

**Almen praksis' modtagelse af  
forløbsydelsen  
for diabetespatienter**

**En kvalitativ evaluering efter det første år**

af

Thorkil Thorsen

Maj 2008

# Indholdsfortegnelse

<b>INTRODUKTION .....</b>	<b>3</b>
FORLØBSYDELSEN FOR DIABETESPATIENTER.....	3
FORMÅLET MED EVALUERINGEN .....	4
LÆSEVEJLEDNING.....	4
<b>METODE OG MATERIALE.....</b>	<b>4</b>
TILMELDTE, FORLØBSYDELSES-AKTIVE PRAKSIS .....	4
TILMELDTE, FORLØBSYDELSES-PASSIVE PRAKSIS .....	5
IKKE-TILMELDTE PRAKSIS .....	5
OVERSIGT OVER DATAINDSAMLING.....	6
INTERVIEW OG ANALYSE .....	6
<b>RESULTATER (1): TILMELDTE, FORLØBSYDELSES-AKTIVE PRAKSIS .....</b>	<b>7</b>
HVORFOR HAR MAN TILMELDT SIG FORLØBSYDELSEN? .....	7
PROBLEMER MED POP-UP-VINDUE, PROGRAM MM.....	8
PROBLEMER MED FEEDBACKDATA.....	11
UTILSTRÆKKELIG VEJLEDNING OG INSTRUKTION .....	15
HAR FORLØBSYDELSEN ÆNDRET NOGET I HÅNDTERINGEN AF DIABETES? ER KVALITETEN BLEVET BEDRE? .....	16
<i>Kontroller</i> .....	17
<i>Intern arbejdsdeling</i> .....	17
<i>Samarbejde med eksterne parter</i> .....	17
<i>Øget opmærksomhed</i> .....	17
<i>Det aktive element i FY</i> .....	18
HAR PATIENTERNE MÆRKET NOGEN FORSKEL? .....	19
HONORERINGEN .....	19
<i>Honorarstørrelsen</i> .....	20
<i>Honorarsystem</i> .....	20
<i>Engangsydelsen</i> .....	21
ER FY TIDSBESPARENDE ELLER TIDSRØVENDE? .....	22
DE INTERVIEWEDES FORSLAG TIL IMPLEMENTERINGSAKTIVITETER OG FORBEDRINGER AF FORLØBSYDELSEN.....	22
<i>Honoreringen</i> .....	23
<i>Engangsydelsen</i> .....	23
<i>Program-trimming</i> .....	23
<i>Vejledning, instruktion og oplysninger om status</i> .....	23
<i>Kvalitet</i> .....	24
<b>RESULTATER (2): TILMELDTE, FORLØBSYDELSES-PASSIVE PRAKSIS .....</b>	<b>24</b>
<b>RESULTATER (3): IKKE-TILMELDTE PRAKSIS .....</b>	<b>25</b>
BEGRUNDELSER FOR IKKE AT VÆRE TILMELDT FORLØBSYDELSEN .....	26
<b>SAMMENFATNING OG DISKUSSION .....</b>	<b>28</b>
TILSLUTNINGEN TIL FORLØBSYDELSEN .....	28
INDKØRINGSPROBLEMER .....	29
VEJLEDNING OG INSTRUKTION.....	29
KVALITETSSIKRINGSVÆRKTØJ?.....	29
FREMTIDIG IMPLEMENTERING.....	30

Thorkil Thorsen, som har planlagt og gennemført undersøgelsen, er kultursociolog, freelance på deltid i eget konsulentfirma, SYNTHESE, og deltidsansat som seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København

Undersøgelsen, som er finansieret af Fagligt Udvalg og Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E), har undervejs været drøftet med baggrundsgruppen for evalueringen af forløbsydelsen.

## Introduktion

### ***Forløbsydelsen for diabetespatienter***

Forløbsydelsen for diabetespatienter (FY), som trådte i kraft per 1. maj 2007, er et nyt element i almen praksis' ydelsesrepertoire. Formålet med FY er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af diabetespatienter i almen praksis og at give den praktiserende læge et instrument til systematisering og kvalitetssikring af behandlingen og kontrollen af disse patienter i egen praksis.

Forløbsydelsen bryder med det kendte honorarsystem, hvor der honoreres for enkelkontakter. Forløbsydelsen har et årshonorar (på 1099 kr. per tilmeldt diabetespatient), som kan komme til at dække en forskellig arbejdsindsats i relation til forskellige patienter, da det er patientens individuelle behov der afgør, hvor mange kontroller patienten skal tilbydes i løbet af et år. Lægen vurderer løbende, om patienten er i et tilfredsstillende behandlingsforløb, og er sammen med patienten forpligtet til at aftale de nødvendige kontroller. Og lægen skal (inden for realistiske muligheder) følge op, hvis patienten udebliver. Med ydelsen introduceres således en ny opsøgende rolle for den praktiserende læge.

Tilmelding til forløbsydelsen er frivillig. Et ydernummer, som tilmelder sig ydelsen, får udbetalt et engangsbeløb på 7.500 kr. per fuldtidslæge, når der i lægesystemet er installeret et datafangstmodul. Alle diabetespatienter (gruppe 1 og gruppe 2 patienter) er omfattet af FY, hvis de kontrolleres i praksis. Det er ikke tilladt en praksis kun at lade udvalgte diabetespatienter, som den kontrollerer, være omfattet af FY. Patienter, som kontrolleres på sygehusambulatorium eller ved speciallæge er ikke omfattet. Efter tilmeldingen skal alle praksis' diabetespatienter registreres med en ICPC-kode.

Ydelsen omfatter de elementer, der fremgår af DSAM's kliniske vejledning fra 2004, "Type 2-diabetes i almen praksis", herunder en årskontrol og mellemliggende, aftalte kontroller efter lægens skøn. Ved årskontrollen, som kun kan udføres af en læge, skal det i et pop-up vindue på lægens pc angives, hvor mange mellemliggende diabeteskontroller der planlægges for det næste år – og der skal være mindst én. Aftalte, mellemliggende kontroller kan gennemføres ved klinikpersonale. Henvender diabetespatienten sig mellem de planlagte kontroller med diabetes-relaterede problemer, indgår konsultationen ikke som en del af forløbsydelsen. Alle ikke-diabetesrelaterede konsultationer afregnes som hidtil.

Med et datafangstmodul installeret overføres der fra lægens pc diabetesrelaterede data til Dansk AlmenMedicinsk Database, som behandler data og returnerer dem til den praktiserende læge i bearbejdet form, så lægen kan bruge dem til at få et overblik over sin diabetespopulation. Dette giver mulighed for læring og for bl.a. at identificere og indkalde patienter, hvor diabetesbehandlingen kan forbedres.

Evalueringsgruppen for forløbsydelsen (nedsat af Fagligt Udvalg vedr. Landsoverenskomsten og Den Almenmedicinske Kvalitetsenhed (DAK-E)) har ønsket, at der ved siden af andre evaluerings-elementer gennemføres en kvalitativ evaluering af ydelsens implementering og modtagelse i almen praksis, af hvordan den påvirker praksis' arbejdstilrettelæggelse, og af hvordan læger og personale bruger feedbackdata fra Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD).

## **Formålet med evalueringen**

Evalueringen beskæftiger sig *med* barrierer for tilmelding til og brug af forløbsydelsen i daglig rutinepraksis, *med* de konkrete erfaringer med brugen af ydelsen og dens elementer, *med* de ændringer i daglig praksis, som ydelsen har givet anledning til, og *med* forslag til forbedringer af selve ydelsen og dens elementer. Denne beskrivelse skal bidrage med et vidensgrundlag, som overenskomstparterne kan bruge i beslutninger om forløbsydelsens fremtid. Endvidere kan evalueringen bruges som baggrund for beslutninger om centrale og regionale implementerings- og kvalitetsudviklingsaktiviteter.

## **Læsevejledning**

Et par ord om terminologien i denne rapport:

- "Forløbsydelsen for diabetespatienter" eller bare "forløbsydelsen" bruges som samlebegreb for honoreringen og datafangsten og feedbackdata (returdata).
- "FY-honoreringen" eller bare "honoreringen" betegner både det honorar (kr. og øre), som lægerne får per diabetespatient per år, og det honorarsystem, som lægerne skal bruge i forbindelse med behandlingen af diabetespatienter (årskontroller og mellemliggende kontroller mm.).
- "Datafangst", "datafangstprogram" eller "datafangstmodul" betegner dels det computerprogram, som lægerne skal skrive data ind i, dels den automatiske overførsel heraf til Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD), og dels den feedback i form af analyserede data, som hver enkelt praksis får på grundlag af sine indtastede konsultations- og patientoplysninger og praksisaktiviteter. Det sidste element kaldes i denne rapport også "returdata" eller "feedback".
- "Sentinel" eller "sentinel datafangst" er et elektronisk program, der løbende under arbejdet i klinikken opsamler kopier af data om medicinordinationer, laboratorieværdier, ydelser og diagnoser. Via en pop-up kan der suppleres med ekstra projektrelaterede informationer.

Citater fra interviewene bruges til at illustrere pointer og præcisere nuancer mm. Af hensyn til læsevenligheden er citaterne dog rensset for fortællelser, øh'er, forvirrende forkert ordstilling, indforstået snak o.lign. Citaterne er endvidere anonymiserede.

Den meget travle læser kan danne sig et hurtigt indtryk af rapportens indhold og konklusioner ved at læse de fremhævede, korte tekster (fed skrift) efter nogle af overskrifterne samt det sammenfattende og diskuterende kapitel.

## **Metode og materiale**

**Denne rapport beskriver af, hvordan forløbsydelsen er blevet modtaget og bruges i almen praksis, bygger på interviews med 12 tilmeldte praksis, som bruger forløbsydelsen, interview og e-mail-svar fra tilmeldte praksis, som endnu ikke bruger den, og 6 interviews med ikke-tilmeldte praksis**

### ***Tilmeldte, forløbsydelses-aktive praksis***

Jeg tilstræbte at få en stor variation blandt de interviewede praksis mht. geografisk beliggenhed, lægens køn og alder, praksistype, praksisstørrelse mm. Jeg sendte e-mail og brev til 15 praksis, og disse henvendelser fulgtes op med en telefonisk henvendelse få dage senere.

Der var en uventet stor interesse og villighed til at deltage. Faktisk havde jeg efter den 13. opringning allerede 12 tilsagn, hvorfor jeg skrev til de to sidste praksis og trak min anmodning om interview tilbage.

I 8 af de 12 interviewede praksis, som var tilmeldt forløbsydelsen, var det alene lægen (eller i kompagniskabspraksis én af lægerne) der deltog. I et af de øvrige interviews deltog begge læger, i et interview i en kompagniskabspraksis deltog en læge og en klinikassistent, i 1 solopraksis deltog lægen og sekretæren, og i en kompagniskabspraksis deltog en læge og en edb-ansvarlig.

Øvrige karakteristika for de 12 tilmeldte og forløbsydelses-aktive praksis:

- Praksistype: Kompagniskabspraksis: 6, solopraksis: 5, delepraksis: 1
- Kompagniskabspraksis' størrelse: 2 - 4 læger
- Antal patienter i kompagniskabspraksis: 3500 - 5800
- Antal patienter i solopraksis: 1400 - 2200
- De interviewede lægers køn og alder: 10 mænd, 3 kvinder: 39 – 62 år
- Geografisk fordeling (i henhold til den gamle amtsinddeling): Bornholm (2 praksis), Københavns Kommune (1), Københavns Amt (4), Roskilde Amt (2), Vestsjællands Amt (1), Fyns Amt (1), Vejle Amt (1 praksis)
- Anvendte lægesystemer: Ganglion (1), MediCare (3), MedWin (6), Æskulap (2).

Interviewene, som varede mellem 45 og 65 minutter, gennemførtes i perioden marts-april 2008.

### ***Tilmeldte, forløbsydelses-passive praksis***

En del praksis har tilmeldt sig forløbsydelsen uden at tage den i brug bagefter. Primo maj 2008 fik jeg med DAK-E's mellemkomst sendt e-mail til 7 af disse praksis, hvori jeg anmodede om lov til at kontakte dem telefonisk for et 10 minutters interview. Kun én praksis gav et sådant tilsagn (og blev interviewet), mens to andre praksis besvarede mine spørgsmål på e-mail. Fire praksis svarede hverken på min første henvendelse eller på min rykker.

Svarene i interview og e-mails suppleres med oplysninger fra en datakonsulent i Region Syd om de begrundelser, han har mødt i tilmeldte, men forløbsydelses-passive praksis for ikke at have fået installeret datafangstmodulet.

### ***Ikke-tilmeldte praksis***

Oplysninger om bevæggrunde til ikke at have tilmeldt sig forløbsydelsen er indhentet via et andet evalueringsprojekt, som jeg gennemførte med dataindsamling (interviews i praksis) i november-december 2007. Evalueringen vedrørte projektet "Diabetes - teambuilding i almen praksis" (herefter omtalt som Teambuilding-projektet), som sigtede mod at få praksis til at arbejde systematisk med data og at inddrage personale i diabetesbehandlingen.<sup>1</sup> Projektet havde udgangspunkt i det nye tanke-sæt bag PLO's overenskomst fra marts 2006 for behandling af patienter med kronisk sygdom. Formålet var at udvikle og konkretisere de faglige elementer bag denne tankegang og give deltagerne erfaringer med at indarbejde dem i de daglige rutiner i almen praksis. Imellem to kursusdage skulle deltagerne manuelt registrere alle deres diabetespatienter og angive værdier på en række kvalitetsindikatorer.

<sup>1</sup> Evalueringen er afrapporteret i: T. Thorsen: *Bag om tallene: Kvalitativ evaluering af projektet "Diabetes - Teambuilding i almen praksis"*. 2008. [Endnu ikke publiceret].

Til evalueringen udvalgte 9 praksis til interview om deres udbytte af deltagelsen i Teambuilding-projektet. I udvælgelsen blev der lagt vægt på at finde en så bred ”repræsentation” af praksis som muligt, forstået på den måde, at man ville have bidrag fra *forskellige* praksis mht. praksistype, beliggenhed, personale, lægernes køn og alder mv., samt en forskellig score på udvalgte kvalitetsstandarder (urinalbuminmåling udført i foregående 15 måneder; patienter i medikamentel lipidsænkende behandling; øjenundersøgelse inden for de sidste år). Kvalitetsscoren bygger på de deltagende praksis egne angivelser i registreringskemaet. Beslutningen om at udvælge netop disse tre kvalitetsparametre blev taget af Teambuilding-projektets ledelse.

Den endelige liste over interviewede praksis indeholdt:

- 3 kompagniskabspraksis (heraf en delepraksis med 3 læger til 2 stillinger, samt en 2-mandspraksis med en vakant lægestilling + 1 reservelæge)
- 6 solopraksis
- antal patienter i kompagniskabspraksis: 3600 - 4300
- antal patienter per solopraksis: 1450 - 1700
- 3 praksis i Københavns Kommune, 6 praksis i Københavns Amt
- to af de udvalgte praksis lå i den bedste tredjedel på alle tre udvalgte kvalitetsparametre (altså scoret høj/høj/høj), én praksis lå i den laveste tredjedel på alle disse parametre (lav/lav/lav), mens de øvrige praksis havde forskellige kombinationer af høj/mellem/lav.

Det faldt naturligt i interviewene at inddrage spørgsmålet om disse praksis’ holdninger til forløbsydelsen for diabetespatienter. Kun én praksis havde på interviewtidspunktet (november – december 2007) tilmeldt sig ydelsen. To andre praksis ville gerne, men havde computersystemer, som ikke kunne håndtere det. Det er interviewene fra de resterende 6 praksis, der altså bevidst havde fravalgt forløbsydelsen, som inddrages i denne beskrivelse af, hvordan forløbsydelsen er blevet modtaget i almen praksis.<sup>2</sup>

## **Oversigt over dataindsamling**

TILMELDTE PRAKSIS		IKKE-TILMELDTE PRAKSIS
FY-aktive	FY-passive	6 interviews fra evalueringen af Teambuilding-projektet
12 interviews gennemført i praksis	1 telefon-interview + 2 e-mail-svar + datakonsulent-optegnelser	
Marts – april 2008	Maj 2008	November – december 2007

## **Interview og analyse**

Alle interviews er gennemført og analyseret af denne rapport forfatter. Interviewene var semistrukturerede, dvs. at jeg på forhånd havde udarbejdet en liste over emner og spørgsmål, men at der også var plads til, at andre emner og perspektiver kunne inddrages, hvis disse bidrog til evalueringens hovedfokus. Interviewene optoges på lydband med henblik på senere gennemlytning og transskribering.

<sup>2</sup> Interviewene i ”Teambuilding-projektet” gennemførtes ultimo 2007, men i skivende stund – maj 2008 – er ingen af disse 6 praksis endnu tilmeldt forløbsydelsen.

ring. Alle interviewede lovedes fortrolighed og fuld anonymitet i forbindelse med afrapportering mm.

Analysen af interviewene er gennemført med vægten på de oprindelige evalueringsspørgsmål, men samtidig med en opmærksomhed på – og analytisk imødekommenhed over for – andre temaer, som dukkede op undervejs i interviewene.

## Resultater (1): Tilmeldte, forløbsydelses-aktive praksis

I det følgende beskrives de interviewedes erfaringer med forløbsydelsen og brugen af datafangsten, deres holdninger til ydelsen, samt deres forslag og ønsker til forbedringer.

### **Hvorfor har man tilmeldt sig forløbsydelsen?**

**De fleste interviewede fortæller, at det var ønsket om at få mere overblik og mere systematik ind i diabeteshåndteringen, der fik dem til at tilmelde sig forløbsydelsen. Ønsket om kvalitetssikring var vigtigere end økonomiske overvejelser. Et par af de interviewede har haft andre – eller yderligere – bevæggrunde.**

Alle interviewene beskæftigede sig indledningsvis med bevæggrundene til at have tilmeldt sig forløbsydelsen for diabetespatienter. For de fleste af de 12 praksis var det angiveligt forventningen om at få et kvalitetssikringsredskab, der havde været det vigtigste – at få mere struktur og mere styr på tingene. Økonomien havde ikke været noget afgørende tema.

Fx sagde en af de interviewede læger:

*Vi ville forsøge at få et eller andet system i vores diabetespatienter. Og nu kom systemet jo så, ikke. Så jeg kiggede ikke så meget på økonomien i det. For at se, om vi kunne få dem i et eller andet system, så vi kunne passe dem ens. For vi to læger arbejder meget forskelligt. Hans og mine diabetespatienter bliver ikke behandlet på samme måde. (P-1)*

Men ønsket om at bruge FY til kvalitetsudvikling og systematik kom ikke alene fra dem, der havde en noget ustruktureret tilgang. Det kom også fra dem, som betegnede sig selv rimeligt gode til diabeteshåndtering i forvejen. Fx siger en af dem:

*Vi meldte os for at få evaluering af sukkersygepatienterne. Vi syntes, vi var ret gode til at have det sat godt i system. Så sagde vi hov, dér kan man så kigge sig selv bedre i kortene, end vi gør til hverdag. Det var indgangen til det. Vi har ikke regnet på økonomien. Det var ikke økonomien, der tændte os. (P-4)*

Flere af de interviewede fremhævede det attraktive i at få et overblik over sine diabetespatienter. En af lægerne sagde, at uden datafangstens feedback var det som at *jeg går rundt i en skov og kigger på træerne, og kan se et træ her og et træ der*. Forløbsydelsen skulle sørge for, at

*jeg kommer op i en flyver og kan se hele min skov. Så kan jeg se, hvor der er noget, der er galt. Det er det, der er spændende. Og det giver en helt anden indfaldsvinkel til faget, fordi man tit kan synes, at i dagligdagen kører man bare derudaf og har ikke overblikket. (P-11)*

Nogle af de interviewede praksis havde en lidt anden indgang til det. De ville være gerne være med til nyudvikling. En af dem fortalte, at han bare *godt kan lide at være på forkant med tingene. Fordi vi har fået at vide, at det her er fremtiden, ikke bare inden for diabetes*. Og han fortalte, at han generelt vil være på forkant også med andre ting, selv om han ikke med det samme kan se fordelene ved.

Et andet sted, hvor man på forhånd betragtede honoraret som rigtigt dårligt og tidsforbruget som stort, var bevæggrunden til at tilmelde sig, at

*vi ville jo gerne se, alligevel, hvor meget tid tager det? Hvad er vores benefit? Får jeg noget ud af dét, de sælger mig og siger, jamen så får du en diskette hver tredje måned, og så kan du se, om du passer dine patienter godt. Er det noget, der giver mig eller vores praksis og personalet noget, at man er på med det, at man ligesom får fokus på patienterne? Giver det noget for patienterne? Og derfor har vi meldt os til det. (P-6)*

Også andre talte om, at *så følte man sig forpligtet til at finde ud af, om det var noget, der fungerer. (P-3)*

Flere af de interviewede praksis fortalte, at de havde tilmeldt meldt sig *på trods af økonomien*. Ingen af de 12 praksis havde meldt sig *på grund af økonomien*. Sagt med andre ord, så havde de honoreringsmæssige aspekter ikke været et egentligt tema i den endelige beslutning. Dette er dog ikke ensbetydende med, at man fandt honoreringen nem at gå til og økonomisk tilfredsstillende, jf. nedenfor.

Et par af de interviewede læger fremhævede et andet aspekt, som gjorde FY attraktiv for dem og for praksissektoren. Det er, at den mulighed for dokumentation og forskning, der ligger i datafangst og database, kan give faget almen medicin et statusløft, som ville være strategisk godt over for politikere og hospitaler. Måske kan man bevise, at patienten er endnu bedre kontrolleret ude i praksis.

*Jeg mener, at det et slags kvalitetsstempel på praksis. Også det, at man tør lade sine data tilflyde noget centralt, det gør man måske mere, hvis man selv tror på, at man ikke ligger så forfærdeligt. (P-2)*

### **Problemer med pop-up-vindue, program mm.**

**De deltagende læger udviser en stor portion tålmodighed med computerprogrammet. De kunne alle berette om mærkelige og uforklarlige hændelser, når de indtaster eller læser data. De er dog parate til at betragte det som børnesygdomme – og problemerne er da også blevet færre, siger de. Men de understreger, at det er irriterende og tidsrøvende.**

Lægerne har været igennem mange frustrerende oplevelser, når de har skullet tage forløbsydelsen i brug. Der har været mange uafklarede spørgsmål og mange systemfejl. I interviewene har lægerne leveret mange historier om problemer, de er stødt ind i. Fortællelysten og detaljeringsgraden var så stor, at jeg kunne fylde flere sider med referater og citater desangående.

Man kan dele historierne op i tre hovedområder: 1) problemer med at få det til at fungere pga. systemfejl; 2) usikkerhed i brugen af programmet; og 3) kritik af, hvad man skal eller ikke kan i programmet.

*Jeg har brugt en masse tid på, at systemet ikke fungerede. Masse, masse tid. Har måttet ringe til mit systemhus, fordi lige pludselig var jeg hoppet ud... så skrev den her nede om morgenen, at sentinel kunne ikke startes, og så skulle den prøve i nogle minutter, og så måtte jeg så ringe, og... Det havde jeg især i starten meget problem med. (...) Jeg brugte meget tid på det i starten. Nu fungerer det. Nej! Forleden kunne den ikke fange det. Så genstarter jeg maskinen, og så kommer det som regel op at køre. Det er ikke sådan, at det bare kører. (P-2)*



Flere af de interviewede fortæller, at de har måttet have fat i deres systemhus og/eller DAK-E for at få rettet noget eller for at få vist noget i programmet. Nogle steder fortæller man, at en opdatering af Windows skabte stor ravage ved at blokere nogle ting i datafangstmodulet.

Jeg fik også beskrevet problemet med kode-inkompatibilitet:

*Det er et problem, at de koder, som vores system kører med, ikke helt passer med dem, som ligger i forløbsydelsen. Fx urinundersøgelse for protein, den står som om vi overhovedet ikke laver den undersøgelse, fordi den er overhovedet ikke med i vores udskrift. Det er simpelthen fordi den kode, som Vejle Sygehus åbenbart kører det ud på, at den ikke rigtigt passer med den, som DAK-E kører med. (P-9, MedWin-bruger).*

Næsten alle beretter om pop-up-vinduet, som enten ikke kommer, eller som man ikke kan slippe af med, når man lukker maskinen ned. Eller fortæller at man ikke er sikker på, om pop-up'en skulle være kommet på dette tidspunkt eller ej.

*Pop-up'en skal jo komme op. Men jeg synes, at det har været utroligt besværligt i starten med alt det tekniske. For det første gik der nogen ting, hvor det ikke virkede, og de var herude flere gange. Og så var det noget med, at den ikke poppede op på T90, selv om den skulle gøre det. Og den er meget ømtålelig, fordi hvis jeg fx... nogle gange hvis jeg udskriver medicin først, så skriver jeg overført til journal, og så kommer det ind i journalnotatet, som jeg bagefter skriver på, og så kommer der oppe i diagnosefeltet også til at stå recept. Hvis jeg så skriver T90 ved siden af recepten, så popper den ikke op. Eller hvis jeg har en ekstra kode på, så kommer den heller ikke op. Så der skal kun stå T90, og så kan jeg skrive, og så kan jeg afslutte, og så vil den komme op. Derfor bliver jeg nogle gange nødt til at lave et ekstra notat, hvor jeg bare skriver T90 og så sætter bare et punktum og så afslutter, bare for at få den poppet op. Og det har jo givet mig noget ekstra arbejde. Så jeg vil sige, at jeg synes ikke, det har været problemfrit, den der tekniske del af det. (P-7)*

Dét med at afslutte og lave et ekstra fiktivt journalnotat for at få pop-up-vinduet frem er et lille trick, som flere andre af de interviewede havde lært sig.

En anden læge fortæller:

*Nogle gange kan man ikke få det (pop-up'en) frem. Hvis jeg skriver på en, som har det i forvejen, og det først skal komme om et år, kan jeg ikke få det frem igen, så vi kan ikke lave det to gange. Men jeg kan heller ikke vide, om mit system er gået i stykker, sådan så det ikke vil vise det. Fordi MedWin har det, at man skal skrive T90 først, og så skrive tekst, og så lukke. Hvis man kommer til at skrive teksten først og T90 bagefter, så kommer vinduet ikke. Heller ikke på dem, man har lavet det på. Og der er en fejl i det. Dvs. at vi kan ikke gå ind og finde det. Eller vi bruger meget tid på det. (P-6)*

Et par steder nævner man for mig, at det er et problem, at pop'up først kommer, når man lukker notatet – på det tidspunkt kan patienten være gået, og man kan være nødt til at fare ud i venteværelset eller ud på parkeringspladsen for at få det nødvendige svar. I en praksis fortalte, de, at de ved et par lejligheder havde ringet til patienten efterfølgende, for at kunne udfylde pop-up'en korrekt.

Nogle har dog fundet en løsning på dette ved at udfylde vinduet sammen med patienten. Denne procedure siges at have en pædagogisk tillægsgevinst over for patienten.

En læge fortæller, at pop-up'en godt nok kommer på hans maskine, når han taster T90, men at det ikke tilsvarende er tilfældet på sygeplejerskens maskine.

Flere fremhævede det bøvlede i, at hvis en aftalt årskontrol bliver skubbet til næste kalendermåned, så kommer pop-up'en ikke frem. En af dem fortæller det på følgende måde:

*Hvis der er nogle patienter, som er aftalt til årskontrol i marts måned, og de ikke kommer i den måned, men først i april, så kommer pop-up-vinduet ikke. Så skal man ind i laboratorieskemaet og ændre den der forvalgte måned. Ellers så får du den ikke frem. Der skal du lige 10-12 tasteanslag ind i laboratorieskemaet og lave en ny set-up og fortælle, at nu hedder det altså april måned for årskontrollen. Og så kan du gå ind, og tilbage, og ind i journalen og trykke T90, afslut, og så kommer pop-up-vinduet. Det er sådan et lille irritationsmoment. (P-5)*

Næsten alle har oplevet, at der hænger en pop-up, som venter på at blive udfyldt færdigt, når man vil lukke maskinen ned. Lægerne ved dog, at det er sådan, det skal fungere. Men der giver alligevel visse problemer og skaber en anelse desperation. Nogle aner ikke, hvordan man slipper af med dem. Og så viser en læge mig, hvordan det er helt håbløst at rydde op i disse reminder-pop-ups:

*Og jeg har 3, der hænger, når jeg lukker mit program, som jeg ikke kan få væk. Jeg kan ikke fjerne dem. For det er ikke relevant at udfylde den der diabetesforløbsydelse, men fordi de har været der i forbindelse med noget, hvor de har fået diagnosen, så hænger den. Og når man så trykker, så går der et øjeblik, så kommer der sådan en op. Som fortæller, at jeg mangler at udfylde noget.. (...) Det er meget irriterende, for det kommer hver dag, når jeg lukker ned. (...) Der er lidt indkøringsproblemer. Ja, for hvis man så trykker på de knapper, der hedder slet eller fjern, så tager den dem ikke. Du kan ikke aktivere knapperne.. [Lægen arbejder ved skærmen]. Se! Nu kan jeg ikke komme ind på den næste. Nu har jeg lavet én (dvs. udfyldt et svar). Så kan jeg ikke lave mere. Den tager ikke klikket. Se, den tager den ikke! Jeg skal tænde og slukke computeren, for at kunne gå videre til at udfylde den næste. Den låser sig. (P-1)*

Der er også problemer af mere kuriøs karakter – men ikke dermed mindre irriterende. En praksis fortæller mig, at der kommer reminders om at udfylde pop-up'en for en patient, som er død for lang tid siden – før ICPC kodningen og før FY. I en anden praksis havde systemet på et tidspunkt taget et barn på 4 år med i datafangsten. De giver lægen anledning til følgende overvejelser:

*Det der datafangstsystem tager altså alle data, som ligger inden for det her... Barnet har ikke haft nogen obs-diagnose på T90. Det tror jeg altså ikke. Der var dér jeg bl.a. blev klar over, at den tager altså alt med – alt hvad der har med diabetes at gøre, alle dem vi har kodet med T90 overhovedet i systemet, de bliver taget med. Så den samler mere med end sådan lige rent umiddelbart. I starten troede vi bare, at den tog dem med, som vi havde tilmeldt, og ikke andre. Det kunne være patienter, der gik på sygehuset, og det kunne være patienter, som vi faktisk ikke har kontakt med. (P-9)*

Undervejs i interviewene kom der andre problemstillinger frem, hvor lægerne var usikre. Fx spørgsmålet om, hvem der skal indskrives i pop-up'en. Denne læge ved ikke, om patienter, der kontrolleres i ambulatoriet, skal registreres i pop-up'en:

*Der har jeg lidt besvær med at finde ud af, om jeg skal skrive dem ind i systemet her eller ej, når jeg så møder dem.*

Interviewer: *Det er du heller ikke blevet instrueret i?*

Læge: *Nej ikke ordentlig. Hvis jeg skriver dem ind i systemet, så bliver det Stenos behandlingsstrategi... eller -resultat, der kommer til at være med i vores kvalitetssikring, Og det er jeg jo ikke interesseret i. Jeg er interesseret i vores. (P-4)*

I det hele taget var der flere steder en usikkerhed om, hvilke patienter og hvilke data, der automatisk ryger ind i datafangsten. Nogle af de interviewede havde dog efterhånden draget den konklusion, at de ikke skal bruge T90 som obs-diagnose. Andre kunne ikke forklare, hvordan diabetesdata var havnet i datafangsten, når patienterne ikke havde været til årskontrol, og lægen eller sekretær ikke havde indført dem manuelt.

Nogle talte om, at der er dårlig kommunikation mellem programmet og journalen. Fx:

*Og du kan ikke direkte komme ind og se de oplysninger med det samme, som du har lavet. Du skal skrive det to steder nu. Molboagtigt. Men det vil vel blive ændret på sigt. (...)*

*Fx livsstilssamtaler skal du skrive ind i pop-up vinduet. Men hvis du vil have de oplysninger i din egen journal, så skal du også skrive det der. (P-3)*

I en anden praksis deltog to læger i interviewet. De var begge usikre på, hvad feltet ”Kodning irrelevant” skal bruges til.

Læge 1: *Hvad er det for en slags kodning? Er det til at vi skal lave dem i risikostratificering? Eller er det bare T90? Eller hvad betyder det egentlig? Jeg udfylder den ikke, for jeg kan ikke forstå den.*

Læge 2: *Nej det er når det er en turist eller et eller andet, hvor du sætter diagnose på og den popper op eller noget, så kan du sige: Kodning irrelevant.*

Læge 1: *Så er de jo ikke tilmeldt. Så er det ligegyldigt. Så kan man lige så godt sige nej.*

Læge 2: *Nej, jeg kan heller ikke huske, hvordan...*

Læge 1 (henvendt til interviewer): *Det kan du godt bringe videre: HVAD ER MENINGEN?*

Ja, hvad er meningen? Læger og personale sidder med mange ubesvarede spørgsmål og frustrationer. Men tålmodigheden er intakt. Man regner med, at det bliver bedre.

## **Problemer med feedbackdata**

**Selv om man kan tænke, at læsning af feedbackdata på skærmen burde være elementært for doctor Watson, så er det ikke nødvendigvis elementært for doktor Nielsen og doktor Sørensen. I hvert fald viste interviewene, at der var mangler i lægernes viden om, hvad man kan med skærbilledet, hvilke informationer der faktisk kan trækkes ud af det, hvad enkeltelementer betyder osv. osv. Selv nogle af de læger, som tydeligvis var mest indsat i forløbsydelse og sentinel, var langt fra klar over det fulde potentiale. Og nogle af de interviewede havde slet ikke kigget på returdataene.**

Elleve af de 12 interviewede FY-tilmeldte praksis havde modtaget 1 eller 2 CD-ROM'er med data over deres diabetespopulation. Den tolvte praksis havde godt nok indtastet data i pop-up-vinduet, men pga. en fejl i sin tilmeldingsprocedure endnu ikke modtaget nogen CD-ROM på interviewtidspunktet.

I en af de praksis, som havde modtaget en CD-ROM med posten måtte de erkende, at de aldrig havde kigget på den – end ikke haft den i computeren. Det lykkedes heller ikke at finde den på hylderne, mens interviewet foregik. I en anden praksis fandt lægen disketten frem og fik den indlæst for første gang, mens jeg var. I en tredje praksis havde CD-ROM'et heller ikke fundet vej til computeren. I en fjerde praksis mente lægen, at han var kommet til at overskrive CD-ROM'en med den instruktions-CD, som han brugte til undervisning. I andre praksis havde man godt kigget på returdataene, men ikke sådan rigtigt *studeret* dem i kvalitetsudviklingsøjemed.

Det var i det hele taget det et gennemgående træk, at feedbackdata var blevet brugt i et yderst begrænset omfang – også i de praksis, som havde datafangsten og feedbackdata som deres primære begrundelse for at melde sig til FY.

Der præsenteredes ikke mange begrundelser for ikke at have set på eller studeret returdataene. Og begrundelserne afslørede i flere tilfælde en ikke-komplet viden om, hvad man kunne få ved at kigge nærmere på disse data. En læge, som har fået sin CD-ROM for en måned, siger:

*Den ligger langt nede i bunken, og jeg har simpelthen ikke nået at kigge på den endnu. (...) Årsagen til at jeg ikke har fået kigget på den, er, at jeg synes ikke det er så spændende. For jeg føler, at jeg har rimeligt tjek... Jeg ved jo, når jeg skriver blodtryk og sådan noget ind, så ved jeg, at den patient på 155... den kommer nok tilbage på den der CD-ROM og siger, at det er for højt. Og det ved jeg jo godt, det er. Det er nok derfor jeg ikke har fået gjort det endnu. For jeg kan ikke forestille mig, at der er noget i det, der kan overraske mig, Jeg ved godt dem der ikke er helt i niveau med de forskellige ting endnu.*

Interviewer: *Tanken er vel, at man skal kunne se sin diabetespopulation under ét.*

Læge: *Kan man sammenligne os med de andre læger. Også på den CD-ROM dér, eller er det kun dine egne?*

Interviewer: *Ja, det kan man.*

Læge: *Jeg må til at kigge på den. (P-7)*

De sidste 4 interviews blev gennemført på et tidspunkt, hvor returdataene ikke længere blev leveret på CD-ROM, men var tilgængelige på sundhed.dk. I alle disse praksis havde man bemærket denne mulighed. Det blev beskrevet som et fremskridt, at man nu har nemmere ved at finde returdataene (og ikke skal lede efter en CD-ROM, som er forsvundet nederst i en bunke). Der faldt dog et par negative bemærkninger om sundhed.dk, som blev beskrevet som langsom og irriterende.

I 9 af de 12 interviewede FY-praksis sad vi under interviewet og gennemgik feedback'en fra datafangsten. Disse gennemgange afslørede hos nogle en meget usikker håndtering af mulighederne, og hos alle en ikke-komplet viden om faciliteter i programmet og om fortolkninger af data.

Selv om jeg som interviewer ikke skulle fungere som en DAK-E-udsendt facilitator – og heller ikke har tilstrækkelig viden til at kunne gøre det – så kunne jeg da undervejs i interviewene give lægerne så meget ny indsigt, at et par af dem faktisk takkede mig for at være kommet og have sat dem ind i programmets muligheder!

Her er et lille udpluk af, hvad jeg mødte af u-kendskab hos læger og personale:

- Flere vidste ikke, at man kan rangordne de enkelte kolonner (fx rangordne populationen ud fra patienternes blodtryksniveau).
- Flere kunne ikke forklare, hvordan stratificeringsniveauerne er udregnet og skal forstås.
- Ingen kunne forklare, hvorfor ikke alle patienter har stratificeringsangivelse.

- Ingen viste mig – da vi drøftede, hvad stratificeringsprikkerne betyder, og hvordan de er udregnet (ingen vidste det) – at man ved at lade cursoren hvile på den sorte bjælke øverst får en forklaring på stratificeringsniveau 3: ”ved glyc Hb  $\geq 9$  eller BT  $\geq 160$ ”.<sup>3</sup>
- Nogle læger var ikke opmærksomme på, at man ved at trække i skakten fornedet i skærmbilledet kunne få flere kolonner med yderligere oplysninger vist. Og et af de besøgte steder opdagede lægen pludselig, at man også kunne trække i den lodrette skakt til højre: Dermed kom den sidste halvdel af diabetespatienterne til syne, som han ellers ikke havde kunnet finde.
- Et par stykker vidste ikke, hvordan man kunne komme til at sammenligne sig med andre praksis.
- Flere havde kun en intuitions-mæssig opfattelse af, hvad de røde opadpegende og de grønne nedadpegende pile i kolonnerne for HbA1c og kolesterol betyder. Derudover kunne ingen forklare, hvordan der kunne være retningsangivende pile for de patienter, som kun havde én måling.
- Et par steder vidste man ikke, at man kan hente alle en patients diabetesrelevante data frem ved at trykke på patientens navn i venstre kolonne.
- En af de to, jeg spurgte, kunne ikke forklare indholdet i kolonnen ”Ansvar”, hvor der kan stå ”egen” eller ”amb” eller ingenting.

Fortolkningen af pile-angivelserne (røde opad, grønne nedad) ud for nogle patienters blodsukker- og kolesteroltal giver en del usikkerhed. Her er uddrag af to interviews:

Interviewer: *Hvad betyder pilene?*

Læge: *Det ved jeg ikke. Er der ikke to værdier? (...) Næ, det er der ikke. (...) Medmindre sentinel kan se laboratedata fra før tilmeldingen. (P-8)*

I en anden praksis forløb samtalen sådan:

Lægen: *Mht de røde pile, der går opad, så har jeg forstået det sådan, at værdien er for høj. At den ligger uden for normalområdet.*

Interviewer: *Jeg troede, at det var i forhold til sidste måling.*

Lægen: *Sådan har jeg ikke forstået det. (...) Der går en pil opad, og det er alt sammen værdier, der ligger for højt. Så det har jeg tolket som, at værdien simpelthen var for høj. Men: Her er der en grøn pil nedad, og den ligger højere end den, der ligger ovenover (og har rød pil). Så er det nok fordi den er blevet lavere. Jeg tror altså ikke på, at alle mine værdier er steget siden sidst. (...) Hvis der kun er én måling, hvad viser den så? Viser den så bare, at den er opad? Det ved jeg faktisk heller ikke. (...) Prøv at se, der ligger kun én. Så kan vi ikke bruge den til ret meget. Pilen ligger så opad, ja, den er så forhøjet i forhold til hvad? I forhold til...? I forhold til ingenting?*

Stratificeringsangivelserne synes at være en gåde for mange. Man kender ganske vist stratificeringstankegangen, men der er flere ting i programmet, man ikke forstår eller ikke ved noget om. Nogle har slet ikke opdaget, at stratificeringsangivelserne mangler hos dem. Da jeg i den ene praksis gør opmærksom på manglen, siger lægen overrasket:

<sup>3</sup> I øvrigt hentede de et sted den skriftlige vejledning til diabetesydelsen frem, for at vi sammen kunne finde ud af, hvornår patienten ”stod til 3 prikker”. Der fremgår det, at ét af seks nævnte kriterier (herunder blodsukker og blodtryk som anført i bjælken) skal være opfyldt. Det vil sige, at bjælkens anvisninger ikke er helt overensstemmende med vejledningen.

*Stratificeringen?! Det er sgu da rigtigt, ja. Det er jo ellers hele ideen i det. (P-12)*

I praksis, hvor der var de røde stratificerings-prikker, snakkede vi, hvordan patienterne blev allokeret til dem. Og hvorfor de fleste patienter i skemaet ikke var stratificeret. Der var ingen, der kendte svaret, og gæsterne var mange. Her drejer samtalen sig om, hvornår man får 3 prikker – og hvad man kan bruge det til. Den ene læge i interviewet kunne med FY-vejledningen i hånden fortælle, at hvis bare ét kriterium var opfyldt, fx HbA1c  $\geq 9$ , så var det automatisk højeste niveau, dvs. 3 røde prikker. Men da vi så gennemgik patienterne på skærmen, så var der flere eksempler på, at det ikke var tilfældet.

Læge 1: *Og det her, når han ligger på 9,9, så er han i 3'eren pr. definition.*

Læge 2: *Jo, men du kan se, at der er mange der ligger over 9, og de er ikke stratificeret til en 3'er alle sammen. Og hvorfor er de ikke det? 12,4 til ham dér, han har ikke fået en 3'er. Det skulle han have haft også.*

Læge 1: *Jeg ved ikke, om det er fordi der ikke står blodtryk.*

Læge 2: *Ja, men [patientnavn] har 10,8. Han har fået taget blodtryk. Han har ikke... Der mangler en mikroalbuminuri. Det er måske, at alle parametre skal være opfyldt. Jo, han har 10,6 i glykeret, han mangler også en mikroalbuminuri. Så er der [patientens navn] her, han har det hele. Han burde også være en 3'er. Hvorfor er han ikke det? Altså, der er ikke noget logik i det. (P-11)*

Disse to læger kunne heller ikke forklare, hvorfor nogle patienter ikke har fået stratificeringsangivelse. De gætter på, at det kan være noget med, hvornår de er tilmeldt. Eller hvor mange data, der i alt skal være til rådighed. *Vi kender jo ikke programmeringen*, siger de. Heller ingen andre interviewede, som jeg spurgte, kunne forklare, hvorfor ikke alle patienter i skemaet blev allokeret til et stratificeringsniveau. Eller hvordan det i det hele taget beregnes.

Selv om det altså var svært at gennemskue stratificeringsangivelserne, så var de fleste – men ikke alle – interviewede dog gennemgående fortrolige med ideen bag stratificeringen og klar over, at prikkerne kunne bruges som en hurtig oversigt og en vejledning til dem. Patienter med 3 prikker burde man gennemgå nøjere og overveje, om man skulle ændre behandling eller eventuelt henvise til ambulatorium. (Det kan dog være problematisk, hvis lægerne alene tager udgangspunkt i denne grafiske visning, hvis systematikken ikke er i orden). Men konkret havde ingen faktisk endnu været så langt nede i data, at de havde brugt stratificeringsangivelserne konstruktivt til at ændre på behandlingen.

I en praksis viser jeg, hvordan man kan se HDL og LDL i kolesterol-kolonnen. Den mulighed kendte lægen ikke. Han ved heller ikke, at man kan rangordne efter alder, kolesterol osv. Den spontane reaktion fra lægen:

*Ja, nej hvor fint! Og det vidste jeg jo ikke. Så havde det jo været rart med en manual. Det er rigtigt godt! Nå, der er mange, der har et fornuftigt kolesteroltal. (P-8)*

Fra de mange andre, som heller ikke kendte denne rangordnings-funktion, lød der tilsvarende begejstringsudtryk, da de fik det vist.

Interaktionen med skærmen og programmet var i flere tilfælde som sagt usikker, vanskelig eller umulig for lægerne, mens vi sad og gennemgik feedbackdata. Desuden viste der sig også en række inkonsistenser, som forekom både mig og lægerne uforklarlige.

Der er faciliteter, som fungerer i den ene praksis, men ikke i den anden (selv med det samme lægesystem). Fx besøgte jeg på tre dage 3 praksis, som alle bruger MediCare. Kun i 2 af disse praksis kunne man rangordne patienterne i henhold til dato for seneste kontrol. Jeg har set lister over patienter, hvor der ikke har været nogen stratificeringsangivelse, selv om de øvrige data vist nok skulle muliggøre det, og hvor praksis har været tilmeldt siden starten. Jeg har set pileangivelser for bevægelser i blodsukker og kolesterol, hvor der kun findes én baggrundsmåling.

Når vi i interviewene har kigget på disse – uforståelige eller uforklarlige – ting, og når vi uden held har forsøgt at finde den indre logik, så har reaktionen fra lægernes side været et overbærende skuldertræk og en bemærkning om, at det bliver nok udbedret. Men samtidig har flere dog også påpeget, at de følte sig dårligt informeret.

På trods af usikkerhed, manglende indsigt i datafangstens muligheder osv., så var der i interviewene dog også en positiv holdning til udbyttet på længere sigt (når det fungerer, når man kender og forstår faciliteterne, når der er registreret så mange patienter, at det giver mening osv.). Nogle kunne endda svinge sig op til superlativer over returdata allerede nu:

*Jeg synes det her overblik er fantastisk. Vi skal til her i praksis at sætte os sammen og kigge på de her tal. (...) Jeg er meget begejstret for den. Det giver en et kvalitetssikringsværktøj, som jeg er glad for, at vi har. (P-10)*

I øvrigt var denne læge blandt dem, som ikke vidste, at man kan flytte skakten og komme til at se de sidste kolonner i højre side (med angivelse af bl.a. seneste kontroldato), eller at man ved at trække i skakten til højre kunne se flere patienter i diabetespopulationen end dem, der umiddelbart kommer frem på skærmen.

Gennemgangen af datafangstens feedbackmodul viste tydeligt og nuanceret, at brugerne er dårligt indsat i baggrund og muligheder. Denne del af FY har tydeligvis *endnu ikke* nogen særlig betydning som løftestang for kvalitetsudvikling af diabetesbehandlingen. Flere af de interviewede tilkendegav dog, at de fremover forventede at gøre mere brug af returdata, fx skrive en liste ud en gang om måneden og gennemgå den minutiøst.

## **Utilstrækkelig vejledning og instruktion**

**Lægerne føler sig gennemgående ikke godt nok vejledt i brugen af FY. Det giver en usikkerhed og suboptimal udnyttelse af mulighederne i datafangsten.**

Lægernes kendskab til forløbsydelsen stammer i udgangspunktet fra fagblade, overenskomsten og hvervemøder, hvor ”kasketfolk” har forsøgt at gøre kollegaer interesserede i at tilmelde sig FY. Senere er der så kommet den skriftlige vejledning samt information på DAK-E’s hjemmeside. Når man så har sendt sin tilmeldelsesblanket begynder problemerne. Man har været lidt på Herrens mark.

*De to første måneder vidste vi ikke rigtigt, hvordan vi skulle gøre det. For der er jo ikke rigtigt nogen manual. Og det der med at man så skulle skrive i et laboratorieskema, hvor mange kontroller der var det næste år, og i hvilken måned man ville have årskontroller – jamen, det anede vi ikke en skid om. Så manualmæssigt var der en brist i starten. Om det så var fra DAK-E eller systemhuset, det ved jeg ikke. Jeg har så udbedret det ved at udarbejde et selvstændigt laboratorieskema til os her. Men jeg ved ikke, om det er nødvendigt, fordi jeg går ud fra, at man kan suge alle laboratorieoplysninger ud af vores system, ikke. (P-8)*

Alle praksis, som har haft problemer med at få systemet til at køre, fortæller, at de har fået beredvil- lig og konstruktiv hjælp fra DAK-E og Henrik Schroll. Derimod har det knebet lidt med systemhu- sene. En anden praksis kunne fortælle, hvordan den i starten måtte henvende sig til sit datahus, men det gav ikke den ønskede hjælp lige umiddelbart.

*De siger jo meget med, at nu skal du bare gøre sådan, og så skal du henvende dig til dit data- hus, og så skal de hjælpe dig med at få installeret sentinel og alt det der. Det gjorde jeg så, men datahuset var jo heller ikke opdateret på det. Så de huskede ikke at give mig alle de her råd, som jeg skulle have. Så det gik galt i starten. (P-7)*

Denne læge har derfor fuld forståelse for, at mange ældre læger finder det uoverkommeligt at skulle sætte sig ind i forløbsydelsen; og at de derfor undlader at tilmelde sig.

I en anden praksis, fortæller sekretæren, som tager sig af at lægge data ind, at hun mangler nogle fiduser til at få sat system i det. Der er nogle rent praktiske problemer, som skal løses eller som man skal lære undervejs, men hun savner detaljeret undervisning i det. Også i at håndtere afregningerne.

*Jeg synes ikke man kan indføre sådan noget stort noget som det her, uden måske at holde no- gen kurser. Og ikke kun for lægerne. For jeg ved da udmærket godt, at rundt omkring sender man det da hen til sygeplejersken eller sekretæren. (P-4)*

Flere af de interviewede nævnte, at ”oplæringen” havde bestået i et foredrag, hvor tilhørerne kunne se på nogle billeder af pop-up-vindue og returdata og fik det hele forklaret, inden de selv havde haft mulighed for at forsøge sig med det ved tasterne. I en praksis forklarede de mig, at

*Der var et lille hefte om forløbsydelsen, som fulgte med, før vi egentlig tilmeldte os forløbs- ydelsen. Men der står det jo ikke rent specifikt, hvordan du skal flytte rundt. Der står bare, at du vil kunne gøre sådan og sådan. (P-12)*

Denne form for generel vejledning uden direkte sammenhæng med den konkrete brug af program- met, er tilsyneladende ikke tilstrækkelig. I hvert fald fremkom der i interviewene forslag om, at der burde være konsulenter, som kom ud i praksis og sad med ved computeren og viste, hvordan man skulle gøre, og hvad man kunne få ud af det.

I en praksis fortalte lægen mig, at han havde downloadet en side fra vejledningen, hvor der var nog- le øvelsesopgaver med spørgsmål og svar. Dem gennemgik de så i klinikken på to personalemøder, inden de turde implementere FY.

Mange har også savnet en vejledning i brugen af returdataene. Ovenfor er det tydeligt fremgået in- direkte, at lægerne ikke er fortrolige med mulighederne. Og de er også selv bevidste om, at de ikke har fået den tilstrækkelige vejledning. Fx siger en af dem:

*Vi har fået et stykke papir ud til, hvordan vi skal bruge den der CD. Der kom et stykke papir sammen med. Hvordan man skal læse den ind. Men ikke rigtigt, hvordan man kan bruge de faciliteter, der er i den. (P-9)*

Der var ikke nogen af de interviewede som kunne sige, at de var godt og tilstrækkeligt informeret.

## **Har forløbsydelsen ændret noget i håndteringen af diabetes? Er kvalite- ten blevet bedre?**

Gennemgående havde de fleste interviewede forløbsydelses-praksis allerede lang tid inden tilmeldingen indført systematik og struktur i den daglige diabeteshånd-



**tering i henhold til DSAM's kliniske vejledning. Men forløbsydelsen, herunder ikke mindst pop-up-vinduet, giver en øget opmærksomhed og kan fungere som en dosmerseddel for, hvad man skal huske at gøre.**

Alle praksis på nær én havde allerede inden tilmeldingen arbejdet med at sætte deres diabetesbehandling i system og fået det godt implementeret. Den kliniske vejledning har været en ledetråd for dem. Én praksis kunne dog fortælle, at man dér havde benyttet forløbsydelsen som en direkte anledning til at indføre mere struktur, og man havde bevidst tilmeldt sig for at få et skub i den retning.

## Kontroller

De fleste praksis kører med en fast skabelon, som kun sjældent fraviges: 1 årskontrol og 3 kvartalskontroller. En enkelt praksis fortalte dog, at man nu i og med forløbsydelsen kun tilbød 1 kvartalskontrol – af hensyn til økonomien. Og dog: Man lover kun 1 kvartalskontrol, men gennemfører 2 mere *uden for* forløbsydelsen (registrere dem som 0101 på afregningen). I en anden praksis fortalte de, at tilmeldingen til FY var startskuddet for en opstramning af deres diabetesbehandling og interne arbejdsdeling. Der aftales som noget nyt behandlingsmål for de enkelte kvalitetsparametre med hver enkelt patient. Og alle diabetespatienter går nu fra konsultationen med en aftalt tid for den næste kontrol. Denne praksis kunne berette, at patienterne nu i højre grad end tidligere bliver behandlet ens af de to læger.

## Intern arbejdsdeling

I flere af de besøgte praksis står en sygeplejerske for kvartalskontrollerne og forberedelsen af årskontrollerne. Tilmeldingen til forløbsydelsen har ikke ændret noget ved denne arbejdsdeling. Der kan være lidt forskel på, hvor og hvornår blodprøvetagningen foregår, og hvordan patienterne får svar på dem. Men der er gennemgående ikke sket ændringer pga. FY.

## Samarbejde med eksterne parter

Der er intet i interviewene der antyder, at forløbsydelsen har medført ændret samarbejde mellem almen praksis og specialister, sygehuse og ambulatorier. Henvisningsmønsteret er ikke blevet ændret. Ambulatorierne siges nogle steder at være blevet flinkere til at sende patienterne tilbage til praksis efter endt behandling, men det er ikke et resultat af forløbsydelsen.

## Øget opmærksomhed

Alle interviewede mente, at dét, at de var blevet tilmeldt forløbsydelsen, havde gjort dem specielt opmærksomme på diabetespatienter – lidt på samme måde, som når man har deltaget i et efteruddannelseskursus, eller når et klinisk emne har fået speciel opmærksomhed i fagpressen, eller der er kommet en klinisk vejledning fra DSAM. Det er nyhedens interesse. Dertil kommer, at ”nyheden” bliver holdt varm pga. pop-up-vinduet og CD-ROM'en med returdata.

Pop-up-vinduet holder opmærksomheden fanget, fordi man skal svare på nogle spørgsmål om øjenlæge, fodundersøgelse, livsstilssamtale mm.

*Jeg har ikke brugt CD-ROM resultatet så meget, som jeg havde troet. Jeg tror, jeg har haft mest glæde af pop-up-vinduet, fordi der kommer nogle konkrete spørgsmål, som jeg burde have stillet patienten på egen hånd, men som jeg har glemt. Den struktur, pop-up-vinduet laver, synes jeg har været fin for mig. Rygestatus spørger jeg i forvejen spontant alle patienter om. Men jeg kan have glemt sådan noget som fod. Øjenlæge kan også smutte en gang imellem. Det kan smutte indimellem, hvis de ikke dukker op til kvartalskontrollerne. (P-4)*

En par andre læger fortæller:

*Vi mener nok, at FY kan give et kvalitetsløft i kontrollen, fordi man bliver gjort opmærksom, om der er noget man mangler at spørge om (fod, øjenlæge). Man for en dosmerseddel.*

Interviewer: *Kunnet I ikke have lavet den uden?*

Lægen: *Jo, men vi har jo masser af dosmersedler på skrift liggende ved siden. Fordelen her er, at den springer op på skærmen, og det er egentlig der, vi skal bruge den. (P-8)*

*Hos os har der været en behandlingskvalitetsforøgelse. Det er jeg sikker på. Pga. den ekstra opmærksomhed, selv om vi havde det pga. undervisning og sådan noget. Det er jo kvalitetsøgning at få det struktureret bedre. Os alle sammen. Og det er det blevet bedre af. Vi havde intentionen, da vi underviste, men havde ikke fået det så godt ind som nu. (P-6)*

## Det aktive element i FY

Det er tydeligvis – indtil videre – altså ikke datafangsten, som bidrager mest til en eventuel kvalitetsforbedring af diabetesbehandlingen. I stedet er det selve den opmærksomhedsskabende effekt, der ligger i pop-up-vinduet, der kan være løftestang for kvalitetsforbedringer. Pop-up-vinduet beskrives som *min hukommelse*.

Men mange af de interviewede har tiltro til, at også datafangstens feedback vil blive brugt mere offensivt fremover, når man har vænnet sig til den, og når den er mere komplet, dvs. indeholder flere af klinikkens diabetespatienter. Flere af de interviewede snakker forventningsfuldt om fremtiden, hvor alle problemer med systemet er løst, og hvor man kan fordybe sig i feedbackdata og udnytte det overblik, de giver. Andre er mere reserverede:

Interviewer: *I får det her overblik med datafangsten. Og det er jo det, som fædrene bag forløbsydelsen forventer, at det vil give en højere behandlingskvalitet, når I har det her overblik. Vil du også tro, at det giver det?*

Lægen: *Jeg tror det egentlig ikke, for vi ved jo godt, hvor vi skal hen. Og det er jo ikke alle patienterne vi kan motivere til at komme derhen. Vi gør det så godt vi kan. (P-6)*

Til gengæld mener den samme læge, at

*Det man får ud af det, det er, at man faktisk har mere fokus på. Hov, der er en diabetespatient. Man laver den der forløbsydelse – den grå kasse kommer op, har de nu været til fodlæge og til øjen og det dér? Kører det i kasser, og får det skematiseret mere. Dét har vi så fået gjort (skematiseret mere). (P-6)*

Der var blandt de interviewede læger en, som ikke synes, han har fået noget udbytte af FY endnu.

Men han forventer, at det kommer:

*Jeg synes ikke, jeg har fået noget særligt ud af det endnu. Ikke andet end at jeg sådan tænker meget over det og tænker, at nu må jeg huske at få skrevet de her ting, så det kommer ind i lab-skemaet, som det skal. Indtil videre synes jeg det har været mere besvær, end jeg har fået noget ud af det. Men jeg regner med, at det vil ændre sig, som sagt, når jeg virkelig begynder at få feedbacken tilbage, som jeg kan bruge til noget. Men indtil videre har jeg følt det lidt som en spændetrøje – at jeg skal sætte mig ind i en eller anden firkant nu, som skal passe med henblik på de data (lab-skemaet), og også at du er bundet til, at de skal altså komme til den årsundersøgelse, ellers så skal du indkalde dem – jeg tror, du bliver nødt til at ringe til dem eller et eller andet, for at de skal komme ind. Og det er noget, der binder mig lidt, synes jeg. Fagligt har jeg ikke fået noget ud af det endnu – andet end det jeg ville have fået, hvis jeg bare havde gjort det på vores almindelige måde. Og vi gør det jo ikke på en anden måde. (P-7)*

En anden læger minder om, at FY ikke bliver nogen universalløsning i diabeteshåndteringen. Han spidsformulerer sin vurdering af begrænsningerne i forløbsydelsen og maner til forsigtighed for dén, som forventer store ændringer:

*Dem, som jeg – før det her kom – havde complianceproblemer med... de complianceproblemer er ikke blevet en bønne bedre eller dårligere efter at systemet er kommet. (P-12)*

### **Har patienterne mærket nogen forskel?**

**De interviewede mener gennemgående ikke, at patienterne har mærket nogen særlig forskel mellem tiden før og efter tilmeldingen til forløbsydelsen, for den daglige håndtering har ikke ændret sig væsentligt. Kun en enkelt praksis har brugt forløbsydelsen som en anledning til at indføre faste kontroller. De andre har længe haft det. Tre praksis har orienteret patienterne om, at de nu systematisk indsamler og rapporterer data til en central database.**

Som beskrevet ovenfor er der i de fleste interviewede praksis ikke sket ændringer i kontrollernes hyppighed, den måde kontrollerne gennemføres på, den interne arbejdsdeling eller samarbejdet med sekundærsektoren og den øvrige primærsektor.

Patienterne har nogle steder måske mærket, at der er blevet stillet lidt flere spørgsmål, fordi man som læge har haft pop-up dosmersedlen foran sig. Herunder er der også blevet stillet spørgsmål, som man ikke tidligere viede særlig opmærksomhed. En af de interviewede mente i modsætning hertil, at patienterne måske får stillet færre (gentagelses)spørgsmål nu, fordi lægen jo ved, at man har spurgt til øjenundersøgelse, fodundersøgelse osv. ved sidste årskontrol.

Enkelte steder kan en patient have oplevet, at lægen har fanget hende på vej ud af venteværelset, fordi der lige var en oplysning, lægen manglede for at kunne komplettere udfyldelsen af pop-up-vinduet:

*Nej, [de har ikke oplevet nogen forandring], andet end at jeg kan finde på pludselig, når de er gået ud af konsultationen, så må jeg hive dem ind, for jeg skal have en højde. Ellers ville jeg jo nok ikke gå så meget op i den. Men den skal jo også stå i skemaet. (P-7)*

I tre af de interviewede praksis har de som fast procedure, at de fortæller diabetespatienterne, at klinikken nu er med i et kvalitetssystem, som indebærer mere systematik, samt at der sker en central registrering. Der er efter sigende ingen patienter, der har klaget over det. Tværtimod har de følt sig mere taget hånd om.

Som et kuriosum nævner en af lægerne, at hans patienter måske har mærket en frustreret læge:

Interviewer: *Har patienterne mærket en forskel efter at du har tilmeldt dig forløbsydelsen?*

Læge: *Nej, ikke andet end at jeg har været lidt mere frustreret i begyndelsen, fordi jeg skulle finde ud af, hvilke ydelser vi skal sætte på, ikke, altså. Men det kørte jo på den måde i forvejen. (P-10)*

### **Honoreringen**

**De interviewede kunne ikke få øje på noget incitament i hverken honoreringsmåden eller honorarstørrelsen. Det var en gennemgående melding, at honoreringssystemet er unødvendigt. Og irriterende, selv om man efterhånden har vænnet sig**

**til det. De 1099 kr. årligt per diabetespatient opfattedes af de fleste som okay – det går nok lige o-p op. Andre havde mere skarpt formulerede, negative synspunkter og talte om en elendig honorarstørrelse.**

### Honorarstørrelsen

Nogle af de interviewede syntes, at honorarstørrelsen kunne gå an. Måske kunne det endda vise sig at være en god forretning, hvis man satte sig ned og regnede efter. Andre syntes, at honoraret er under al kritik. Fx sagde denne læge fra en kompagniskabspraksis:

*Vi synes honoraret er rigtigt ringe. Men det bliver et ringere honorar for de patienter, som vi ser 4 gange om året. Selv om man kan tage ekstraydelser. Der skal være minimum 2 gratis konsultationer. Man kan tage mellem 2 og 4. Og jeg tror ikke, at der er nogen, der tager andet end 2, for så taber man jo decideret penge på det. (P-6)*

Denne holdning betød dog ikke, at denne læge kun så sine diabetespatienter 2 gange om året. De andre kontroller blev i stedet bogført som en almindelig konsultation, 0101.

Men de fleste havde den holdning, at det i sidste ende nok ikke gør nogen forskel rent økonomisk, om man får 1009 per patient eller de gammelkendte ydelser for almindelige konsultationer. En læge fra en kompagniskabspraksis sagde:

*Vores generelle indstilling er, om man kører det på den eller anden måde, kan være det samme. (P-8)*

*Jeg har prøvet at kigge lidt på det, om det ser nogenlunde ud. Og jeg synes det ser ud som om at det må gå nogenlunde o-p op. Og det er jo så det, kan man sige. (P-5)*

### Honorarsystem

Der var blandt de interviewede det synspunkt fremme, at der var tale om et irriterende honoreringssystem. Fx siger en sololæge:

*Når det er sagt, så er jeg ikke sikker på, at jeg ville have tilmeldt mig, hvis jeg havde vidst de problemer, der var. For dels synes jeg, at det er et fuldstændigt åndssvagt honorarsystem. Altså, honoreringen er kompliceret. Jeg ved, at der er en meget stor gruppe læger, som er positive over for forløbsydelsen, men som ikke har tilmeldt sig pga. økonomien. (...) Men der har i hvert fald været meget irritation over den honoreringsform, man har lavet – med én årlig ydelse og så.... Altså, det er ikke det rent økonomiske... Men det giver sådan nogle besværlige beregninger... Altså en patient kommer... så skal man så vurdere, hvis det nu er en diabeteskontrol, jamen var der noget andet. Og sygeplejersken, som har taget en meget stor del af diabeteskontrollerne, har været meget i tvivl om, hvordan hun skulle gøre det. Kort: der har været meget besvær med bare det der med honoreringsformen. (P-2)*

I samme åndedrag som kritikken af honoreringssystemet kom der forslag om, at vende tilbage til den gamle form:

*Hvorfor kan de kontroller ikke lige så godt afregnes med en almindelig konsultation? Så vi har datafangst uden denne honoreringsform. De små kontroller kan jo sagtens hedde diabeteskontroller, hvis datafangsten gerne vil vide, hvor mange gange vi kontrollerer. Men afregningen skal bare hedde konsultationsafregning. Der er jo sindssygt, at man skal sidde med alle de forskellige afregninger. (P-3)*

*Vi er ikke tilhængere af forløbsydelsen. Det er for besværligt. Nu har man lige begyndt at lære med forebyggelsesydelsen 0106, og så skal man begynde at finde ud af det med første kontrol*

*og årskontrol, og en T-kode, og relatere det til diabetesen. Så skal man tilbage og kigge. Jeg håber sådan set, at det bliver fjernet. (P-11)*

Jeg spurgte i interviewene, hvilket incitament overenskomstens parter havde forestillet sig, der ville ligge i honoreringen. Ingen syntes at kunne give mig et sikkert svar. Men her er da i hvert fald et forsøg:

*Incitamentet er vel noget med, at vi skal prøve at finde vores diabetikere. Det er vel det, de tænkte, at når vi fik 1200 kr., så ville vi finde frem til dem. Jeg ved det ikke. Vi forstår det ikke. Vi kunne lige så godt have kørt dem på 0106, og vi så have 2304 til årskontrollen, og så konsultationer derimellem. Så havde det passet fint. Vi kunne fint få det til at hænge sammen på stort set samme økonomi. (P-11)*

Flere af de interviewede læger snakkede om, at andre syntes – eller at de selv syntes – at det er ublu, at midlerne til FY kommer fra overenskomstens basishonorar. Talemåden, at man æder af sin egen hale, kom op i flere af interviewene.

*Der er sågar nogle, der nærmest har beskyldt os, der har meldt os til, for at obstruere. Eller stjæle fra de andre, eller sådan noget ikke. (P-2)*

I et andet interview hedder det:

*Lægen: Politikerne har i hvert fald skudt sig selv i foden, da de tvang PLO til det her.*

*Interviewer: De har måske troet, at det var et økonomisk incitament. Når de regner ud, 4 kontroller og velkontrollerede patienter osv. Så er der alligevel lidt "friværdis" i forhold til de 1100 kr. per patient.*

*Lægen: Ikke hvis det betyder, at du får en mindre stigning i basishonoraret pga. dét i virkeligheden. Så betaler du jo selv for den der ydelse. Og så er der ingen idé i den. Og der er mange kollegaer, der har sagt, at det går vi ikke med til. Og hvis ikke jeg havde fået sentinellen gratis, så havde jeg heller ikke gjort det. Jeg bliver vred, når jeg ser det, ikke, over det der. Der skal en anden finansieringsmodel til. (P-10)*

## Engangsydelsen

I forbindelse med overvejelserne om honorarstørrelse og -system kom vi i interviewene også ind på den engangsydelse på de 7.500 kr., som hver fuldtidslæge får, når praksis har fået installeret datafangstmodul og sender data. Også her var der delte meninger om rimeligheden. De fleste havde haft lidt større udgifter til opdateringen af deres computere end det modtagne engangsbeløb. Man angav beløb i størrelsesordenen 2.000-10.000 kr. Men de fleste betragtede det som en almindelig investering i deres maskinpark, og dermed havde de ikke de store indvendinger. Et par praksis kunne fortælle mig, at engangsbeløbet faktisk havde været en del større end udgifterne til opdateringen.

Men der var også kritiske røster. Særligt fra denne læge, som mente, at det kun var "forskningsenheden", som fik glæde af datafangsten:

*Interviewer: ... I har fået tilskud til at etablere det. I har fået 7.500 som en engangsydelse som et plaster på såret til at få opdateret jeres edb.*

*Lægen: Nej ikke som et plaster på såret. De der 7.500 kr. går jo til forskningsenheden, der kan tage datafangst for os. Altså, vi har jo ikke en pind ud af de der 7.500 kr. (...). Vi kan kun bruge det til, at forskningsenheden kan komme ind og tage vores data. Så det vi har fået er... det ville da være helt grotesk, hvis vi også skulle betale for, at forskningsenheden kunne komme ind i vores edb-system. Det er jo det – vi kan ikke bruge det der modul til noget som helst andet. Datafangst har vi ikke noget som helst andet at bruge til. (P-6)*

Det hører med til denne historie, at lægen ikke havde kigget på den tilsendte CD-ROM. Og da vi under interviewet fik indlæst den, og han fik at se, hvad datafangsten og returdataene gav, så blev han lidt formildnet.

### ***Er FY tidsbesparende eller tidsrøvende?***

**Det har taget en del tid at sætte sig ind i honoreringsreglerne. Efterhånden bliver det dog ren rutine for de fleste. Også pop-up vinduet kræver ekstra opmærksomhed og tid i starten, hvilket har været accentueret af programfejl og betjeningsfejl. Ser man bort fra de tidlige ”børnesygdomme” i programmet, så betragter de fleste nu tidsforbruget som negligeabelt.**

At sætte sig ind i en ny ydelse er ikke uden tidsomkostninger. For brugerne af forløbsydelsen har der særligt i begyndelsen været en del at sætte sig ind i. Og der har som beskrevet ovenfor været en del opstarts-problemer. Dertil kommer, at det i begyndelsen har taget tid lige at vænne sig til at udfylde pop-up'en. Nu, hvor alting kører mere rutinemæssigt, mener de fleste, at tidsforbruget er større end tidligere, men ikke noget at være ærgerlig over. For man får kvalitet til gengæld.

*Interviewer: Er det her system tidsbesparende per patient eller per konsultation? Ved årskontrollen bruger du mere tid, siger du. Men kommer den tid ind senere hen?*

*Læge: Nej, det synes jeg ikke. Det er ekstra arbejde, fordi de ting, vi laver på dem, det har vi lavet hele tiden, men altså, det er... jeg mener det er et kvalitetsløft. (P-2)*

*Vi har fået mere kvalitet i og med systematik, kodning mv. Men det har så også givet et større tidsforbrug. (P-6)*

Det, der særligt tager tid, er markeringerne i pop-up-vinduet. Nogle beskriver det som særligt tidsrøvende, fordi det ikke kommer frem, før man afslutter notatet. Og hvis patienten er gået på det tidspunkt, kan man blive nødt til at kontakte vedkommende efterfølgende for at få en manglende oplysning. En af de interviewede siger:

*Det tager lidt længere tid med at udfylde pop-up'en, hente et notat frem osv. for at kunne besvare. Men efterhånden går skemaudfyldelsen dong-dong-dong. Hvis man altså husker at udfylde det, inden patienten er gået. (P-12)*

Andre peger dog på, at man da meget snart kan huske vinduet udenad og dermed stille patienten de relevante spørgsmål, selv om vinduet endnu ikke er på skærmen.

Ingen mener, at det ekstra tidsforbrug kan tjenes ind andre steder i diabeteshåndteringen.

### ***De interviewedes forslag til implementeringsaktiviteter og forbedringer af forløbsydelsen***

**Vil man øge tilslutningen til forløbsydelsen, så skal man opgive eller omlægge det nuværende honoreringssystem, fjerne bøvlet med datafangstprogrammet, samt sørge for bedre vejledning og instruktion i brugen datafangst og feedback. Og så skal man understrege, at man får kvalitet i behandlingen, at man får overblik og system. Sådan lød anbefalingerne fra de interviewede.**

Jeg fortalte i interviewene, at tilslutningen til forløbsydelsen var begrænset – og et godt stykke under målsætningen. Jeg spurgte derefter de interviewede om, hvad der kunne ligge bag den begrænsede opslutning. Om de havde forslag til, hvordan man kunne få flere til at melde sig. Hvilke salgsargumenter ville de selv bruge, hvis DAK-E ville hyre dem som agenter for forløbsydelsen? Hvilke forslag til forløbsydelsen havde de selv?

Der var en række forslag, som gik igen på tværs af interviewene. Det var tydeligt, at forslagene var en spejling af egen utilfredshed og egne negative oplevelser med FY, men det byggede samtidig også på de reaktioner og holdninger, som de adspurgte havde mødt hos deres kollegaer.

## Honoreringen

Mange havde som det første forslag, at man skulle ændre på den nuværende honorering. Fx siger én:

*Jeg vil sige én ting: Jeg tror ikke man kan sælge det her, før finansieringen af forløbsydelsen kommer på en anden måde. Det vil jeg ikke en gang gå ud at gøre, vil jeg sige. Jeg mener, at det at vi tager det fra basishonoraret – virkelig spiser vores egen hale, ikke, sådan oplever man det – det er en uacceptabel finansieringsmodel. (P-10)*

Nogle af de interviewede foreslog også, at honoreringssystemet bliver ændret. Enten ved at man helt fjerner ydelsen og beholder datafangsten. Eller ved at man giver et lavere honorar for årskontrollerne mod til gengæld et beløb for de mellemliggende kontroller. Én udtrykte det sådan:

*Jeg har på fornemmelsen, at det har noget med økonomien at gøre, at så få har meldt sig. Det generer folk. Dels afregningsmåden, dels at de synes det er for bøvlet og for dyrt at gå i gang med. Mest honoreringsmåden er et problem. Størrelsen er i orden. Men man kan sige, netop hvis du har en diabetespatient, som kommer stort set hver måned, jamen så skulle der være lidt kroner på kontrollerne. Så ville det jo gå op, ikke. Så der kunne godt være et større beløb på årskontrollen, og så skal der være et beløb på hver kontrol. Og så ville det også føles som den anden honoreringsmåde, at man bon'er hver gang, man har gjort noget. (P-5)*

## Engangsydelsen

Kun en enkelt læge anbefalede, at man differentierede i engangsydelsen for installationen af datafangstmodulet, sådan at beløbets størrelse afhænger af de varierende omkostninger, der reelt er forbundet med de forskellige lægesystemer.

## Program-trimning

Det var – ikke overraskende – et gennemgående forslag, at programmet og dets enkeltelementer fik fjernet de sidste børnesygdomme. Sådan at man fx ikke blev tvunget til nu og da at lukke et notat og åbne et nyt fiktivt, for at få pop-up-vinduet til at tone frem. Og at ting blev gjort nemmere. Fx var der ønsket om, at pop-up'en bliver ved med at komme frem førstkommande gang efter den måned, som årskontrollen var planlagt til.

## Vejledning, instruktion og oplysninger om status

Bedre vejledning og bedre instruktion ville efter alles mening fremme tilfredsheden hos brugere og fremme antallet af brugere.

*Jeg tror, der skal en meget tænkt vejledning til. Jeg tror virkelig der skal laves en meget professionel vejledning. Man skal lave et meget stort analytisk arbejde, når man skal lave den vejledning. Specielt har man brug for et eller andet rutediagram, som på et A4-ark: den patient skal... det forløb det og det..., hvis det og det.. Så du har nogle eksempler med. (...) Men*

*der skal lægges meget arbejde i at få det her simplificeret. For den her forløbsydelse er ligesom standarden for alle andre forløbsydelser, som måtte komme. (P-10)*

Andre talte mere om, at der skulle instruktører og ”sælgere” ud i praksis og 12-mandsforeningerne. Det opfattes som utilstrækkeligt, at man har set en vejledning engang, eller at man har hørt et foredrag på et hvervemøde, 4-5 måneder inden man selv kom i gang med forløbsydelsen. Man har brug for opbakning og instruktion her og nu, hvor man sidder med problemerne. Et par læger ønskede eksplicit en manual på skærmen i det øjeblik og dér, hvor man har brug for den. (Der er for meget andet papir på skrivebordet og på hylderne i forvejen).

Der efterlystes af et par praksis også en mere oplysende del. Dels skulle denne del beskrive, hvad der ligger bag de forskellige faciliteter, fx risikostratificeringen, hvornår man skal forvente – og ikke forvente – et pop-up-vindue osv. Dels skulle den give en løbende status over, hvor langt projektet er nået, hvor mange tilmeldte der er, hvad kan systemet nu osv.

## Kvalitet

Der var flere læger, som spontant sagde, at de som agenter ville sælge FY på det kvalitetsløft, den tilbyder. Man talte om, at man får mere system og struktur i sin diabeteshåndtering, og om at datafangst-feedback'en giver én et vigtigt overblik over patienterne.

*Jeg mener, der skal slås mere på tromme for kvalitetsfordelen. (...) Jo mere struktur der kommer på sukkersygen, jo nemmere er det faktisk at håndtere. (...) Det er en ny ting. Det giver kvalitet. Det er en hjælp til at kvalitetssikre. (P-4)*

I andre praksis fremhævede de også, at man skal sælge FY på, at den standardiserer behandlingen på en måde, som gør det nemt at deles om den. Og når man med udgangspunkt i FY lægger en behandlingsplan for sine diabetespatienter, hvori indgår brugen af hjælpepersonalet, så får man som læge frigjort ressourcer.

## Resultater (2): Tilmeldte, forløbsydelses-passive praksis

**En del praksis har meldt sig til forløbsydelsen, men er ikke efterfølgende kommet i gang med at bruge, primært fordi de ikke har fået installeret datafangstmodul. Der synes at være en række forskellige begrundelser for dette: Nogle blev alligevel betænkelige ved forehavendet, dels fordi de blev frarådet af kolleger, dels fordi de ikke fandt økonomien tiltrækkende. Andre kunne bare ikke overkomme det, bl.a. fordi man var i gang med praksisændringer, eller fordi der var problemer med overgang til et nyt lægesystem.**

En af lægerne (fra en kompagniskabspraksis, Tidligere Viborg Amt) besvarede min forespørgsel om interview med dette skriftlige svar på e-mail:

*Vi tilmeldte os i starten. Blev mere betænkelig efter snak med andre kolleger og bestemte os for at udsætte en evt. aktivering af ydelsen til der er større 'enighed og rimelighed i ydelsernes omfang og honoreringen'.*

En anden praktiserende læge (solopraksis, Storstrøms Amt) skrev i e-mailen om sin begrundelse for at have tilmeldt sig:

*Jeg mente det var fremtiden og dermed uundgåeligt, det ville give bedre kvalitet og på sigt en bedre økonomi.*



Om grunden til alligevel ikke at være kommet i gang skrev han:

*Jeg kontaktede mit daværende edb-firma. Det ville koste omkring 20.000 at blive kørende. Inden jeg var færdig med de overvejelser, begyndte jeg at overveje etablering af netværkspraksis og fik andet at tænke på. Disse overvejelser er endt positivt, men har også betydet nyt edb-system. Det har været meget belastende at skifte edb-system, ikke mindst for personalet, som ikke lige med det samme kan motiveres for endnu en edb-udfordring.*

Om fremtiden:

*Jeg har nu installeret sentinel i det nye system og er køreklar og vil prøve at komme i gang, men måske først til efteråret. Personalet incl. mig selv kan ikke håndtere mere nyt endnu.*

En kompagniskabspraksis fra det tidligere Sønderjyllands Amt fortalte i telefoninterviewet, at praksis havde været i gang med systemomlægninger, hvilket havde krævet store ressourcer i sig selv og tæret på lægers og ansattes energi til at kaste sig ud i nye tiltag med forløbsydelsen. Programmet er godt nok blevet installeret, men der har endnu ikke været tid til at justere laboratoriekoder mm. Men det er kun et spørgsmål om tid, før programmet kører, og praksis tager det i brug. Der er således ikke tale om en loren holdning til forløbsydelsen – hverken til honoreringen eller til mulighederne i datafangsten:

*Alle dem, der er i gang med det siger, at økonomien er bestemt ikke dårlig. Og det tror jeg da også. (...) Det er alle tiders mulighed for at få noget positiv tilbagemelding på hvordan det går med de kroniske patienter. Man får et fint overblik og bruger kun meget lidt krudt på at finde de problempatienter frem, som du virkelig skal have fat i nakken af.*

Fra en datakonsulent i Region Syd har DAK-E's IT-afdeling fået oplysninger om 11 forskellige praksis' begrundelser for ikke at have fået installeret datafangstmodulet efter tilmeldelse til forløbsydelsen. Begrundelserne, som var ultrakort beskrevet, er bl.a. disse:

Ydelsen, for lav honorering  
 Praksisflytning + problemer i.f.m. systemskift  
 Manglende overskud  
 For besværligt  
 Emar først klar senere  
 Problemer i forb.m. systemskifte  
 Flytning til samarbejdspraksis  
 Ønsker at se tiden an.  
 Novax har først for nyligt meldt sig klar  
 Kollegaers anbefaling.

### **Resultater (3): Ikke-tilmeldte praksis**

Som nævnt gav et andet evalueringsprojekt en naturlig anledning til at indsamle data om bevægelse til ikke tilmelde sig forløbsydelsen for diabetespatienter. Den omtalte evaluering kiggede nærmere på, hvilket udbytte en række almen praksis havde haft af at deltage i kurset "Teambuilding". Alle 9 interviewede praksis var enige om, at deres (manuelle) registrering af egne diabetespatienter og de efterfølgende feedback-data med angivelse af graden af målopfyldelse på forskellige kvalitetsindikatorer havde været øjenåbnende og det samlede kursus' mest givtige enkeltelement. De interviewede kunne da også fortælle om, hvordan de efter at have set tallene for deres diabetespopulation og kvalitetsindikatorerne havde skærpet opmærksomheden på diabetes, havde strammet op om kontrollerne, og var begyndt at arbejde mere struktureret med diabetes. Det forekom derfor

overraskende, at 6 af de 9 praksis bevidst havde undladt at tilmelde sig forløbsydelsen. De ville jo gennem dens datafangstmodul kunne få stillet de samme slags data (og flere) til rådighed – og endda på en mere subtil, oversigtlig og mere anvendelig måde og med en mindre ressourcekrævende indsats fra deres egen side.

Én praksis havde tilmeldt sig forløbsydelsen. Begrundelsen var nærmest af typen ”det bør man jo”, og ”det skulle vi bare (fordi vi jo er en slags opinionsdannere på diabetesområdet)”. Den interviewede læge fra denne praksis anså det for sandsynligt, at datafangstmodul på længere sigt bliver *en foræring til os, når det bliver trimmet*.

To andre praksis ville egentlig gerne være tilmeldt ydelsen, men for den ene af disse var det en umulighed, fordi hans edb-system er DOS-baseret (og dermed ikke kompatibelt med kravene til datafangstmodul mm.). Og den anden læge sagde, at hendes system – Novax – endnu ikke levede op til kravene i forløbsydelsen – eller at det i hvert fald ikke gjorde det, da hun undersøgte det. Siden havde hun ikke fulgt op på det.

### **Begrundelser for ikke at være tilmeldt forløbsydelsen**

**1) Økonomien i forløbsydelsen forekom ikke de interviewede attraktiv. 2) Man kendte kollegaer med særligt kendskab til og interesse for diabetes som ikke havde tilmeldt sig. 3) Man ville se tiden an, indtil tilmeldte kollegaer havde høstet erfaringer og sagt god for ydelsen. Flere af de interviewede havde desuden hørt negative rygter og historier om, at der er en masse bøvl med at få datafangstmodul til at fungere.**

De 6 praksis, som alle bevidst havde valgt ikke at tilmelde sig forløbsydelsen, bad jeg fortælle mig hvorfor. Denne læge fra en kompagniskabspraksis siger nærmest det hele. Citatet er næsten en komprimeret udgave af de begrundelser, der blev givet af alle andre:

Interviewer: *Er du tilmeldt forløbsydelsen?*

Lægen: *Nej. Jeg har slet ikke sat mig rigtigt ind i den. Og jeg ved, at der er så meget tvivl blandt kollegaerne, om det er godt eller skidt, så jeg har tænkt, at nu lader jeg andre prøve det af, og så hører jeg en eller anden konklusion på et eller andet tidspunkt. Jeg er ved at gå til i ting og sager, jeg skal huske. Så umiddelbart har jeg det sådan, at det er yderligere en forpligtelse og en masse IT, som kan gå i stykker... altså ikke fungerer. Og økonomi er [kompagnonen] heller ikke overbevist om, at der er i det. Men uden at jeg egentlig ved det. (...) Og jeg ved ikke så meget om det. Og nu bemærkede jeg så, at ham de der praktiserende læge, som var der i går [underviste på kurset], og som jo så interesserer sig for diabetes, de var ikke tilmeldt forløbsydelsen. De havde skrevet, at de ville melde sig til, og så gik der kuk i et eller andet. Og så fortrød de, og så gjorde de det ikke alligevel. Det bed jeg mærke i! Så mere genialt er det ikke, end at én, som har sat sig ind i det, så altså ikke er tilmeldt. De må komme ud og sælge det noget bedre. (TB-7)*

Hun vidste ikke så meget om forløbsydelsen, men der er rigeligt af andre grunde til ikke at tilmelde sig: Der er tvivl blandt kollegaerne. Der er rigeligt med andet nyt at skulle sætte sig ind i. Der er en masse IT som sikkert går i stykker. Der er vist nok dårlig økonomi i det. Og diabetes-interesserede kollegaer, som underviser os andre om diabetes, er ikke selv tilmeldt.

Hvad gør man i den situation? Man venter. Venter til kollegaer har afprøvet det og er kommet frem til en konklusion om hvorvidt det er umagen værd.

Der er mange eksempler i de andre interviews på, at det er netop disse hovedtyper af begrundelser, der sætter dagsordenen. Fx:

*Jeg var helt overbevist. Jeg var på et kursus om vores overenskomst, og jeg spurgte de 3 læger i panelet: Vil I tilmelde jer. 2 af de 3 ville ikke. Og så tænkte jeg: Okay, jeg tror lige jeg klapper hesten og ser, hvad de andre gør, ikke. (...) Men jeg blev ligesom skubbet den gale vej, fordi dem i panelet ikke i kor sagde – på det der kursus – YES, det skal vi gøre, ikke. (...) Kollegaerne lurepasser, ikke. De lurepasser alle sammen. Men det er fordi folk tror, de får for lidt for det. Det er simpelthen økonomien. De mener de får mere ud af, at folk kommer. Folk har regnet på det. Og det er ikke pengene værd. (TB-8)*

*Lægen: Vi er ikke tilmeldt af økonomiske grunde. Dels koster det 10.000 at etablere sig. Og vi synes, at de forskellige parter, som vi samarbejder med, kræver mere og mere, hvor vi skal investere i edb. Og jeg synes, at det må også være interessant for dem, som ... vores modpart, at få sådan noget op at stå, og så bør de vel også investere noget i det. Man skal være kreativ for at opnå samme ydelse i forløbsydelsen som når vi laver de andre kontroller her. Man skal være mere kreativ faktisk for at få det op på det samme.*

*Interviewer: Fædrene til forløbsydelsen har vel gjort det ud fra en kvalitetsbetragtning – og ikke for at spare penge?*

*Lægen: Jeg synes det er udmærket – man har jo mere hånd i hanke med patienterne. Men det er rent økonomisk begrundet, at vi ikke er tilmeldt. Og vi vil måske heller ikke sådan lige være de første, der kører på. Vi vil se hvordan og hvorledes udviklingen bliver, og hvordan det kommer til at fungere hos andre. Og det har jo ikke været attraktivt, når man kan høre, hvor få der har tilmeldt sig. (TB-5)*

Her ser man, at lægen ikke er parat til at betale for højere kvalitet. Det må være Sygesikringens opgave. Det ses også – både her og i de foregående citater – hvordan skepsissen, uviljen og tilbageholdenheden næres af, at andre også er tilbageholdende. Man kan næsten tale om en omvendt lemningeffekt: Her er ingen massevandring, men en massestilstand. Man vil ikke bevæge sig fremad, fordi de andre heller ikke gør det.

Ud over disse hovedtyper af begrundelser, som fandtes hos alle de ikke-tilmeldte, så havde et par af dem i tillæg den bevæggrund, at de simpelthen ikke gider:

*Men jeg må ærligt indrømme, at jeg gider ikke. For at sige det på pænt dansk. Og det er etableringen af det. Fordi der kommer noget af det der ind i billedet med at sidde.... Aj, det kan ikke være rigtigt, at jeg skal bruge så meget tid på en type patienter, og dermed så at sige forsumme alle de andre. (TB-3)*

*Det gider jeg ikke. Jeg kan ikke nå det, inden jeg holder op med at være læge. Det har jeg bestemt mig for. Jeg ved ikke om... Det kan godt være jeg ændrer mig. Men lige nu siger jeg: Det gider jeg ikke. Også fordi, da det begyndte, så var der alle de der tekniske problemer med lægesystemerne, der ikke kunne. Og det vil jeg nødig involveres i, alle de der problemer. (TB-9)*

Fravælgerne af forløbsydelsen synes ikke være velinformerede om ydelsen og teknologien. Flere af dem havde ikke sat sig ind i vilkårene, men dannede deres holdning ud fra rygter og fantasier. Og indholdet og mulighederne i datafangsten var tydeligvis ikke alle bekendt.

En af de interviewede, ikke-tilmeldte læger antydede, at forløbsydelsen har været for meget præget af propaganda og særinteresser, og hun efterlyste derfor mere saglig information fra hendes "egne":

*Der må da godt være nogen, der sætter sig bedre ind i det som er mine mænd, om jeg så må sige, der ikke er Sygesikringen, og give os noget information, som er saglig. Hvad er tidsomfanget? Hvad er økonomien? Hvad er fordelene? Hvad kan vi gøre bedre, end vi gør? (TB-7)*

## Sammenfatning og diskussion

I denne undersøgelse er 20 læger blevet interviewet og 2 har afgivet korte svar per e-mail. Respondenterne kommer fra praksis med en pænt stor spredning på praksistype, praksisstørrelse, geografisk beliggenhed, urbanisering, lægesystem, køn og alder. Der er i undersøgelsen repræsenteret brugere af forløbsydelsen, tilmeldte ikke-brugere, samt ikke-tilmeldte praksis. Et nærliggende spørgsmål vil være, om man kan drage sikre konklusioner på grundlag af disses udsagn – om man kan ekstrapolere eller generalisere resultaterne til at gælde for andre praktiserende læger i dette land.

Vurdering af resultaternes gyldighed er på en måde en afgørelse, som ligger hos læseren og hos dem, som skal lære af resultaterne og omsætte dem til handling. Det kan i den sammenhæng være værd at bemærke, at den "datamætning", som man ofte tilstræber i interviewundersøgelser, er nået i i hvert fald to af de tre samples. Datamætning er generelt opnået, når man som interviewer efterhånden har hørt de samme beskrivelser så mange gange og intet nyt fået tilføjet til det aktuelle tema, at flere interviews ikke – eller med meget stor sandsynlighed ikke – ville bidrage med væsentligt nyt til problemstillingen. Kun i telefoninterviewene med de tilmeldte, men forløbsydelses-passive læger kunne flere interviews måske have nuanceret billedet.

Holdninger til, erfaringer med og brug af forløbsydelsen for diabetespatienter viser forskelle fra praksis til praksis, men der kan ikke i dette materiale påvises systematiske sammenhænge mellem disse forskelle på den ene side, og praksistype, geografisk beliggenhed, lægens køn og alder, anvendte lægesystem, osv. på den anden side.

### Tilslutningen til forløbsydelsen

Tilslutningen til FY har været mindre end overenskomstens parter havde forestillet sig. I forarbejderne til landsoverenskomsten i 2006 hed det, at man havde som mål, at 200 praksis (eller 400 læger) skulle melde sig til forløbsydelsen det første år. I marts 2008 – næsten et år efter forløbsydelsens ikrafttræden – havde 207 praksis (ydernumre) tilmeldt sig. Men dette tal er ikke et udtryk for antallet af brugere, idet 56 af de 207 praksis var "passive medlemmer" af den eksklusive klub. De havde sendt en tilmeldingsblanket, men ikke efterfølgende fået datafangstmodulet installeret. Og nogle af dem, som *havde* fået datafangsten installeret, udfyldte ikke pop-up-vinduet og sendte dermed ikke data til databasen – og modtog derfor af gode grunde ingen returdata.

Forklaringerne på den begrænsede tilslutning kan findes i flere forhold. Dels forekommer honoreringen ikke attraktiv for mange; dels er det ikke tillidsvækkende, at mange af de kollegaer, som man kender som en slags eksperter på diabetes, ikke har tilmeldt sig ydelsen; dels er der mange rygter i omløb om irriterende og uigennemskuelige systemproblemer; og dels er lægernes viden om forløbsydelsen ikke fuldkommen. Alt dette får mange af lægerne til at lurepasse – de venter simpelthen på, at andre fungerer som prøvekaniner, og at man får udryddet forløbsydelsens børnesygdomme. De venter sikkert også på, at honoreringssystemet bliver ændret eller afskaffet.

Desuden kan travlhed, praksisomlægninger, konvertering af lægesystemet og andre praktiske forhold afholde nogle tilmeldte praksis fra at komme i gang med at bruge datafangsten.

## **Indkøringsproblemer**

Forløbsydelsen har ikke haft nogen let fødsel. Det kan respondenterne bevidne. Der har været systemproblemer af forskellig slags, der har været problemer med pop-up-vinduet, som ikke er dukket op som forventet, der har været problemer med den interne kommunikation mellem laboratorieskema og datafangst. Og andre problemer, som ikke er nævnt – eller kendt – af de interviewede. Mange af disse problemer er løst nu<sup>4</sup>. At der dog alligevel kan mangle en pop-up nu og da, eller at feedback-vinduet ikke hos alle kan rangordne seneste kontrol dato, accepterer de interviewede som børnesygdomme, som vil blive kureret efterhånden. Der er problemer med alt nyt, er en af de forstående bemærkninger, som fint udtrykker brugernes tålmodighed.

Ud over systemproblemerne har der også været problemer med brugernes håndtering af programmet. Meget af dette skyldes almindelig edb-usikkerhed og manglende vejledning og instruktion.

## **Vejledning og instruktion**

Alle forløbsydelses-aktive i denne undersøgelse påpegede, at information og instruktion i forløbsydelsen og datafangsten forekom dem utilstrækkelig. De fleste er klar over, at der findes en skriftlig vejledning, men kun få har læst den eller har den present. Et af forslagene var en manual, der nemt kan hentes frem på skærmen, når man sidder og har brug for den. Den ville kunne afhjælpe fx usikkerheder om udfyldelse af pop-up'en.

Vejledningsbehovet fremstår tydeligst i forbindelse med lægernes håndtering og læsning af feedbackdata fra databasen. Ingen af de besøgte læger kendte eller forstod alle faciliteter og muligheder. Dette er selvsagt en alvorlig hæmsko for den fulde udnyttelse af disse data. Og det var da også tydeligt, at returdataene ikke brugtes optimalt og altså ikke helt fungerede som det redskab, de skulle være.

## **Kvalitetssikringsværktøj?**

De forløbsydelses-aktive praksis siger alle på nær én, at tilmeldingen ikke har ændret deres diabeteshåndtering *væsentligt*. Dette skal ses som et udslag af det faktum, at de på forhånd har haft en interesse og opmærksomhed på god diabeteshåndtering. De har allerede tidligere indført interne instrukser for regelmæssige kontroller af diabetespatienterne, har gennemført arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker osv. DSAM's kliniske vejledning om diabetes har været ledetråden. Sådanne "diabetes-mindede" praksis vil sandsynligvis have større interesse i – og se det som en naturlig ting – at tilmelde sig forløbsydelsen. De kan betragtes som frontgruppen, hvis diabetesbehandling egentlig ikke profiterer så meget af forløbsydelsen.

De praksis, som faktisk kunne have mest gavn af forløbsydelsen, er måske dem, som ikke finder det umagen værd at tilmelde sig. Måske falder det forkætrede honoreringssystem dem mere i øjnene end udsigten til at få et kvalitetsforbedringsværktøj.

Et andet fund i denne undersøgelse er, at de tilmeldte bl.a. snakkede om, at datafangstens returdata ville give et godt overblik over ens diabetespatientpopulation, og at det kunne give anledning til, at man som læge eller som praksis tog bestik af, hvilke patienter man måske skulle vie en øget behandlingsmæssig opmærksomhed. Det er derfor bemærkelsesværdigt, at mange af de interviewede praksis ikke havde kigget – eller ikke havde kigget systematisk – på returdataene på CD-ROM eller

<sup>4</sup> Henrik Schroll, *personlig meddelelse*. Maj 2008.

sundhed.dk. Og selv om man havde sat sig ned og studeret data, så var udbyttet heraf begrænset, fordi lægernes viden om mulighederne og faciliteterne på skærmvinduet ikke er tilstrækkelig.

Det kan være et spørgsmål om tilvænning, at lægerne bruger datafangstens returdata mere offensivt fremover. Men det er derudover tydeligt, at deres udbytte kan forøges betydeligt, hvis de gøres – eller gør sig – bekendt med programmets muligheder.

De interviewede brugere af FY finder datafangstprogrammet potentiel nyttigt: Når det kører, og vi bliver vant til at bruge det, kan vi få et godt overblik over vores diabetespatienter, siger de. Men det er – indtil videre – ikke datafangsten, som bidrager mest til en eventuel kvalitetsforbedring af diabetesbehandlingen. I stedet er det selve den opmærksomhedsskabende effekt, der ligger i pop-up-vinduet, der kan være løftestang for kvalitetsforbedringer. Der var således bred enighed om, at pop-up'en fungerer som en reminder, så man husker at spørge til forskellige ting. Selv de praksis, som ikke havde kigget på deres returdata, kunne fortælle, at de nok havde fået en bedre kvalitet i diabetesbehandlingen, netop fordi de havde øget opmærksomhed på de ting, man bør spørge patienten om.

### **Fremtidig implementering**

Forløbsydelsen for diabetespatienter har efter et år ikke nået det optimale – hverken målt på antallet af brugere, eller målt på disse brugeres udnyttelse af mulighederne. Denne undersøgelse peger på nogle forhold, som kan tages med i overvejelserne om, hvordan forløbsydelsen kan gøres mere attraktiv og anvendt fremover og spredes til et større antal praksis. Der er tale om nogle forhold i forløbsydelsen selv og om forhold af markedsføringsteknisk karakter.

#### **1. Honoreringen er en barriere for tilslutningen til forløbsydelsen**

Der er utilfredshed med honoreringssystemet, som forekommer mange unødvendigt og svært håndterligt. Hverken honoreringssystemet eller honorarstørrelsen opfattes som et incitament til at tilmelde sig forløbsydelsen. Snarere tværtimod. Man har tilmeldt sig forløbsydelsen *på trods af*, ikke *på grund af* honoreringen.

#### **2. Der er stadig systemproblemer og ønsker om enklere betjening**

Selv om de første opstartsproblemer og børnesygdommene i datafangstmodulet er løst, så er der stadig forhold, som enten ikke fungerer alle steder, eller som ikke fungerer efter brugerne tilfredshed. Og brugerne har ønsker om ændringer, som kan gøre den daglige håndtering nemmere.

#### **3. Brugerne mangler vejledning og instruktion**

Udnyttelsen af datafangsten lider under en ukomplet viden hos brugerne om programmets faciliteter og muligheder. Dette går primært ud over det udbytte, som brugerne – og indirekte patienterne – ellers kunne have haft af de kvalitetsindikatorer mm., som programmet automatisk stiller til rådighed.

#### **4. Der er for få gode historier om forløbsydelsen i omløb**

Praksis er utilbøjelige til at tilmelde sig forløbsydelsen, fordi man kollega og kollega imellem mest hører de negative historier: Honoreringen er problematisk; der har fra start været – og er stadigvæk – systemproblemer; man bliver som bruger dårligt instrueret og vejledt; diabeteseksperterne iblandt os er ikke engang selv tilmeldt – hvorfor skulle vi så? Dertil kommer, at Ugeskrift for Læger har bragt en del negative læserbreve om ydelsen.

## 5. Tilmeldte FY-aktive praksis kunne være forløbsydelsens bedste ambassadører og salgsgenter

I den store majoritet af praksis, som tøver med at tilmelde sig forløbsydelsen, venter mange på, at deres tilmeldte kollegaer siger god for den. Chansen for, at de varmt anbefaler den til andre, vil øges, hvis barriererne og problemerne nævnt under punkt 1-3 fjernes eller minimeres.