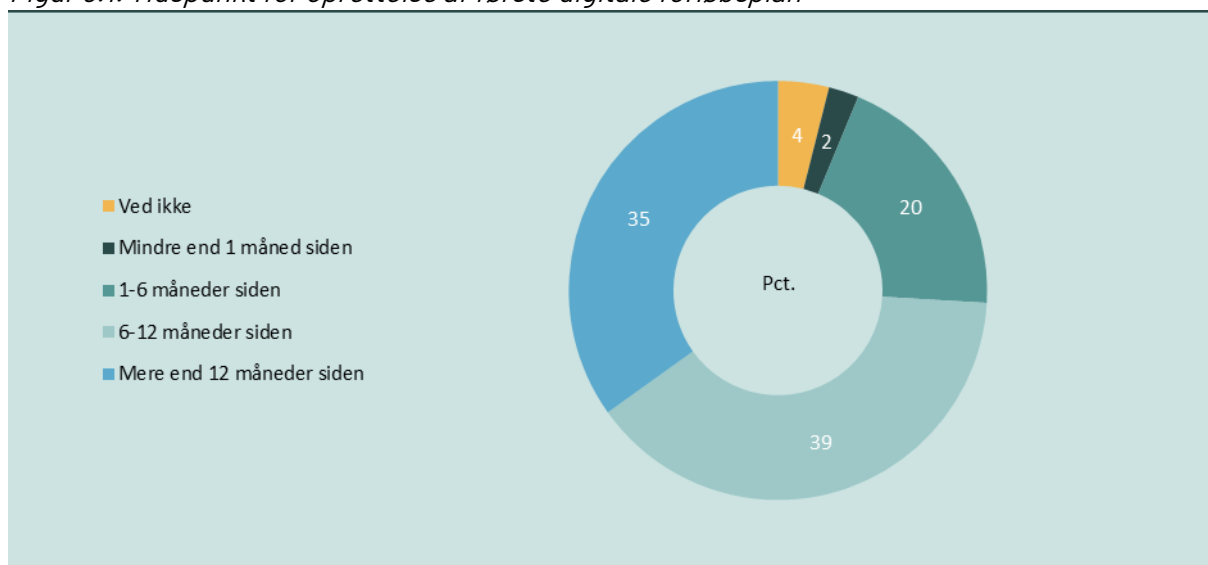
6.1. Implementeringstidspunkt, anvendelse og overordnet vurdering

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Som omtalt tidligere er almen praksis fortsat i gang med at implementere de digitale forløbsplaner. Der er stadig en del almene praksisser, der endnu ikke er tilmeldt og har oprettet deres første forløbsplan. Og for de almene praksisser, der er kommet i gang, er der stor variation i, hvor langt de er kommet i implementeringen.

Blandt de respondenter til spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis, der har oprettet mindst én digital forløbsplan, angiver 22 pct., at det er mindre end 6 måneder siden, at de oprettede den første digitale forløbsplan, *jf. figur 6.1*.⁵ For 39 pct. er det 6-12 måneder siden, mens 35 pct. har været i gang i mere end et år.

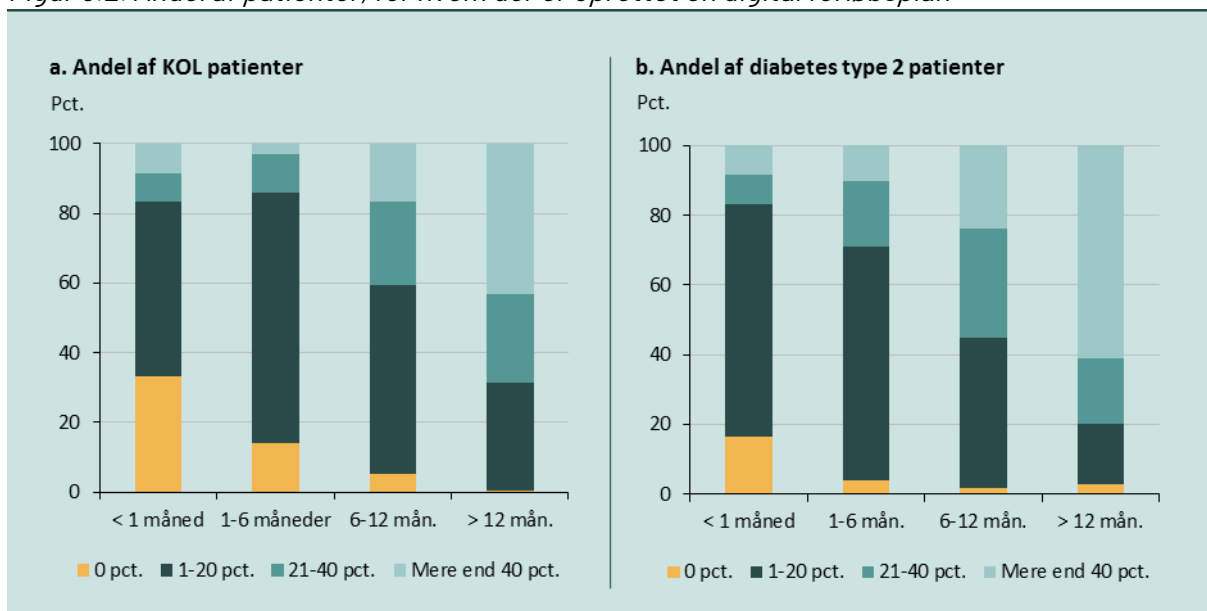
Figur 6.1. Tidspunkt for oprettelse af første digitale forløbsplan



⁵ Størstedelen af afsnittet er alene baseret på svar fra de respondenter, der har oplyst, at praksis har oprettet mindst én digital forløbsplan. Med mindre andet fremgår, henvises med "respondenter(ne)" til den gruppe. De få spørgsmål, der blev stillet til respondenter, der ikke havde oprettet mindst en digital forløbsplan, behandles i et selvstændigt til sidst i afsnittet.

Tidspunktet for, hvornår implementeringen startede, har ikke overraskende betydning for, hvor stor andel af patienterne med henholdsvis KOL og diabetes type 2 der har fået oprettet en digital forløbsplan, *jf. figur 6.2*. Fx oplyser 60 pct. af respondenterne fra almene praksis, der har været i gang i mere end 12 måneder, at de har oprettet digitale forløbsplaner for mere end 40 pct. af deres patienter med diabetes type 2. For almene praksis, der har været gang i 6-12 måneder, er denne andel 23 pct., mens den er 10 pct. for dem, der startede for mindre end 6 måneder siden.

Figur 6.2. Andel af patienter, for hvem der er oprettet en digital forløbsplan



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden i forhold til både, hvornår den almene praksis oprettede den første digitale forløbsplan, og hvilken andel af patienterne der i dag er oprettet forløbsplaner for.

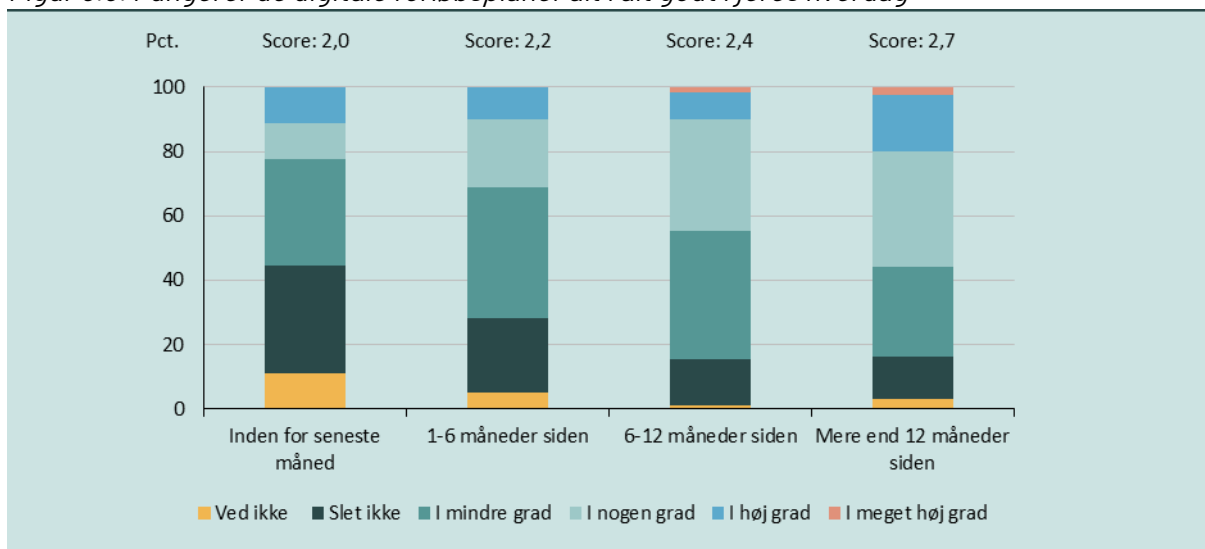
Det generelle billede af, at de digitale forløbsplaner fungerer bedre for patienter med diabetes type 2 end KOL-patienter, er også tydeligt afspejlet. Uanset tidspunktet for opstarten, er der oprettet forløbsplaner for en større andel af patienterne med diabetes type 2 end for KOL-patienterne. Bl.a. er der en forholdsvis stor andel af respondenterne, der har været i gang i mindre end 6 måneder, der angiver, at de har oprettet forløbsplaner for 0 pct. af deres KOL-patienter.

Endelig er det værd at hæfte sig ved, at spredningen i andelen af oprettede planer er forholdsvis stor – også for de respondenter, der har været i gang i mere end 12 måneder. Dette er mest udtalt for KOL-patienterne, men gør sig også gældende i forhold til patienterne med diabetes type 2.

Dermed afspejler respondenterne af spørgeskemaundersøgelsen billedet fra den kvantitative analyse af MedCom-data. Nemlig en meget stor spredning i antallet af oprettede forløbsplaner, der ikke kan forklares af de tilgængelige baggrundsdata.

Tidspunktet for oprettelsen af den første digitale forløbsplan har ikke kun betydning for antallet og andelen af oprettede forløbsplaner. Det har også betydning for respondenternes vurdering af, hvor godt de digitale forløbsplaner alt i alt fungerer i hverdagen i almen praksis. Jo længere tid, man har været i gang, jo bedre vurderes de digitale forløbsplaner at fungere, *jf. figur 6.3*.

Figur 6.3. Fungerer de digitale forløbsplaner alt i alt godt i jeres hverdag



Note: De angivne scorer er beregnet ved at tildele "Slet ikke"-svar en værdi på 1, "I mindre grad"-svar en værdi på 2 og så fremdeles og derefter finde det vægtede gennemsnit. "Ved ikke"-svar indgår ikke i beregningen.

I gennemsnit vurderer respondenterne fra almene praksisser, der har været i gang i mindre end 6 måneder, at de digitale forløbsplaner kun i mindre grad er velfungerende (illustreret ved den angivne score på 2,3), mens dem, der har været i gang i mere end 12 måneder, i gennemsnit vurderer, at det i nogen grad er tilfældet (score på 2,7).

Mens vurderingen således synes at blive bedre, efterhånden som almen praksis gør sig erfaringer med konceptet, er det værd at hæfte sig ved, at der fortsat er over 40 pct. af respondenterne, som efter 12 måneder kun i mindre grad eller slet ikke finder, at de digitale forløbsplaner fungerer godt i hverdagen. Årsagerne hertil vil blive overvejet i det følgende, men umiddelbart forekommer et sådant udfald ikke tilfredsstillende.

Som det fremgår, har tidspunktet for oprettelsen af den første digitale forløbsplan betydning for respondenternes svar og vurderinger. Noget tilsvarende gør sig ikke gældende i forhold de andre baggrundsvariable, der har været til rådighed, *jf. boks 6.1*.

Boks 6.1. Betydningen af andre baggrundsvariable

Tidspunktet for oprettelsen af den første forløbsplan har betydning for andelen af patienter, for hvem der er oprettet en forløbsplan, og vurderingen af, om forløbsplanerne alt i alt fungerer godt i almen praksis' hverdag. Tilsvarende sammenhænge ses for flere af de mere detaljerede vurderinger, der præsenteres i det følgende. Modsat er der ikke samme systematik i forhold til andre baggrundsvariable:

- Region
- Praksistype
- Antal læger i praksis
- Antal sygeplejersker i praksis
- IT-system

Selv om der er variation i besvarelserne på tværs af kategorierne for hver af disse baggrundsvariable, forekommer de ikke at være systematiske, men et resultat af tilfældigheder, idet antallet af observationer i nogle kombinationer er forholdsvis lavt. Derfor er det kun i begrænset omfang valgt at præsentere resultater, hvor respondenterne er fordelt efter disse baggrundsvariable.

Forklaringer og perspektivering

Selv om det overordnede billede bl.a. viser, at omtrent halvdelen af respondenterne finder, at de digitale forløbsplaner alt i alt fungerer i nogen grad eller bedre i deres dagligdag, viser især de mange fritekstbesvarelser, som spørgeskemaet rummede mulighed for, at meningene om digitale forløbsplaner som koncept er meget delte.

Der er således en betydelig gruppe blandt respondenterne, der stiller grundlæggende spørgsmål ved selve konceptet. Blandt de argumenter, der hyppigt fremføres, er:

- Lægen/sygeplejersken bør have fokus på patienten ved konsultationer og kontroller og ikke på deres skærm.
- Ingen eller særdeles få af patienterne med KOL og diabetes type 2 efterspørger planerne, og når de accepterer at få en, gør de mere for lægen/sygeplejerskens skyld end for egen. Og de kommer aldrig til at efterspørge dem.
- De digitale forløbsplaner er grundlæggende set værdiløse
- Digitale forløbsplaner tilføjer yderligere bureaukrati til opgaverne i almen praksis og tager tid fra de opgaver, der skaber værdi for patienterne.
- Digitale forløbsplaner tilgodeser de stærkeste og mest ressourcestærke patienter på bekostning af de svageste med mest behov for hjælp.

Denne gruppe mener grundlæggende, at de nuværende digitale forløbsplaner bør afvikles, og at der ikke skal udvikles nye.

Det er ikke muligt præcist at afgøre, hvor stor denne gruppe er, men den omfatter i hvert fald 10-20 pct. af respondenterne, baseret på summariske optællinger af fritekstkommentarer og resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen mv.

Mens denne gruppe kan siges at repræsentere det ekstreme synspunkt, synes en del af de øvrige respondenter at dele opfattelsen af de nævnte risici og udfordringer ved de digitale forløbsplaner. Med andre ord er der en meget stor spredning i almen praksis' grundindstilling til digitale forløbsplaner. En grundindstilling, der drejer sig om konceptet som sådant, og ikke afhænger af funktionaliteten, herunder mulighederne for forbedringer, der på sigt vil gøre digitale forløbsplaner til et velfungerende værktøj.

Det er væsentligt at være opmærksom på spændvidden i grundindstillingen til de digitale forløbsplaner i forhold til de resultater, der præsenteres i det følgende. Selv om der er stor spredning i svarene på de enkelte spørgsmål, fanger resultaterne ikke nødvendigvis dem, der har en fundamental modvilje mod digitale forløbsplaner som koncept.

Samtidigt er det valgt – for at undgå for mange gentagelser – ikke at medtage de grundlæggende indvendinger mod konceptet, når der trækkes på respondenternes besvarelser i fritekstboks.

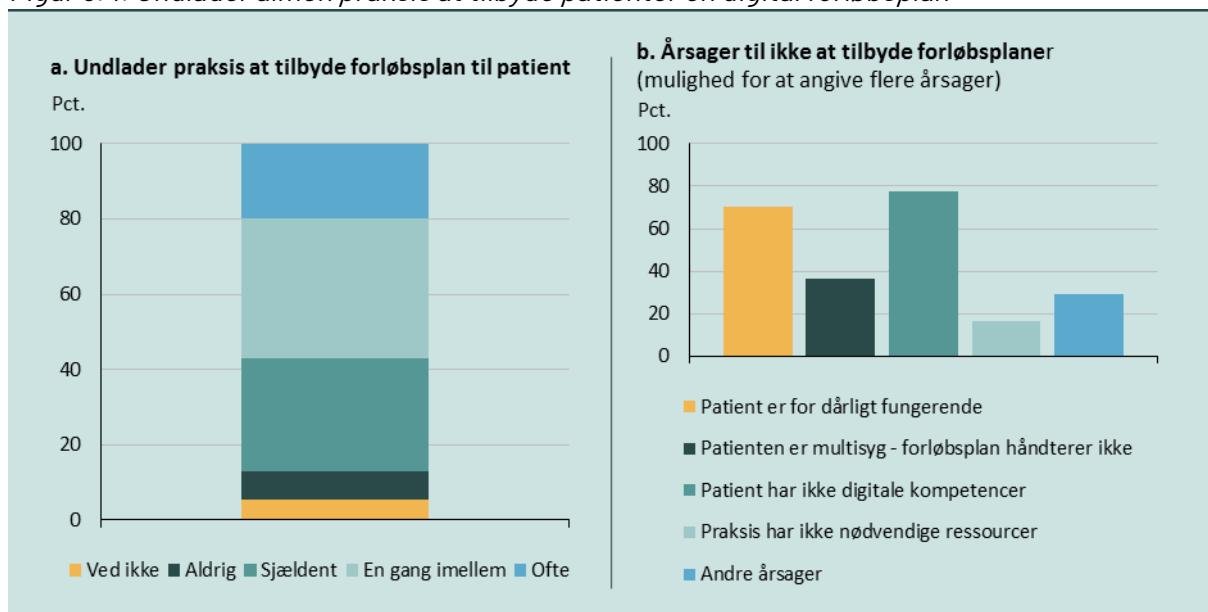
6.2. Tilbydes patienterne en forløbsplan og er de interesseret i at få en

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Det har aldrig været formålet med de digitale forløbsplaner, at alle patienter nødvendigvis skal have tilbudt én. Der kan være sundhedsfaglige eller andre årsager til, at det ikke vil være meningsfuldt at tilbyde en forløbsplan.

Blandt respondenterne er der forskellige opfattelser af, hvor hyppigt den almene praksis undlader at tilbyde patienterne en digital forløbsplan. Knap 20 pct. angiver, at det sker ofte, mens 5 pct. angiver, at det aldrig sker, jf. figur 6.4.a. Svarene afspejler således den spredning i andelen af patienter, der har fået en digital forløbsplan, jf. ovenfor.

Figur 6.4. Undlader almen praksis at tilbyde patienter en digital forløbsplan



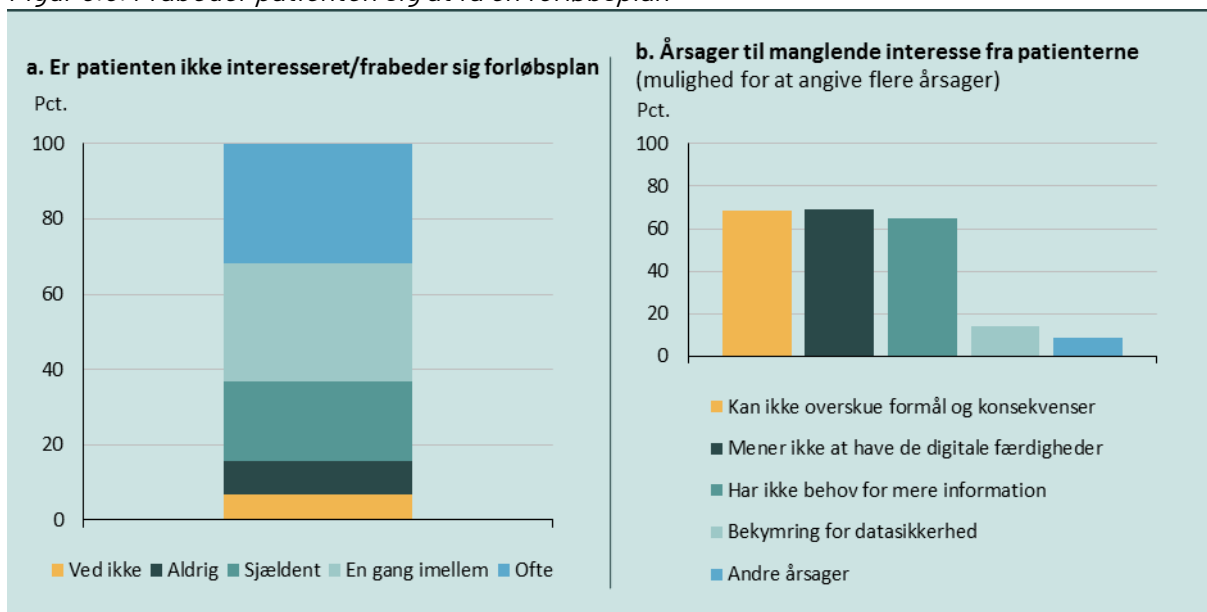
De hyppigst angivne årsager til ikke at tilbyde forløbsplaner knytter sig til patienten. Op mod 80 pct. af respondenterne peger på patientens manglende digitale kompetencer og omkring 2/3 på, at patienten samlet set vurderes at være dårligt fungerende, jf. figur 6.4.b. Multisygdom, som forløbsplanerne ikke kan håndtere, anføres af 40 pct. af respondenterne som årsag til ikke at tilbyde planer. Under 20 pct. har derimod angivet manglende ressourcer i almen praksis som årsag til manglende tilbud om forløbsplaner.

De respondenter, der svarede "andre årsager", fik mulighed for at uddybe dette i en fritekstboks. Blandt de hyppigst forekommende andre årsager – som ikke er dækket af svarmulighederne i spørgsmålet – er:

- Mangel på tid i den enkelte konsultation – patienterne, navnlig dem med diabetes type 2, har opsamlet mange spørgsmål siden sidst, som de ønsker svar på
- Forglemmelse
- Vurdering af, at patienten enten ikke efterspørger eller vil få glæde af planen
- Sprog eller kognitive udfordringer gør det meningsløst at tilbyde en forløbsplan
- IT-problemer af forskellige typer og omfang

En årsag til, at der ikke oprettes digitale forløbsplaner, er, at ikke alle patienter er interesseret i at få en eller frabeder sig det. Også her der betydelig variation i, hvor hyppigt denne situation forekommer. Ca. 2/3 af respondenterne vurderer, at det sker ofte, mens lige under 10 pct. anfører, at situationen aldrig forekommer, jf. figur 6.5.a.

Figur 6.5. Frabeder patienten sig at få en forløbsplan



Blandt årsagerne til, at patienterne frabeder sig en digital forløbsplan, anfører 2/3 af respondenterne, at patienterne ikke mener at overskue formålet med og konsekvenserne af at få en digital forløbsplan, og/eller at patienterne ikke mener at have de nødvendige digitale færdigheder, jf. figur 6.5.b. Der er således et betydeligt sammenfald i årsagerne til, at almen praksis ikke tilbyder alle patienter en digital forløbsplan, og at ikke alle patienter er interesseret i at få en forløbsplan.

Manglende behov fra patientens side i forhold til at få mere information er også en hyppigt forekommende årsag. Det kan dog ikke afgøres, om det skyldes, at patienterne får de ønskede informationer andetsteds fra, eller om de grundlæggende ikke mener at have behov for de oplysninger, der fremgår af den digitale forløbsplan.

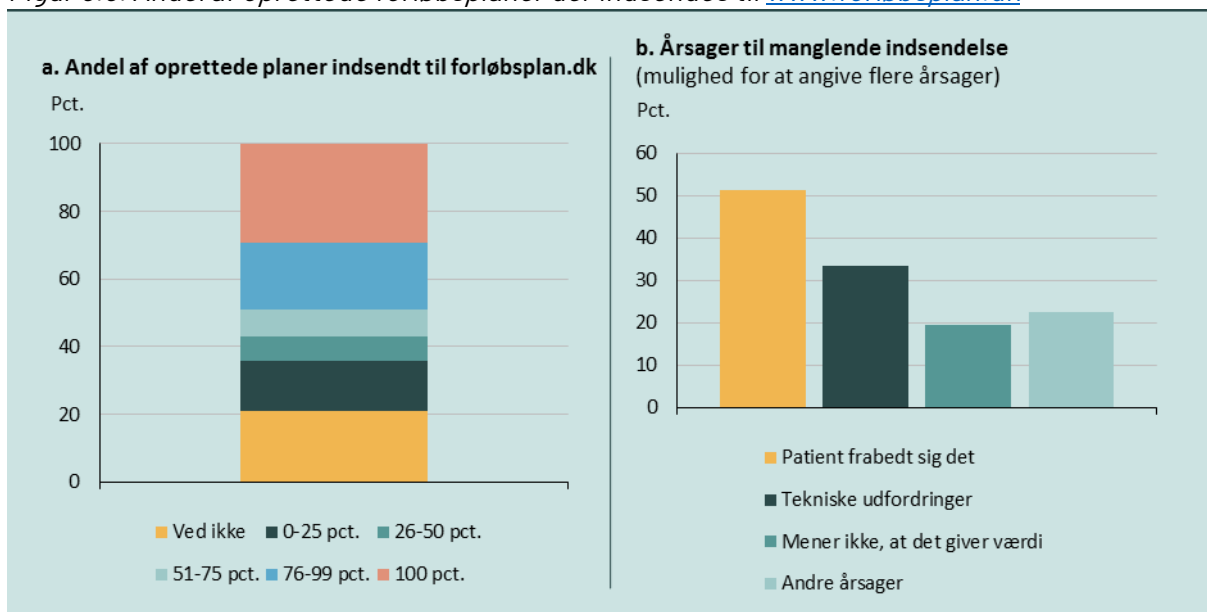
Blandt de respondenter, der har angivet andre årsager til, at patienten ikke ønsker en digital forløbsplan, nævnes manglende adgang til IT og sprog.

Som beskrevet i den kvantitative analyse er det ca. 20 pct. af alle forløbsplaner, der er oprettet i almen praksis' lægesystemer, der ikke er indsendt til www.forlobsplan.dk, og som patienten derfor ikke selv kan tilgå.

Også her er der stor spredning mellem de almene praksis, som respondenterne repræsenterer. Omkring 30 pct. anfører, at de har indsendt alle oprettede forløbsplaner til www.forlobsplan.dk, mens ca. 15 pct. vurderer, at andelen er lavere end 25 pct., jf. figur 6.6.

Blandt årsagerne til ikke at indsende en oprettet forløbsplan er den hyppigst anførte, at patienter frabeder sig det, mens ca. 1/3 peger på tekniske udfordringer. Af andre årsager til, at oprettede forløbsplaner ikke er indsendt, nævnes manglende indarbejdelse i rutiner og forglemmelse hyppigt af respondenterne.

Figur 6.6. Andel af oprettede forløbsplaner der indsendes til www.forløbsplan.dk



Forklaring og perspektiver

Der er givetvis mange årsager til, at mange almene praksisser ikke tilbyder deres patienter en digital forløbsplan. En af de væsentlige er, at de digitale forløbsplaner i udgangspunktet kun skulle tilbydes patienter, der var diagnosticeret inden for de seneste 4 år. Selv om dette efterfølgende er blødt op, må svarene på spørgeskemaundersøgelsen fortolkes i denne kontekst.

Ellers forekommer den hyppigst forekommende årsag til ikke at tilbyde patienter en digital forløbsplan at være, at patienten ikke vil få gavn af den. Det er i den forbindelse ikke klart, i hvilket omfang denne vurdering foretages af lægen eller patienten selv, idet det dog ofte synes at være en vurdering fra lægens side. I mange tilfælde bundes denne vurdering i den konkrete patients omstændigheder (for dårligt fungerende, manglende digitale færdigheder, sprog mv.), ligesom forløbsplanernes fokus på enkelt diagnoser ikke fagligt anses som hensigtsmæssigt. Dette fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, men er også fremhævet af flere af eksperterne og ved praksisbesøgene.

Imidlertid synes et manglende tilbud om en forløbsplan også ganske ofte af være begrundet i lægens grundlæggende skepsis over for værdien af digitale forløbsplaner i forhold til at forbedre patientens sundhedstilstand, hvilket bl.a. har været fremført som årsag i de kvalitative interviews.

Dette rummer potentielt en risiko for en selvforstærkende negativ effekt. Bliver forløbsplanerne italesat som forholdsvis uinteressante, motiveres patienterne i mindre grad til at anvende dem, hvilket bekræfter almen praksis i, at patienterne ikke er interesseret i at bruge dem.

Omfanget af denne problemstilling kan ikke vurderes og skal ses i lyset af, at den patientrettede del af de digitale forløbsplaner ikke lægger op til hyppig brug af patienten, som det blev beskrevet under patientperspektivet. Men der vurderes at være en klar sammenhæng mellem en grundlæggende opfattelse af de digitale forløbsplaner, antallet af patienter, der tilbydes og får oprettet en digital forløbsplan, og patienternes oplevelse af værdien af deres plan.

Det forhold, at ikke alle oprettede forløbsplaner indsendes til www.forløbsplan.dk, vurderes derimod ikke at dække over væsentlige forhold. Baseret på bl.a. ekspertinterviewene synes den væsentligste årsag at knytte sig til manglende rutiner og egentlige forglemmelser.

Der har i løbet af evalueringen været nogen fokus på spørgsmålet om patienternes samtykke til indsendelse af en digital forløbsplan og dermed deres mulighed for at se den. Uklarheden om "samtykke"-begrebet kan have gjort det vanskeligere end nødvendigt for nogle patienter at tage stilling til, om de ønskede deres forløbsplan indsendt eller ej. I forhold til den samlede forskel mellem antallet af oprettede og antallet af indsendte forløbsplaner har dette dog næppe været en væsentlig barriere. På kvalificeringsworkshoppen blev det endvidere tilkendegivet, at "samtykke" fremover erstattes med et spørgsmål om, hvorvidt patienten ønsker at kunne tilgå sin forløbsplan på www.forløbsplan.dk.

6.3. Implementeringsproces og betydning for ressourceanvendelse

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

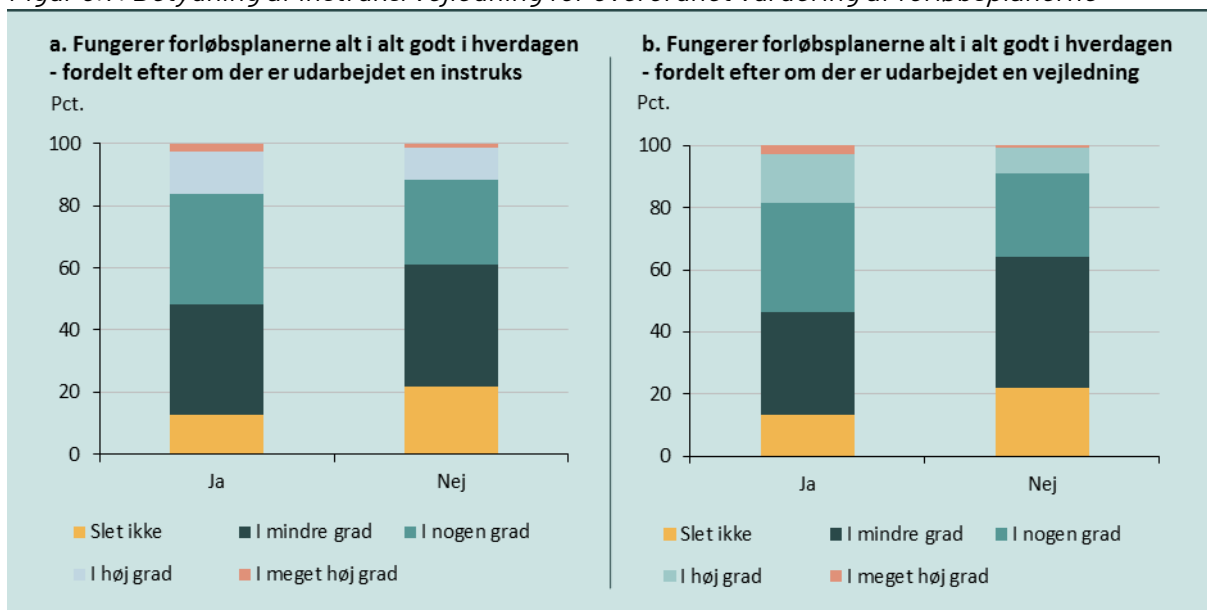
Der vurderes at være betydelig forskel på, hvordan de enkelte almene praksis har grebet implementeringen af digitale forløbsplaner an.

Omkring 60 pct. af respondenterne angiver, at de har udarbejdet en instruks, der fastlægger arbejdsdelingen mellem læger og sygeplejersker. En stort set sammenfaldende gruppe på 60 pct. af respondenterne angiver, at de har udarbejdet en vejledning, der fastlægger, hvordan sygeplejerskerne skal udføre deres opgaver.⁶

De to forskellige tilgange til implementeringen synes at have betydning for den overordnede vurdering af, om de digitale forløbsplaner alt i alt er velfungerende i dagligdagen, *jf. figur 6.7*. For det omkring 55 pct. af de respondenter, hvis almene praksis har udarbejdet en vejledning, der finder, at de digitale forløbsplaner i nogen grad eller bedre er velfungerende i dagligdagen, *jf. figur 6.7.b*. Denne andel er kun 36 pct. for respondenter fra almene praksisser, der ikke har udarbejdet en sådan vejledning.

⁶ Spørgsmålet om instruks og vejledning er kun stillet til respondenter, der angav at have mindst en sygeplejerske ansat i praksissen.

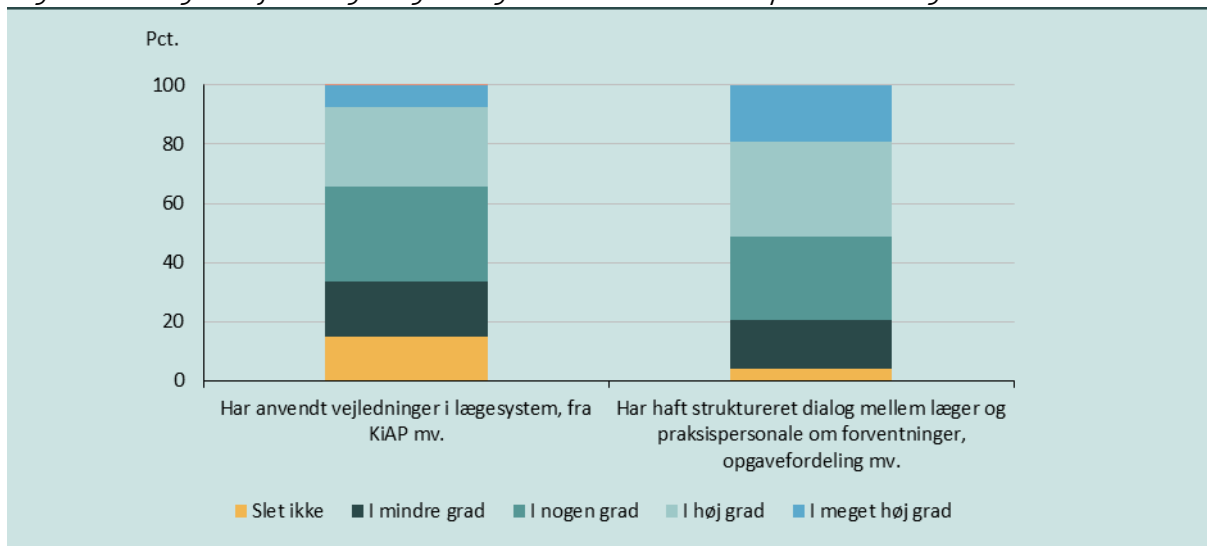
Figur 6.7. Betydning af instruks/vejledning for overordnet vurdering af forløbsplanerne



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden i forhold til både, om der er udarbejdet instruks/vejledning, og vurderingen af om forløbsplanerne alt i alt fungerer godt i hverdagen.

Der ses også en forholdsvis stor spredning i forhold til det omfang, de almene praksisser har anvendt vejledninger og andet materiale fra deres lægesystem, KiAP og MedCom ved implementeringen af digitale forløbsplaner. På trods af, at materialet fra KiAP og MedCom er tilgængeligt på deres hjemmeside, er det kun godt en tredjedel af respondenterne, der har anvendt det i høj eller meget høj grad, jf. figur 6.8.

Figur 6.8. Brug af vejledninger og dialog i forbindelse med implementeringen



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Ligeledes forekommer der at have været væsentlige forskelle i, hvor omfattende og struktureret dialogen mellem læger og praksispersonale i forhold til forventninger, opgavefordeling mv. har været i forbindelse med implementeringen af digitale forløbsplaner. Samtidigt gælder, at

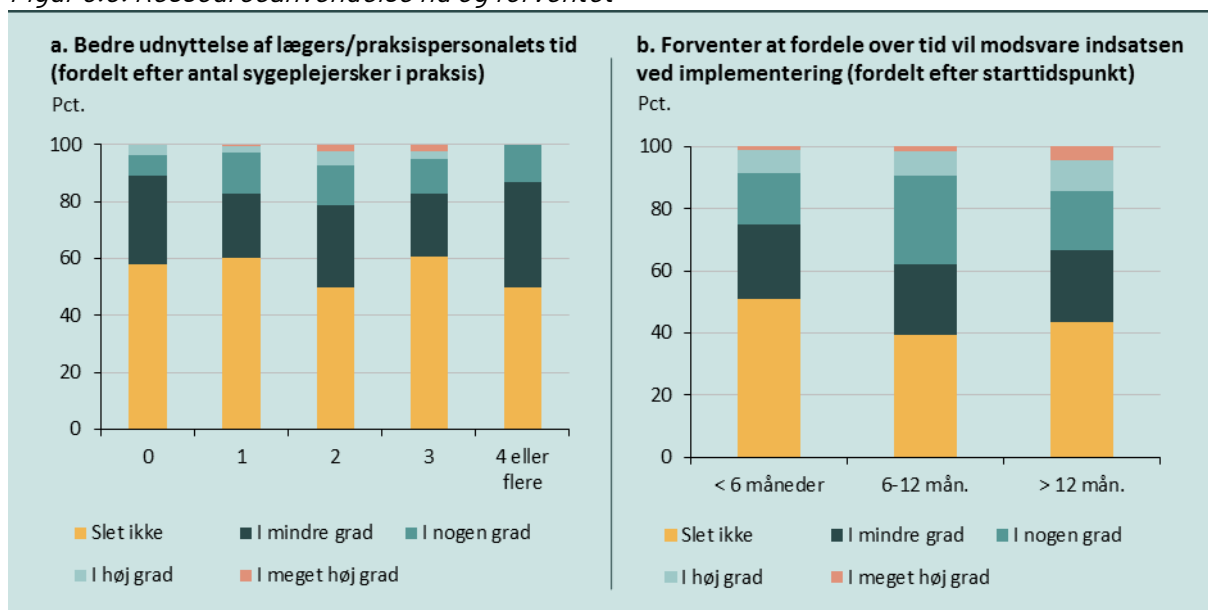
der er relativt flere af de praksisser, der startede implementeringen tidligt, der i meget høj grad har haft en struktureret dialog, mens det i mindre omfang er tilfældet i de praksis, der har påbegyndt implementeringen inden for det seneste ½ år.

Begge aspekter af implementeringen – brug af vejledning og struktureret dialog – har betydning for, hvor velfungerende respondenterne finder, at de digitale forløbsplaner fungerer i praksisen dagligdag. Samlet set tegner der sig derfor et billede af, at de almene praksis, der har lagt et stort arbejde i implementeringen, gennemsnitligt har fået de digitale forløbsplaner til at fungere bedst i dagligdagen.

Et af formålene med digitale forløbsplaner er at give mulighed for, at sygeplejersker og andet praksispersonale kan overtage nogle opgaver vedrørende den regelmæssige kronikeromsorg fra lægerne, således at udnyttelsen af praksissens ressourcer forbedres.

I alt finder omkring 55 pct., at implementeringen af digitale forløbsplaner slet ikke har bidraget til en bedre udnyttelse af lægens og praksispersonalets tid, *jf. figur 6.9.a*. 27 pct. finder, at det har været tilfældet i mindre grad, mens 17 pct. i nogen grad eller bedre oplever en bedre udnyttelse af lægens og praksispersonalets tid.

Figur 6.9. Ressourceanvendelse nu og forventet



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Som det fremgår, afhænger fordelingen stort set ikke af, hvor mange sygeplejersker der er ansat i den almene praksis. Dette er for så vidt overraskende, da mulighederne for at finde en mere hensigtsmæssig arbejdsdeling alt andet lige forekommer at ville være større, jo flere sygeplejersker, der var ansat.

For at få et indtryk af de langsigtede effekter i forhold til ressourceanvendelsen blev respondenterne også spurgt, om fordelene for praksissen og patienterne ved de digitale forløbsplaner over tid vil modsvare indsatsen for at implementere dem. I gennemsnit forventer godt halvdelen af respondenterne, at det i mindre, nogen, høj eller meget høj grad vil være tilfældet, *jf. figur 6.9.b*. Optimismen er lidt større for de praksisser, der har været i gang i ½ år eller længere, end

dem, der har startet implementeringen inden for det seneste ½ år. Det samme billede tegnede sig i de kvalitative interviews, hvor de, som havde været i gang med digitale forløbsplaner i længst tid, også var de mest positive i forhold til de langsigtede effekter.

Forklaringer og perspektivering

I tråd med de øvrige resultater synes der at være en klar sammenhæng mellem den indsats, der blev gjort i forbindelse med implementeringen, og resultatet i form af, hvordan de digitale forløbsplaner alt i alt fungerer i de almene praksissers hverdag.

Dette understreger et synspunkt, der er kommet til udtryk ved såvel ekspertinterviews som på kvalificeringsworkshoppen, og som har været tydeligt ved de gennemførte praksisbesøg. Nemlig, at digitale forløbsplaner ikke kun er et IT-værktøj, men også en anden måde at tilrettelægge arbejdet på i almen praksis.

De digitale forløbsplaner rummer således muligheden for at uddelegere flere opgaver til sygeplejersker og andet praksispersonale, så lægerne får frigivet tid. En gennemgående observation ved praksisbesøgene var, at det især er sygeplejerskernes opgave at oprette og anvende forløbsplanerne i dialogen med patienten, *jf. boks 6.2*. Denne uddelegering anvendes fx i forbindelse med årskontrol for velregulerede og mindre komplicerede patienter med kroniske sygdomme og ved forundersøgelser med fokus på KRAM-faktorer før årskontrollen med lægen.

Boks 6.2. Case fra praksisbesøg vedrørende ændret arbejdsdeling

Sygeplejerske Mette fra praksis X har været på kursus i digitale forløbsplaner sammen med en af lægerne i forbindelse med Lægedage.

Mette gennemfører selvstændigt kontrolbesøg og årskontroller for diabetespatienter og forundersøgelser for KOL forud for årskontrol ved lægen. På sigt er det planen, at Mette også selvstændigt skal varetage årskontroller for KOL.

Mette bruger den digitale forløbsplan som arbejdsværktøj i forbindelse med alle kontrolbesøg, som varer ca. 15-25 minutter. Mette skriver direkte i forløbsplanen, som betragtes som en del af journalen. Tal og værdier bliver – efter nogle indkøringsproblemer – nu overført automatisk. Ca. halvdelen af patienterne får et print af forløbsplanen. Det sparer tid i forhold til at skrive i diabetesbogen.

Mette oplever, at forløbsplanen giver hjælp til at strukturere samtalen og sikrer, at man "kommer rundt om det hele". Figurerne understøtter dialogen med patienten. Alle patienterne kan forstå figurerne, og om de ligger i "det røde felt". Samtalerne har især fokus på risikofaktorer. Det fungerer især godt, når der er tid til at drøfte de åbne spørgsmål: hvad er vigtigt for dig, og hvad skal være dit mål til næste gang?

Citat fra læge i samme praksis: "*Forløbsplanen er meget sygeplejerske-relevant arbejde*".

I den forbindelse er det ved ekspertinterviewene blevet tilkendegivet, at sygeplejerskerne og det øvrige praksispersonale som udgangspunkt er positivt indstillet overfor at påtage sig opgaverne og dermed få et større ansvar. Det skal imidlertid gennemføres på en måde, hvor det er entydigt, hvad deres ansvar er i forhold til den sundhedsfaglige indsats, således at der ikke skabes unødigt utryghed i forhold til ansvar og forventninger.

Herved adskiller implementeringen af digitale forløbsplaner sig ikke grundlæggende fra implementering af nye digitale værktøjer i andre typer af organisationer. Læren derfra er imidlertid også, at implementeringen kun bliver succesfuld, hvis den effektivt tager hånd om de

organisatoriske spørgsmål og udfordringer, der er forbundet med ny IT. Under praksisbesøgene blev der bl.a. peget på kursusdeltagelse og medejerskab fx som pilotpraksis som forhold, der havde bidraget positivt til implementeringen.

På den baggrund er den positive sammenhæng mellem implementeringsindsatsen og resultaterne i den enkelte almene praksis ikke overraskende.

6.4. Funktioner og funktionalitet

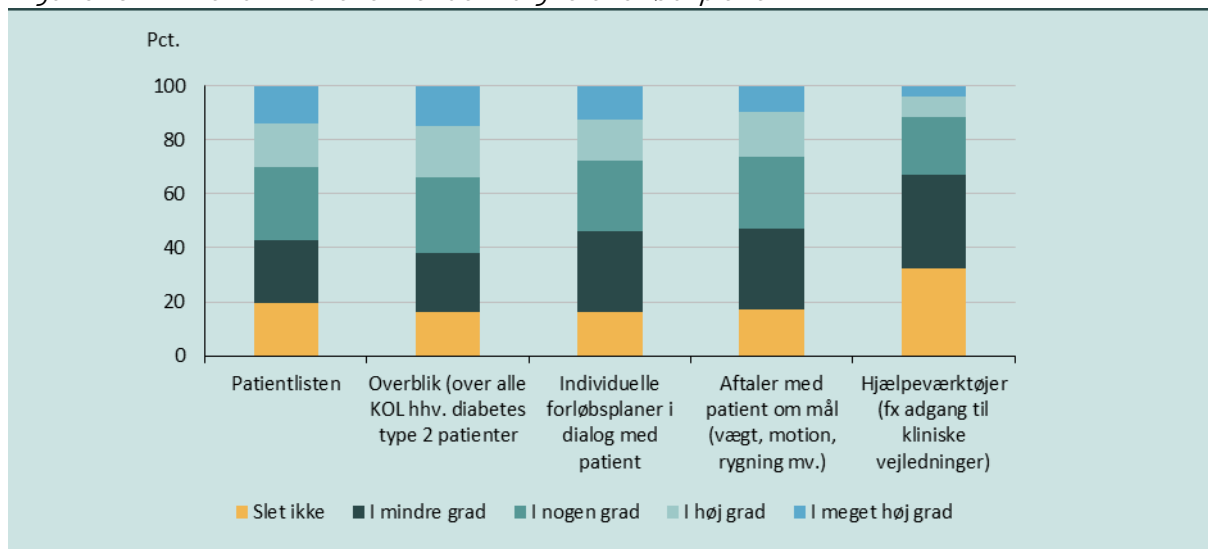
Resultater for spørgeskemaundersøgelse

Digitale forløbsplaner indeholder som beskrevet tidligere et antal funktioner for almen praksis:

- **Patientlisten:** En liste over samtlige praksis' patienter med KOL eller diabetes type 2 med centrale oplysninger om patienterne, inkl. oplysninger om kronikerhonorar.
- **Overblik:** Giver et (grafisk) overblik over alle praksis' patienter med den relevante diagnose, herunder fx fordeling af patientens værdier, medicinbehandling, forekomsten af komorbiditet, antallet af gennemførte årskontroller mv.
- **Forløbsplanerne for de enkelte patienter,** der bl.a. kan anvendes i dialogen med den enkelte patient.
- **Hjælpeværktøjer,** som fx adgang til kliniske vejledninger.

For hver af fem identificerede funktioner og anvendelser af digitale forløbsplaner er der omkring 10 pct. af respondenterne, der tilkendegiver, at de bruger dem i meget høj grad, *jf. figur 6.10*. For navnlig patientlisten og overblikket er der imidlertid en tydelig udvikling, når implementeringstidspunktet tages i betragtning. For de praksisser, der har været i gang i mere end 1 år, er det således 20 pct., der i meget høj grad anvender de to funktioner.

Figur 6.10. Hvilke funktioner anvendes i digitale forløbsplaner



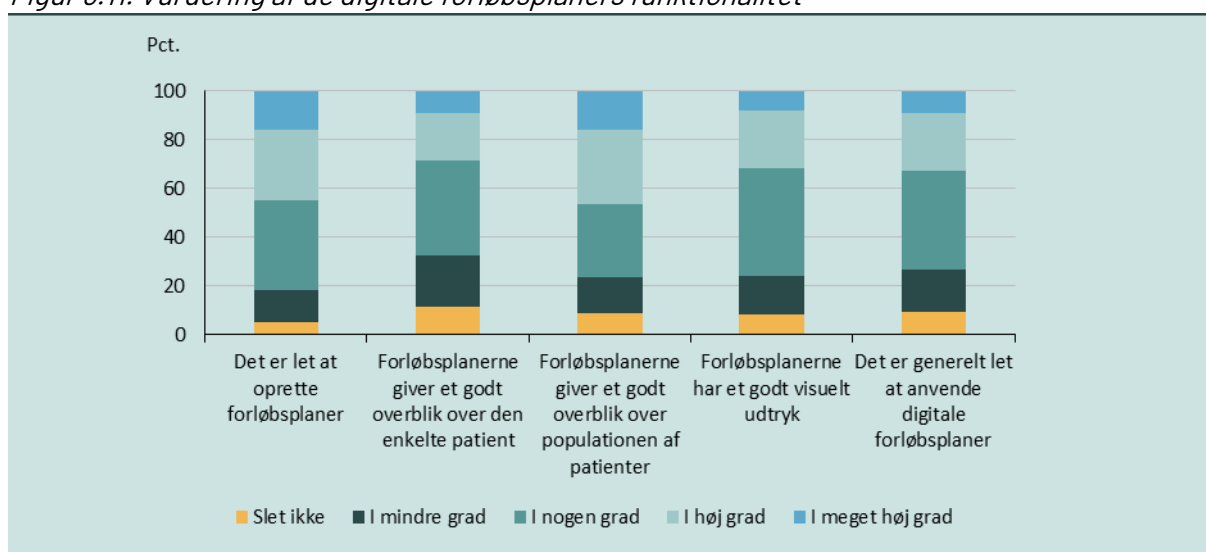
Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Der er dog fortsat en betydelig gruppe på mellem 10 og 20 pct. af respondenterne, der tilkendegiver slet ikke at bruge funktionerne. At en respondent har svaret slet ikke at anvende patientlisten, er ikke ensbetydende, at den pågældende slet ikke anvender de andre funktioner. Men der er dog en vis systematik i besvarelsene. Særligt gælder, at der er en forholdsvis tæt

sammenhæng mellem anvendelsen af patientlisten og overblikket, og det samme er tilfældet mellem anvendelsen af de individuelle forløbsplaner i dialog med patienten og indgåelsen af aftaler med patienten om mål. Anvendes fx forløbsplanerne i meget høj grad i dialogen med patienten, vil det også i meget høj grad gælde i forhold til indgåelse af aftaler med patienterne om mål.

I forhold til den praktiske anvendelse af de digitale forløbsplaner svarer ca. 30 pct. af respondenterne, at det generelt i høj eller meget høj grad er let at anvende de digitale forløbsplaner, mens ca. 40 pct. finder, at det i nogen grad er tilfældet, *jf. figur 6.11.*

Figur 6.11. Vurdering af de digitale forløbsplaners funktionalitet



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Samme billede tegner sig, når respondenterne bliver bedt om at vurdere, om de digitale forløbsplaner giver et godt overblik over den enkelte patient henholdsvis patientpopulationen samt de digitale forløbsplaners visuelle udtryk.

Det bemærkes, at vurderingen af funktionaliteten ikke afhænger væsentligt af det lægesystem, som den enkelte praksis anvender. For de mest anvendte lægesystemer er svarfordelingen i store træk den samme, mens der lidt større afvigelser i negativ retning for de mindre anvendte lægesystemer. Antallet af observationer er dog forholdsvis begrænset, hvorfor forskellene kan være udtryk for tilfældigheder.

Forklaring og perspektivering

I lyset af den overordnet set rimeligt pæne vurdering af funktionaliteten af de digitale forløbsplaner, forekommer det overraskende, at de forskellige funktioner ikke anvendes i højere grad, selv når der tages højde for, at mange praksisser fortsat er i implementeringsfasen.

Der er ikke på baggrund af resultaterne i øvrigt muligt entydigt at identificere årsagerne til denne tilsyneladende diskrepans. Der kan dog peges på tre mulige årsager.

Den første er, at de digitale forløbsplaner kun gradvist er ved at blive indarbejdet i rutiner og arbejdsgange, og at ikke alle har "opdaget" alle de muligheder, som systemet indeholder. Dette skal også ses i lyset af, at flere i de kvalitative interviews og på klyngemøder har peget på, at en

række af de understøttende IT-værktøjer, herunder integrationen med de eksisterende lægesystemer, kom på plads for sent og kun gradvist. Dette har hos nogle medført en oplevelse af, at man skulle starte flere gange og dermed en vis "træthed" i forhold til projektet.

Den anden er, at en del af respondenter angiver at opleve IT-udfordringer af forskellig karakter, herunder fx at overblikket ikke altid er opdateret med de seneste oplysninger eller indeholder deciderede fejl. I den forbindelse blev der bl.a. på kvalificeringsworkshoppen peget på, at det ofte vil kræve en oprydning af eksisterende registreringer i andre systemer, som de digitale forløbsplaner trækker på, før patientlisten og overblikket bliver retvisende og dermed anvendeligt. En sådan "oprydning" kan imidlertid efter det oplyste være en tidskrævende opgave, som det kan være vanskeligt at få prioriteret i en i øvrigt travl hverdag – om end den også kan ses som en positiv sidegevinst ved de digitale forløbsplaner.

En tredje bidragende årsag er, at nogle både i spørgeskemaundersøgelsen og ved de kvalitative har givet udtryk for, at de digitale forløbsplaner ikke giver dem muligheder, der ikke allerede er til stede i de eksisterende IT-systemer.

Det har i forhold til anvendelsen af funktionerne i digitale forløbsplaner været overvejet, om billedet er præget af, at det stort set kun er praktiserende læger, der har svaret på spørgeskemaet, og om det ville se anderledes ud, hvis der i højere grad havde været sygeplejersker eller andet praksispersonale blandt respondenterne. Da kun 14 af respondenterne er sygeplejersker eller andet praksispersonale, er det ikke muligt at uddrage noget ved at sammenligne deres besvarelser med de mere end 500 besvarelser fra læger. Det er dog vurderingen, at de praktiserende læger gennem deres supervision og løbende dialog med praksispersonalet har relativt god fornemmelse af, hvad der sker i deres praksisser, hvor det overordnede billede næppe ville forrykke sig væsentligt, hvis sammensætningen af respondenter havde været anderledes. Det kunne dog potentielt være tilfældet i forhold til nogle af spørgsmålene, hvorfor det er væsentligt at være opmærksom på problemstillingen.

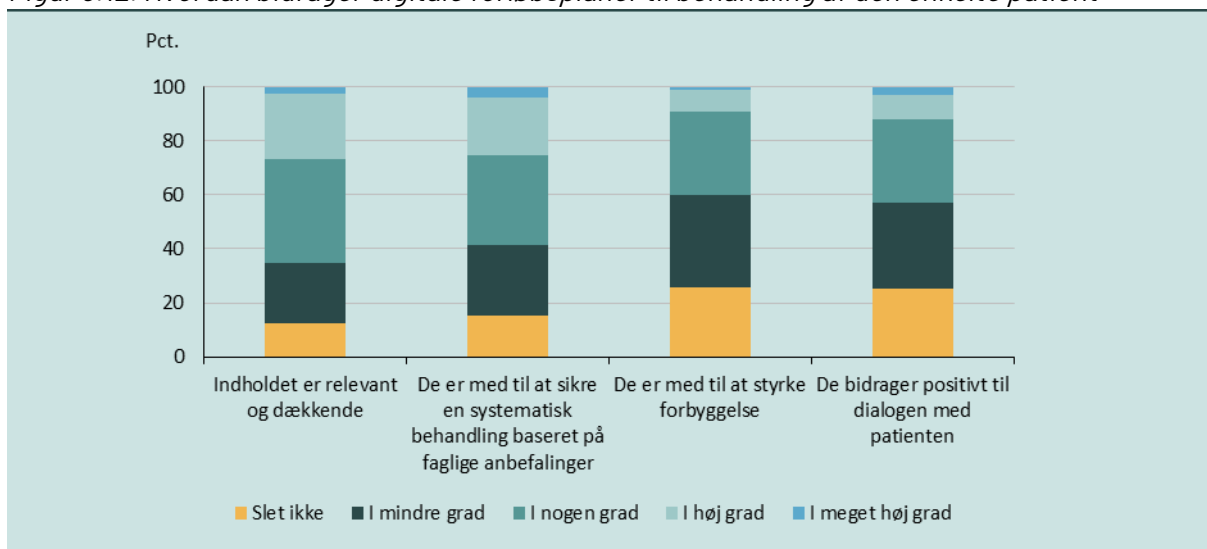
6.5. Behandling, overblik og kvalitetsarbejde

Digitale forløbsplaner kan som det første ses som et værktøj i behandlingen af og den enkelte patient og dernæst som et værktøj til at styrke behandlingen af kroniske sygdomme i praksis generelt. Patientlister og overblik for patientpopulationen gør det lettere at vurdere og sammenligne behandlingsindsatsen på tværs af patienter. Overblikket rummer derfor et potentiale for at styrke forbedringsarbejdet i forhold til patientsikkerhed og den samlede indsats i forhold til patientgrupperne – fx gennem indkaldelse af risikopatienter til årskontrol.

I forhold til den enkelte patient vurderer omkring 60 pct. af respondenterne, at de digitale forløbsplaner i nogen grad eller bedre har et relevant og dækkende indhold og er med til at sikre en systematisk behandling baseret på faglige anbefalinger, *jf. figur 6.12*.

Derimod er det kun omkring 40 pct. af respondenterne, der vurderer, at de digitale forløbsplaner i nogen grad eller bedre er med til at styrke forebyggelsen og bidrager positivt til dialogen med patienten. Og ca. hver fjerde vurderer, at det slet ikke er tilfældet.

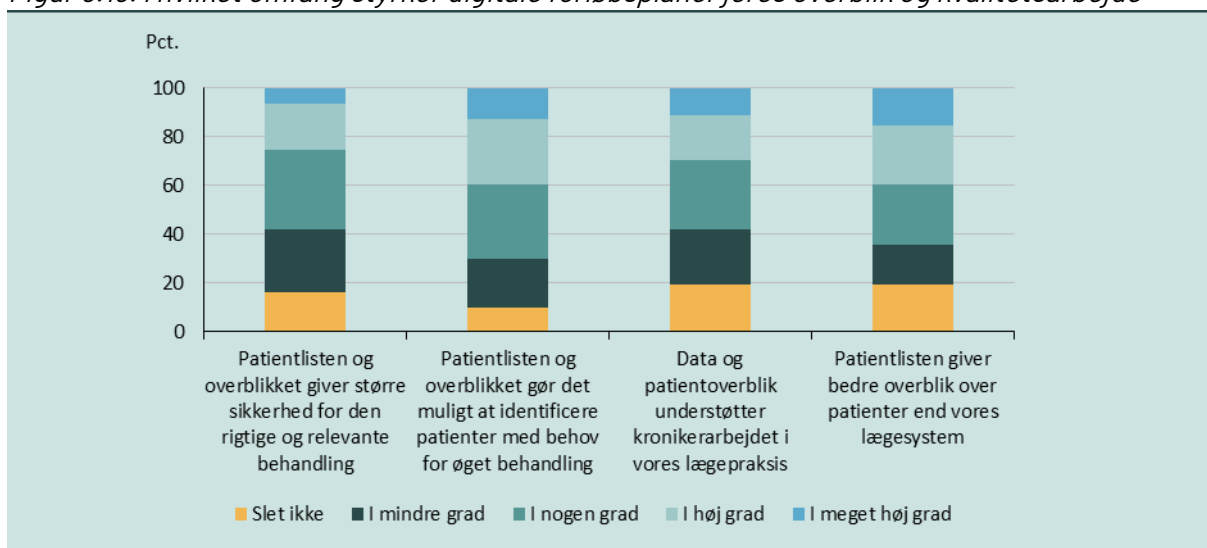
Figur 6.12. Hvordan bidrager digitale forløbsplaner til behandling af den enkelte patient



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

Generelt er vurderingerne mere positive i forhold til de digitale forløbsplaners bidrag til almen praksis' overblik og kvalitetsarbejde. Med nogen variation vurderer 1/3 af respondenterne, at overblikket fra de digitale forløbsplaner i høj eller meget høj grad bidrager til at øge sikkerheden for, at patienterne får den relevante behandling, at patienter med særlige behov for øget behandling identificeres, og at praksis' generelle kronikerindsats styrkes, jf. figur 6.13. Modsat er det under 20 pct., der vurderer, at dette slet ikke er tilfældet. Størstedelen af respondenterne vurderer endelig, at det overblik, der findes i digitale forløbsplaner, er bedre end det, der findes i lægesystemerne.

Figur 6.13. I hvilket omfang styrker digitale forløbsplaner jeres overblik og kvalitetsarbejde



Note: "Ved ikke" svar er udeladt af hensyn til overskueligheden.

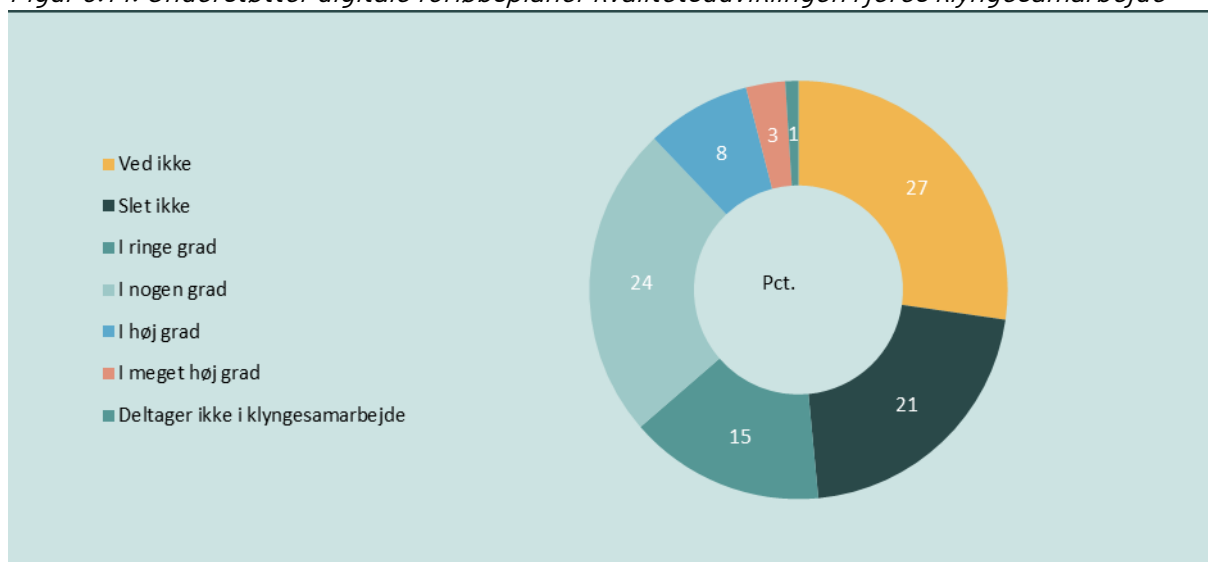
Dette var også vurderingen i de almene praksis, der blev besøgt som led i evalueringen, samt i drøftelserne på det besøgte klyngemøde. Patientlisten havde således nogle steder været en

”øjeblikke” og giver en operationel og motiverende input til videre kvalitetsarbejde i praksis, samtidigt med at den blev vurderet at kunne bidrage til større patientsikkerhed, bl.a. i forhold til medicinering.

Udover, at anvende overblikket mv. fra digitale forløbsplaner i kvalitetsarbejdet i den enkelte almene praksis, rummer de potentialet for at kunne understøtte kvalitetsudvikling på tværs af almene praksis, fx inden for rammerne af de eksisterende klyngesamarbejde. Sådanne sammenligninger vil fx kunne afdække forskelle i den måde, hvorpå tilsyneladende sammenlignelige patienter behandles, hvilket kan give anledning til en kollegial drøftelse af forskelle i indsatser og faglige resultater.

Muligheden for at anvende de digitale forløbsplaner som udgangspunkt for en drøftelse i klyngesamarbejderne har dog kun været anvendt i begrænset omfang indtil nu. Men det er dog godt 10 pct. af respondenterne, der angiver, at de digitale forløbsplaner i høj eller meget høj grad understøtter kvalitetsarbejdet i klyngesamarbejdet, jf. figur 6.14. Ved praksisbesøg, i ekspertinterview mv. har der været positive tilkendegivelser i forhold til, at det vil være meningsfuldt at anvende data fra de digitale forløbsplaner i klyngesamarbejderne.

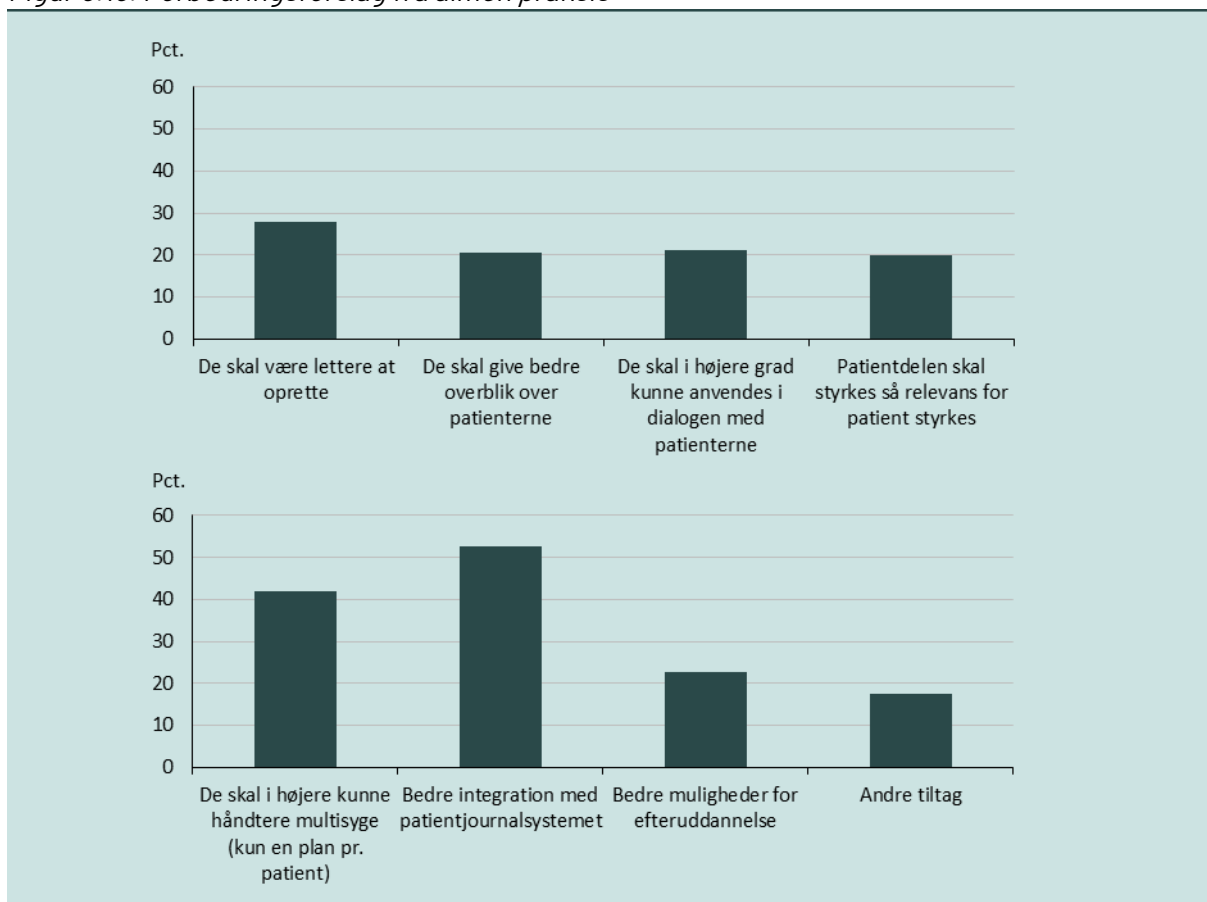
Figur 6.14. Understøtter digitale forløbsplaner kvalitetsudviklingen i jeres klyngesamarbejde



6.6. Almen praksis' forslag til forbedringer

Når respondenterne spørges om, hvad der skal til for at øge deres anvendelse af digitale forløbsplaner, peger mere end halvdelen på bedre integration med lægesystemet, jf. figur 6.15. Det er blevet undersøgt, om der var en sammenhæng mellem dette svar og de konkrete lægesystemer, der anvendes i almen praksis. Dette er imidlertid ikke tilfældet, så ønsket om bedre integration synes at gå på tværs af alle anvendte typer af lægesystemer.

Figur 6.15. Forbedringsforslag fra almen praksis



40 pct. finder, at tilpasninger, der ville betyde, at multisyge kunne have en samlet plan, ville øge deres anvendelse, mens mindre andele peger på de øvrige forbedringsmuligheder.

18 pct. eller 86 af respondenterne peger på andre tiltag, og af dem har 82 uddybet dette i en fri-tekstboks. Den overvejende del af disse handler imidlertid om, at digitale forløbsplaner er en blindgyde, og der forholdsvis få egentlige forslag til forbedringer, som kunne forøge anvendelsen.

Blandt disse er der en del, der omhandler integrationen med eksisterende lægesystemer, *jf. boks 6.3*. Flere oplever problemer med driftsstabiliteten, mens andre oplever, at registreringer forsvinder, eller at oversigter ikke er opdaterede. Andre peger på behovet for dobbeltregistreringer i diverse systemer som en barriere for øget anvendelse.

Boks 6.3. Almen praksis' andre forslag til forbedringer der kan øge anvendelsen

- Større stabilitet i IT-system – lang responstid og ikke muligt at åbne plan
- Overblikket ikke altid dækkende for den faktiske patientpopulation – nogle mangler
- Færre fejlregistreringer – nogle oplever, at tidligere gemte mål og aftaler forsvinder
- Tidligere mål og aftaler forsvinder, når nye indtastes, hvilket er uhensigtsmæssigt
- Bedre integration mellem laboratoriekort, journal og forløbsplan, så behov for færre dobbeltindtastninger
- Ordinationsændringer bør fremgå, så ikke journalføres andre steder
- Forløbsplan skal være dynamisk – forældet i samme øjeblik den er oprettet
- Bør kunne ændre mål, så de bliver individualiseret
- Bør være tværsektorielt, så parallelsystemer undgås og fx kommunal hjemmesygepleje kan tilgå forløbsplaner
- Mere tid, bedre honorering

Enkelte peger på forbedringer, der set fra et patientperspektiv ville forbedre de digitale forløbsplaner, og dermed forøge almen praksis' motivation for at anvende dem. Det drejer sig bl.a. om, at forløbsplanen skal være mere dynamisk, individualiseret og ideelt set have et tydeligere tværsektorielt sigte. Dvs. nogle af de samme forbedringsmuligheder, der blev fremhævet i beskrivelsen af patientperspektivet ovenfor. Dette ønske om en større grad af individualisering kom også til udtryk ved de gennemførte praksisbesøg, hvor der også var eksempler på, at praksissen selv manuelt tilføjede oplysninger til forløbsplanerne, som de fandt relevante.

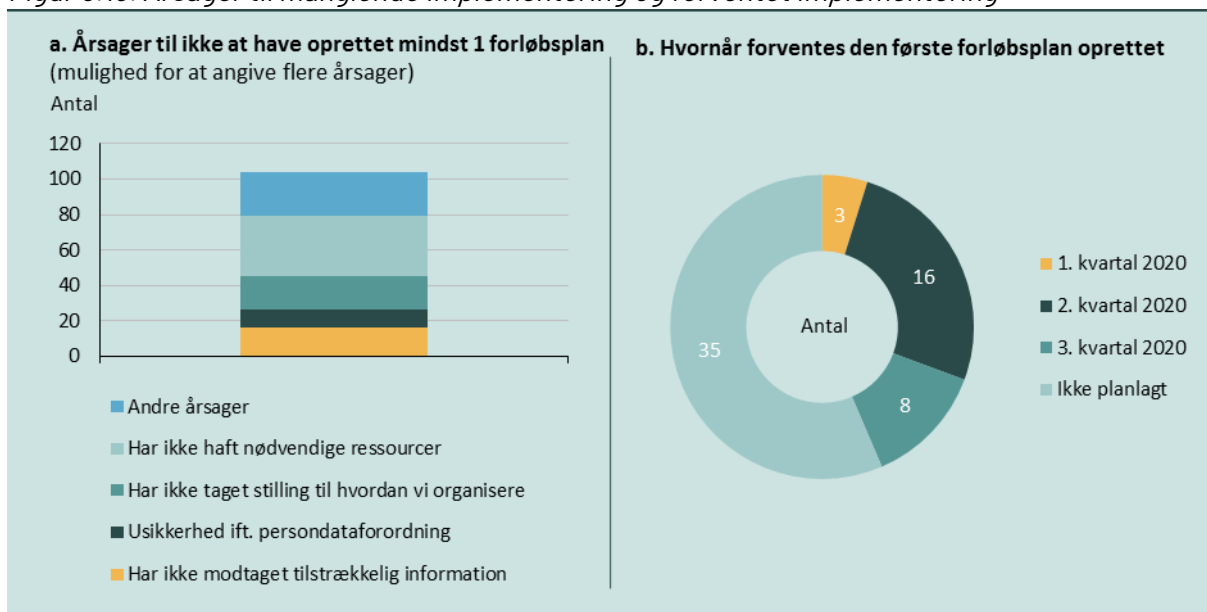
Endelig er der en del af respondenterne, der peger på mere tid (og bedre honorering) som noget, der ville kunne forøge anvendelsen. De finder det bl.a. vanskeligt at få "plads" til den digitale forløbsplan i den begrænsede tid, de sidder overfor patienten.

6.7. Praksis, der ikke har oprettet mindst én forløbsplan

De respondenter, der angav, at deres lægepraksis ikke havde oprettet mindst én digital forløbsplan, blev stillet nogle enkelte spørgsmål om årsager og forventninger i forhold til fremtidig implementering. Kun 10 pct. af respondenterne fik denne del af spørgeskemaet, hvilket er en forholdsvis lav andel sammenlignet med, at det ultimo 2019 var 23 pct. af alle almene praksisser, der i henhold til MedCom-data endnu ikke havde oprettet én digital forløbsplan.

Den hyppigst angivne årsag til, at den praksis, respondenterne er tilknyttet, ikke har oprettet digitale forløbsplaner, er manglende ressourcer. 34 eller lige godt halvdelen angav dette som en medvirkende årsag, jf. figur 6.16.a. Knap hver tredje oplyser, at de ikke har taget stilling til implementeringen, mens andre henviser til manglende information og usikkerhed om persondata-reglerne som årsager.

Figur 6.16. Årsager til manglende implementering og forventet implementering



25 af respondenter har svaret, at der er andre årsager, til at de ikke er kommet i gang, hvilket de så havde mulighed for at uddybe i fritekst. De hyppigst forekommende andre årsager er:

- Ingen patienter har efterspurgt en digital forløbsplan – i nogle tilfælde på trods af, at de er blevet spurgt.
- Passer ikke til patientpopulation (mange ældre og resourcesvage)
- Kan ikke se formålet med de digitale forløbsplaner (overflødig bureaukrati, tidskrævende osv.)
- Lægesystemet kan ikke håndtere digitale forløbsplaner
- Har valgt at prioritere andre indsatser først

Der er således tale om en blanding af bevidst fravalg af konceptet med digitale forløbsplaner og prioritering, der nævnes blandt de andre årsager.

Dette afspejler sig også i svarene på spørgsmålet, om hvornår de forventer at oprette den første digitale forløbsplan. Knapt halvdelen forventer at oprette deres første forløbsplan i løbet af de tre første kvartaler af 2020, mens godt halvdelen ikke har planlagt en eventuel implementering, jf. figur 6.16.b.

Det forekommer at være en rimelig formodning, at dem uden planlagt tidspunkt for implementeringen på nuværende tidspunkt, også på sigt vil fravælge de digitale forløbsplaner. Er dette billede repræsentativt for alle almene praksisser, der ikke havde oprettet digitale forløbsplaner ved udgangen af 2019, svarer det til, at et sted mellem 10 og 15 pct. af alle almene praksis heller ikke på sigt vil vælge at engagere sig i de digitale forløbsplaner for KOL og diabetes type 2.

7. Samfundsperspektivet - opsamling

Det er ikke på grundlag af evalueringen muligt at konkludere entydigt, om digitale forløbsplaner i dag samlet set skaber værdi for samfundet i form af en styrket kronikerbehandling og en bedre udnyttelse af ressourcerne i almen praksis.

Det skyldes for det første, at implementeringen langt fra kan anses som tilendebragt. Dette illustreres både af den kvantitative analyse af udbredelsen og resultaterne af bl.a. spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis, der viser, at mange almene praksisser kun har været i gang i kortere tid, og at det tager tid før nye rutiner, arbejdsgange mv. er implementeret på måder, så de potentielle gevinster realiseres.

Det er ikke overraskende, at implementeringen ikke er tilendebragt på nuværende tidspunkt, og at opnåelsen af de opstillede mål for antal oprettede digitale forløbsplaner først er nået med ½ års forsinkelse. Dels startede implementeringen senere end oprindeligt forudsat, dels er implementeringen af et nyt IT-værktøj i potentielt 1.700 uafhængige almene praksis en stor og kompleks opgave. Mange forskellige lægesystemer skulle tilpasses af forskellige private leverandører, så de digitale forløbsplaner funktioner kunne integreres. I den enkelte almene praksis har der skullet findes ressourcer til at gennemføre implementeringen i en situation, hvor mange i forvejen oplever et stort tidspres.

For det andet har det som en konsekvens af timingen været en præmis for evalueringen, at den skulle have fokus på de umiddelbare virkninger af implementeringen af digitale forløbsplaner og ikke forsøge at vurdere virkningen for patienternes sundhedstilstand. Virkningen af de digitale forløbsplaner skal således på sigt give sig udslag i en bedre behandling og øget egenomsorg, der tilsammen forbedre helbredstilstanden for patienterne med KOL og diabetes type 2. Sådanne virkninger kan dog ikke med rimelighed forventes indtruffet på nuværende tidspunkt.

Selv om det ikke er muligt at konkludere på virkningerne i dag ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, giver evalueringen dog grundlag for at konkludere, at der vil være en samlet gevinst, hvis potentialerne i de digitale forløbsplaner udnyttes bedre, end tilfældet er på nuværende tidspunkt i implementeringen.

Bilag A. Spørgeskemaundersøgelserne – respondenterne

I dette bilag præsenteres beskrivende statistik for respondenterne i de to spørgeskemaundersøgelser bl.a. med det formål at vurdere repræsentativiteten af de modtagne besvarelser.

A.1. Spørgeskemaundersøgelsen for patienter

Den måde, hvorpå spørgeskemaundersøgelsen for patienter blev gennemført, betyder, at stikprøven ikke kan anses som repræsentativ for hverken gruppen af patienter, der har fået oprettet en digital forløbsplan, eller for den samlede population af patienter med KOL og/eller diabetes type 2.

Det må således antages, at de ca. 180 respondenter repræsenterer en gruppe af forholdsvis "stærke" af patienter. Dels har det krævet digitale kompetencer at få adgang til og besvare spørgeskemaet, dels vurderes det mere generelt at være forholdsvis ressourcestærke patienter, der for nærværende anvender muligheden for selv at tilgå deres digitale forløbsplan på www.forløbsplan.dk.

Dette er et generelt forbehold, der må tages i betragtning, når resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen fortolkes, og der drages konklusioner.

For yderligere at belyse repræsentativiteten af de modtagne besvarelser er der foretaget sammenligninger mellem de baggrundsoplysninger, som respondenterne har oplyst i spørgeskemaet, og forskellige opgørelser af en relevant population.

Et hovedresultat af disse sammenligninger er, at en meget stor andel af respondenterne er mænd med diabetes type 2. Således er 105 eller 55 pct. af alle besvarelser fra den gruppe af patienter, mens kun 40 pct. af alle oprettede digitale forløbsplaner er for mandlige diabetes type 2 patienter.

Dette betyder for det første, at patienter med diabetes type 2 med en andel på ca. 75 pct. er overrepræsenteret blandt respondenterne, *jf. tabel A.1.*

Tabel A.1. Respondenter fordelt på kronisk sygdom

Pct.	Spørgeskema	Indsendte planer
KOL	25,7	32,3
Diabetes type 2	74,3	67,7
I alt	100,0	100,0
Antal observationer	175*	58.043

*) Inkluderer 7 respondenter med begge kroniske sygdomme
Kilde: MedCom, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Og for det andet betyder det, at mænd med en andel på ca. 70 pct. er overrepræsenteret blandt respondenterne, *jf. tabel A.2.*

Tabel A.2. Respondenter fordelt på køn

Pct.	Spørgeskema	Oprettede planer i lægesystem
Mand	69,8	55,3
Kvinde	30,2	44,7
I alt	100,0	100,0
Antal observationer	179	69.542

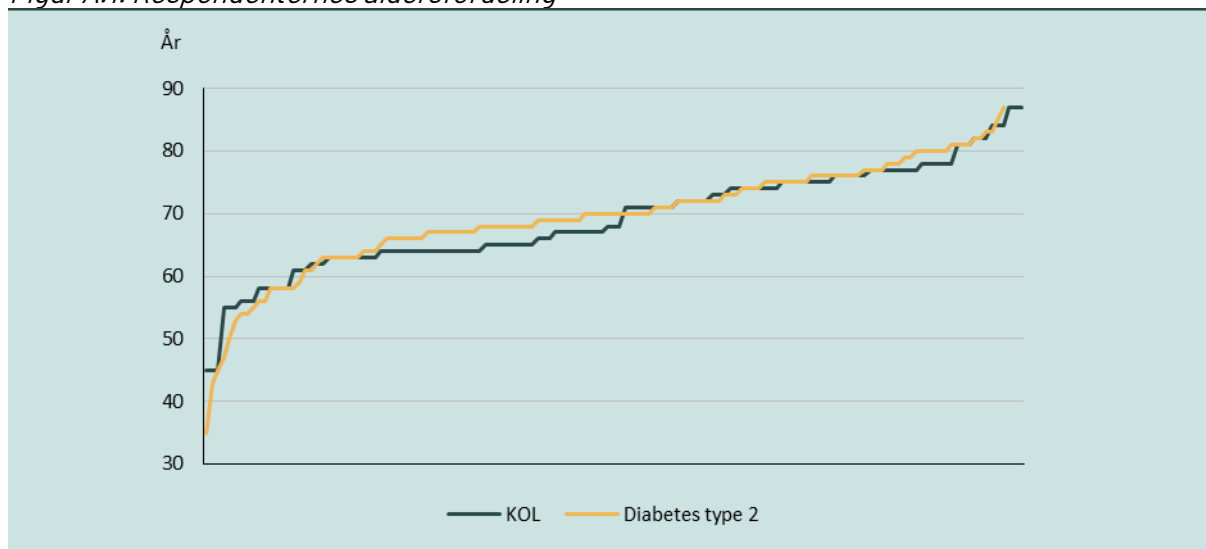
Kilde: PLSP gennem MedCom, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Overrepræsentationen af diabetes type 2 patienter kan formentlig til dels kan forklares ved, at de gennemsnitligt er mindre påvirkede af deres kroniske sygdom end KOL-patienter og derfor i større omfang er brugere af deres digitale forløbsplan.

Derimod er det mindre oplagt, hvad der er årsagen til, at relativt flere mænd end kvinder har besvaret spørgeskemaet. Ligeledes kan det ikke vurderes, om og i givet hvilke implikationer denne overrepræsentation har for de konklusioner der drages på grundlag af spørgeskemaet.

Aldersfordelingen for de patienter med KOL henholdsvis diabetes type 2, der har svaret på spørgeskemaet, er omtrent den samme, *jf. figur A.1.*

Figur A.1. Respondenternes aldersfordeling



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Både gennemsnitsalderen og medianalderen blandt alle respondenter er ca. 70 år, og 80 pct. af respondenterne er mellem 60 og 80 år. Den yngste respondent er 37 år, mens den ældste er 87 år. Aldersspredningen forekommer dermed rimelig.

Blandt respondenterne udgør personer med en erhvervsfaglig uddannelse som højst afsluttede uddannelse en mindre andel end blandt alle 60-69-årige i Danmark, *jf. tabel A.3*. Forskellen er knapt 10 pct. enheder. Dette modsvarer stort set af en tilsvarende højere andel af personer med en videregående uddannelse blandt respondenterne.

Tabel A.3. Respondenter fordelt efter uddannelse

Pct.	Spørgeskema	60-69 årige, 2019
Grundskole, gymnasial uddannelse	27,0	29,0
Erhvervsfaglig uddannelse	28,7	39,3
Videregående uddannelse	39,9	30,1
Ikke oplyst	4,5	2,6
I alt	100,0	100,0
Antal observationer	178	662.256

Kilde: Danmarks Statistik, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

En sammenligning mellem fordelingen af respondenterne på region og den regionale befolkningsfordeling viser en betydelig overrepræsentation af respondenter bosiddende i Region Nordjylland og til dels Region Syddanmark, *jf. tabel A.4*. Modsat kommer relativt færre af respondenterne fra Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Tabel A.4. Respondenter fordelt på region

Pct.	Spørgeskema	Befolkning, 1. kv. 2020
Region Hovedstaden	21,2	31,7
Region Sjælland	15,6	14,4
Region Syddanmark	26,8	21,0
Region Midtjylland	16,8	22,8
Region Nordjylland	19,6	10,1
I alt	100,0	100,0
Antal observationer	179	5.882.763

Kilde: Danmarks Statistik, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Selv om der i forhold til befolkningen er oprettet færre digitale forløbsplaner i Region Hovedstaden, kan det langt fra forklare den observerede over- og underrepræsentation på tværs af regioner. Der er ikke umiddelbart andre oplagte forklaringer på forskellene, ligesom det er vanskeligt at vurdere, om regionalt tilhørsforhold har betydning for, hvordan respondenterne har svaret på spørgeskemaet.

A.2. Spørgeskemaundersøgelsen for almen praksis

I spørgeskemaet til almen praksis blev respondenterne indledningsvis bedt om at give en række baggrundsplysning om den almene praksis. Disse er i det følgende sammenholdt med det datasæt, som MedCom og Danske Regioner har stillet til rådighed for evalueringen (i det følgende "MedCom").

Målgruppen for spørgeskemaundersøgelsen er de praktiserende læger eller praksispersonalet, og det er ikke muligt at koble respondenterne til den enkelte almene praksis. MedCom anvender derimod normalt den enkelte almene praksis som enhed, men idet datasættet fra MedCom indeholder oplysninger om, hvor mange læger der er tilknyttet den enkelte praksis, muliggør det sammenligninger med samme enhed – nemlig fx antal læger tilknyttet en almen praksis i Region Hovedstaden eller i en praksis, der anvender et givent lægesystem (IT).

Efter at have svaret på spørgsmålene om baggrundsoplysninger blev respondenterne bedt om at angive, om de i deres praksis havde oprettet mindst én digital forløbsplan. Dem, der svarede "Ja", blev derefter stillet en række spørgsmål om deres implementering, erfaringer mv. med digitale forløbsplaner. Dem, der svarede "Nej", blev derimod kun stillet enkelte spørgsmål om, hvorfor de endnu ikke havde oprettet en digital forløbsplan og deres planer i forhold til implementeringen.

Blandt respondenterne angav 90 pct., at de var tilknyttet en praksis, der havde oprettet mindst én digital forløbsplan, mens det i henhold til MedCom kun er tilfældet for 77 pct. af alle praktiserende læger, *jf. tabel A.5*.⁷

Tabel A.5. Andel af almen praksis der har oprettet mindst én digital forløbsplan

Pct.	Spørgeskema	MedCom
Ja	90,1	77,0
Nej	9,9	23,0
I alt	100,0	100,0
Antal observationer	624	3.443

Kilde: MedCom, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Der er dermed en tydelig overrepræsentation af respondenter tilknyttet praksisser, der har oprettet mindst én forløbsplan. Idet de to grupper af respondenter besvarede forskellige spørgsmål i spørgeskemaet har denne skævhed ingen betydning for fortolkningen af resultaterne.⁸ Kun i det omfang, der drages konklusioner på tværs af sektoren, er det afgørende at tage højde for, at en betydelig andel af alle almene praksisser endnu ikke har implementeret digitale forløbsplaner.

For at fange systematiske forskelle mellem de almene praksisser, der har henholdsvis ikke har oprettet mindst én digital, sammenlignes begge typer af respondenter med de tilsvarende populationer i MedCom datasættet.

Målt i forhold til, hvor mange læger der er i den enkelte almene praksis, gælder, at 36,5 pct. af alle læger i praksisser, der ikke har oprettet en digital forløbsplan, i henhold til MedCom er

⁷ Idet MedCom datasættet vedrørende oplysninger ultimo 2019, mens spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i marts 2020, kan forskellen mellem de to opgørelser være overvurderet, idet der i den mellemliggende periode kan være praksisser, som har oprettet deres første digitale forløbsplan. Med udgangspunkt i udviklingen i antallet af aktive almen praksis i forhold til digitale forløbsplaner i starten af 2020, vurderes betydningen af de to forskellige opgørelsestidspunkter at være begrænset i forhold til den observerede forskel.

⁸ Som grundlag for at vurdere respondenternes repræsentativitet er der for denne samt de efterfølgende opgørelser lavet χ^2 -test, der viser, om en observeret fordeling afviger fra den forventede fordeling i et sådant omfang, at forskellene ikke kan anses som tilfældige.

tilknyttet praksisser med en læge. For læger i praksisser, der har oprettet digitale forløb, er denne andel kun 17,2 pct., jf. tabel A.6.

Tabel A.6. Fordeling i forhold til antal læger i almen praksis

Pct.	Oprettet mindst én forløbsplan		Ikke oprettet én forløbsplan	
	Spørgeskema	MedCom	Spørgeskema	MedCom
1	17,0	17,2	35,5	36,5
2	24,7	23,5	32,3	27,8
3	22,2	25,6	9,7	20,5
4	17,2	18,1	16,1	11,6
5 eller flere	19,0	15,7	6,5	3,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal observationer	559	2.651	62	792

Kilde: MedCom, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Denne forskel er imidlertid afspejlet i de to grupper af respondenter. Det kan således ikke afvises statistisk, at de forskelle, der er mellem fordelingen efter antal af læger i den praksis i de to grupper af respondenter og fordelingen i MedCom populationerne, er udtryk for tilfældigheder.

Fælles for de to grupper af respondenter er dog, at en mindre andel af respondenterne er i praksisser med tre læger, og en større andel i praksis med fire eller flere læger, end i de samlede populationer. Disse afvigelser vil dog næppe påvirke evalueringens resultater nævneværdigt.

Konklusionen er den samme, når der ses på antallet af patienter i de almene praksisser. Også her er en forholdsvis høj andel af lægerne tilknyttet praksisser med mindre end 2.000 patienter for den gruppe af praksisser, der ikke har oprettet digitale forløbsplaner, når der samles med gruppen af praksisser, der har oprettet en forløbsplan, jf. tabel A.7.

Tabel A.7. Fordeling i forhold til antal patienter i almen praksis

Pct.	Oprettet mindst én forløbsplan		Ikke oprettet én forløbsplan	
	Spørgeskema	MedCom	Spørgeskema	MedCom
Mindre end 2.000	25,4	21,6	46,8	42,9
2.000-3.999	40,2	38,8	32,2	35,3
4.000-5.999	20,1	23,1	14,5	14,5
6.000 eller flere	14,2	16,5	6,4	7,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal observationer	562	2.619	62	792

Kilde: MedCom, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Respondenterne fra de to grupper af praksisser fordeler sig på omtrent samme måde som i dataene fra MedCom. For læger i praksisser, der har oprettet forløbsplaner, er der dog blandt respondenterne en større andel, der er i praksisser med 4.000 patienter eller færre, end i dataene fra MedCom, og statistisk bekræftes hypotesen om tilfældige afvigelser ikke.

I forhold til de praksisser, der ikke har oprettet digitale forløbsplaner, er afvigelserne mindre systematiske, og det kan statistisk ikke afvises, at forskellene er udtryk for tilfældigheder.

I forhold til praksistyper er der for begge grupper af respondenter relativt flere fra enkeltmandspraksis og færre fra kompagniskaber end i de tilsvarende grupper i dataene fra MedCom, jf. tabel A.8. I forhold til gruppen, der har oprettet mindst én digital forløbsplan, er afvigelserne fra fordelingen i data fra MedCom så store, at respondenterne ikke statistisk kan anses som repræsentative for sammenligningsgruppen.

Tabel A.8. Fordeling i forhold til type af almen praksis

Praksistype	Oprettet mindst én forløbsplan		Ikke oprettet én forløbsplan	
	Spørgeskema	MedCom	Spørgeskema	MedCom
Enkeltmand	23,8	18,0	43,5	39,8
Kompagniskab	69,8	72,7	50,0	54,7
Delepraksis	6,4	9,3	6,5	5,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal observationer	562	2.619	62	792

Kilde: MedCom, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

En mulig forklaring på afvigelserne kan være, at der i spørgeskemaet i forhold til enkeltmandspraksis blev sondret mellem solopraksis og solopraksis med samarbejde, mens denne sondring ikke findes i dataene fra MedCom, hvor der opereres med enkeltmandspraksisser. Betydningen af disse forskelle i anvendte begreber for respondenternes svar kan dog ikke afgøres. Da svarene i spørgeskemaundersøgelsen ikke i nævneværdigt omfang afhænger af respondentens praksistype, har afvigelserne næppe betydning for resultaterne.

Statistisk er begge grupper af respondenter repræsentative for de tilsvarende grupper i dataene fra MedCom i forhold til praksissernes regionale hjemsted, jf. tabel A.9.

Tabel A.9. Fordeling i forhold til regionalt tilhørsforhold af almen praksis

Pct.	Oprettet mindst én forløbsplan		Ikke oprettet én forløbsplan	
	Spørgeskema	MedCom	Spørgeskema	MedCom
Region Hovedstaden	28,1	26,9	35,5	43,6
Region Sjælland	15,8	14,0	19,4	14,5
Region Syddanmark	24,2	25,4	14,5	15,3
Region Midtjylland	24,9	24,2	22,6	19,7
Region Nordjylland	6,9	9,5	8,1	6,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal observationer	562	2.651	62	792

Kilde: MedCom, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Fordelingen på regioner af respondenter i praksisser, der har oprettet digitale forløbsplaner, er forholdsvis tæt på den tilsvarende fordeling i dataene fra MedCom.

For respondenter i praksisser, der ikke har oprettet digitale forløbsplaner, er afvigelserne noget større. Bl.a. er der i den gruppe en del færre besvarelser end forventet fra respondenter i Region Hovedstaden, der samtidigt er den region, der har den største andel af praksisser, der ikke har oprettet forløbsplaner.

Den sidste sammenligning, der er foretaget, omhandler de lægesystemer (IT), der benyttes i almen praksis. Denne baggrundsvariabel er bl.a. relevant, fordi nogle af lægesystemerne i starten af implementeringsfasen ikke kunne håndtere digitale forløbsplaner, hvilket kan have haft indflydelse på respondenterne besvarelse af dele af spørgeskemaet.

Der er generelt stor lighed mellem fordelingen efter lægesystem af respondenterne fra praksisser, der både har og ikke har oprettet digitale forløbsplaner, *jf. tabel A.10*. De to grupper af respondenter kan derfor anses som repræsentative for de tilsvarende grupper i dataene fra MedCom, og statistisk kan det ikke afvises, at afvigelserne er udtryk for tilfældigheder.

Tabel A.10. Fordeling i forhold til almen praksis' lægesystem (IT)

Pct.	Oprettet mindst én forløbsplan		Ikke oprettet én forløbsplan	
	Spørgeskema	MedCom	Spørgeskema	MedCom
CGM	41,8	43,6	54,8	45,8
EG	29,2	29,8	12,9	21,2
NOVAX	10,3	8,8	11,3	13,9
A-data	13,7	13,7	9,7	10,0
Ganglion, DataGruppen MultiMed m.fl.	5,0	4,1	11,3	9,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal observationer	562	2.651	62	792

Kilde: MedCom, spørgeskemaundersøgelse og egne beregninger.

Det er sammenfattende MUUSMANNs vurdering, at respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen rettet mod almen praksis i rimelig grad er repræsentative for den samlede praksissektor i Danmark, når der sondres mellem respondenter fra almene praksisser, der har henholdsvis ikke har oprettet mindst én digital forløbsplan.

I forhold til de baggrundsvariable, som det har været muligt at analysere, er ingen specifikke grupper af potentielle respondenter (fx tilknyttet praksisser med 4 læger eller praksisser i Region Nordjylland) over- eller underrepræsenteret i et sådant omfang, at det kan formodes at have givet anledning til væsentlige skævhed i resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen. Skævheder er her målt op imod en situation, hvor flere praktiserende læger (eller praksispersonale) havde svaret på spørgeskemaet, og svarprocenten dermed havde været højere.