



VIDENSAFDÆKNING AF INDSATSER TIL MENNESKER MED KRONISK SYGDOM, HER- UNDER SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

SUNDHEDSSTYRELSEN & SUNDHEDSDATASTYRELSEN

Oktober 2022

www.ramboll.com

Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed

Dato	Oktober 2022
Udarbejdet af	Rambøll Management Consulting
Godkendt af	Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen
Beskrivelse	Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed
ISBN-nummer	978-87-7014-481-0

INDHOLD

1.	Introduktion	3
1.1	Overordnet rammesætning	3
1.2	Baggrund og formål med vidensafdækningen	3
1.3	Metode	6
2.	Resumé af vidensafdækningens hovedpointer	10
3.	Nuværende organisering og omfang af sundhedsindsatser	15
3.1	Kommunal implementering af anbefalinger på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet	15
3.2	Omfanget af indsatser målrettet mennesker tilhørende de udvalgte sygdomsgrupper	19
3.3	Indsatser og organisering af disse fordelt på hver udvalgt sygdom	20
3.4	Afdækning af sammenhæng i forløb på tværs af sektorer	23
3.5	Brug af borgerrettede teknologiske løsninger til at understøtte forløb	26
3.6	Den nuværende indsats med at reducere social ulighed i forløb	27
3.7	Opsamling på nuværende organisering og omfang af sundhedsindsatser	32
4.	Teknologisk understøttelse og datadeling i den nuværende indsats	35
4.1	Eksisterende infrastruktur og systemer	36
4.2	Teknologi og datadeling i relation til de forskellige anvendelsesperspektiver	39
4.3	Opsamling på teknologisk understøttelse og datadeling i den nuværende indsats	44
5.	Præsentation af udvalgte cases	47
6.	Perspektivering	51
6.1	Målbillede 1: Understøtte sammenhæng på tværs af sektorer	51
6.2	Målbillede 2: Styrket kvalitet i indsatsen	56
6.3	Målbillede 3: Teknologisk understøttelse af borgerens mestring af kronisk sygdom	61
6.4	Målbillede 4: Reduktion af social ulighed i forløb	66
7.	Bilag 1 – Metode	71
8.	Bilag 2 – Figurer fra Spørgeskemaundersøgelse	75
9.	Bilag 3 – Tabeller fra desk research	88

1. INTRODUKTION

Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) har for Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen gennemført en vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom og indsatser mod social ulighed i forløbet. Indsigter og resultater fra vidensafdækningen præsenteres i denne rapport. I dette introducerende kapitel præsenteres en overordnet rammesætning, baggrund og formål med afdækningen, metodisk tilgang samt en læsevejledning til den samlede rapport.

1.1 Overordnet rammesætning

Siden strukturreformen i 2007 har det **primære sundhedsvæsen fået stadig flere og mere komplekse opgaver** pga. øget specialisering og kortere indlæggelser på sygehuset. På en række områder, relateret til forskellige kroniske sygdomme, er der udarbejdet redskaber af faglig, organisatorisk og teknologisk karakter til at understøtte planlægningen, herunder forløbsprogrammer for de større kroniske sygdomme såsom KOL og diabetes, eller tværsektorielle anbefalinger mellem regioner og kommuner samt praksisområdet. I det tværsektorielle samarbejde udgør sundhedsaftalerne den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis.

I regi af sundhedsaftalerne er der udviklet en række initiativer til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer med henblik på at sikre effektive og sammenhængende forløb bl.a. ved hjælp af datadeling og digitale løsninger. Det primære sundhedsvæsen er blevet opkvalificeret betydeligt sundhedsfagligt, men der er fortsat variation i tilbud og kvalitetsniveau.

Med **Sundhedsreformen 2022**¹ er der fokus på at styrke omstillingen til det nære sundhedsvæsen, herunder styrket kvalitet i de nære indsatser og et stærkere samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet. Fokus er bl.a. på en styrket indsats for mennesker med kronisk sygdom og mere lighed i sundhed. Omstillingsprocessen indebærer bl.a. etablering af nærhospitalet og indførelsen af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Derudover etableres sundhedsklynger som en ny organisatorisk struktur, der udspringer af et ønske om mere samarbejde, sammenhæng og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Sundhedsklyngerne etableres omkring akutsygehusene og har til formål at sikre bedre samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om borgerens sundhed. For at skabe sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet er digitale løsninger og deling af data om patientforløbet på tværs af sundhedsprofessionelle og sektorer essentielt, hvorfor der i både sundhedsreformen og sundhedsklyngerne er et centralt fokus herpå. Data bliver endvidere en forudsætning for arbejdet med kvalitetsudvikling i de nære indsatser. Digitale løsninger skal bl.a. sikre bedre mulighed for, at behandling kan foregå i borgerens hjem.

1.2 Baggrund og formål med vidensafdækningen

I 2021 indgik regeringen en aftale med et flertal af Folketingets partier om at nedsætte en **task force for indsatser målrettet kronisk sygdom og ulighed i sundhed**. Task forcen skal understøtte udviklingen af forebyggelsesindsatsen, kvaliteten i behandlingen og rehabiliteringen samt understøtte sammenhæng på tværs af sektorer og mindske ulighed i sundhed. Taskforcen er et af initiativerne i Strategi for life science², der skal understøtte bedre og mere fremtidssikret behandling i sundhedsvæsenet.

¹ <https://sum.dk/temaer/sundhedsreformen>

² Aftale om strategi for life science, <https://em.dk/media/14235/aftale-om-strategi-for-life-science.pdf>

Andelen af danskere med en eller flere **kroniske sygdomme forventes at stige** i takt med danskernes stigende levealder og forbedrede behandlingsmuligheder, der gør det muligt at leve længere med en kronisk sygdom³. Med en større andel ældre i befolkningen forventes kroniske sygdomme således at forekomme oftere. Fremskrivninger fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at der frem mod 2030 forventes at ske en markant stigning i antallet af mennesker med type 2-diabetes og en stigning på omkring 40 pct. i antallet af mennesker med KOL⁴. Samtidig forventes der i samme periode en markant stigning i antallet af borgere, der har mere end én kronisk sygdom og er personer med multisygdom. Således lever op mod 30 pct. af den voksne befolkning med multisygdom – og hos danskere over 65 år er det mere end halvdelen, der har multisygdom⁵.

Der er social ulighed i sundhed og sygdom i Danmark og denne kommer til udtryk ved et systematisk sammenfald mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred. Det skyldes bl.a. forskellige livsomstændigheder og forudsætninger for, at mennesker kan leve sundt og mestre livet med sygdom, hvilket konkret ses ved, at der er en social gradient i menneskers risiko for at udvikle sygdom, få udbytte af sundhedsindsatser og dermed overlevelse⁶. Dette gælder også for mennesker med kronisk sygdom, hvor forskellige livsomstændigheder og forudsætninger kan påvirke den enkeltes mestring af livet med kronisk sygdom, fx tolkes og reageres forskelligt på kroppens signaler. Ligesom behovet for ændring af sundhedsadfærd vil variere og dermed også de påkrævede ressourcer for at lykkes med dette. I mødet med sundhedsvæsenet har mennesker forskellige forudsætninger for at følge et forløb, forstå informationer fra sundhedsprofessionelle og finde rundt i sundhedsvæsenet på tværs af kommunale, regionale og private aktører⁷. Kombinationen af den stigende forekomst af mennesker med kronisk sygdom og multisygdom samt målgruppens ofte livslange behov for kontakt med sundhedsvæsenet kalder på, at man i tilrettelæggelsen af indsatser målrettet forebyggelse, behandling og rehabilitering af kronisk sygdom forsøger at reducere de forhold, der skaber social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet.

Som en del af task forcens indledende fase har **vidensafdækningen til formål** at indsamle viden og forslag til fokusområder forud for task forcens videre arbejde med udvælgelse og igangsættelse af projekter, partnerskaber eller mindre prøvehandlinger. Formålet har været at identificere og afdække viden, indsatser og relevante projekter og initiativer på området samt at identificere udfordringer og potentialer inden for kronisk sygdom og social ulighed. På baggrund af denne vidensafdækning skal de fremadrettede perspektiver for udvikling af området vurderes⁸.

Afdækningen rummer ikke en udtømmende liste over alle indsatser som foregår i sundhedsvæsenet. Dens formål er at bidrage med nedslag i en række eksisterende indsatser målrettet patienter med kronisk sygdom, herunder med fokus på brug af teknologi, datadeling samt fokus på social ulighed i indsatsen. Vidensafdækningen skal bidrage med input til, hvordan der kan arbejdes videre med denne udvikling både fagligt, organisatorisk og i forhold til teknologi og datadeling. Dens formål er at pege på områder, hvor der er potentiale og efterspørgsel på yderligere udvikling, som kan bygge oven på det eksisterende fundament. I nogle tilfælde er der allerede initiativer i gang, som bidrager til dette.

³ Danskernes sundhed, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, 2021.

⁴ Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030, Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

⁵ Den Nationale Sundhedsprofil, Statens Institut for Folkesundhed, 2021.

⁶ Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, 2020

⁷ Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, 2022

⁸ <https://sum.dk/nyheder/2021/april/ny-task-force-maalrettet-kronisk-sygdom-og-ulighed-i-sundhed-skal-styrke-kvalitet-og-sammenhaeng-og-paa-samme-tid-styrke-dansk-life-science>.

Afgrænsning af indsatser og kroniske sygdomme

Forud for vidensafdækningen har Rambøll i dialog med Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen defineret **indsatser**, som værende de forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, der tilbydes til mennesker med kronisk sygdom på tværs af sektorer. Derudover er **kroniske sygdomme afgrænset** til følgende målgrupper: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes, hjertesygdomme, kræft, kroniske lænderygmerter og multisygdom. Disse er udvalgt med afsæt i de eksisterende anbefalinger, kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer på området (nationale og regionale) ud fra kriterier om, at:

- Incidens og prævalens af hver sygdomsgruppe er høj i den voksne danske befolkning.
- Der arbejdes systematisk med indsatser målrettet sygdomsgrupperne i kommuner, regioner, almen praksis og/eller patientforeninger.
- Der er social ulighed i prævalensen i de fleste af sygdommene. Forekomsten af sygdomme er således højere blandt grupper af personer med ingen eller kort videregående uddannelse i forhold til grupper af personer med mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Det skal dog bemærkes, at der på nuværende tidspunkt ikke er udarbejdet nationale anbefalinger eller forløbsprogrammer i forhold til multisygdom, og at der generelt er et lavere vidensniveau om dette område end om de andre inkluderede sygdomsgrupper.

De seks udvalgte sygdomsgrupper er præsenteret i tabellen nedenfor.

Table 1-1: Afgrænsning af kroniske sygdomme

Kronisk sygdomsgruppe	Nærmere afgrænset til
KOL	
Diabetes	Både type 1 og type 2. Type 1, dog kun relevant på regionalt niveau og i almen praksis
Hjertesygdomme	Iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjertesvigt og hjerteklapsygdom
Kræft	Kommunalt regi: kræftrehabilitering Regionalt regi: kræftopfølgingsindsats
Kroniske lænderygmerter	Smerter af en varighed på minimum 12 uger
Multisygdom	Samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme hos en person, hvor en sygdom ikke nødvendigvis er mere central end de andre. Heri indgår også personer med psykiatrisk komorbiditet En af de kroniske sygdomme skal være en af de ovenstående fem udvalgte sygdomme/sygdomsgrupper.

Som en del af opdraget har det været vigtigt at afdække, hvorledes **social ulighed** forsøges reduceret i indsatserne. Et eksempel på social ulighed ses bl.a. inden for diabetes, hvor antallet af mennesker, der rammes af diabetes, falder i takt med, at det højst fuldførte uddannelsesniveau stiger⁹. Desuden er usund kost, fysisk inaktivitet og overvægt nogle af risikofaktorerne for type 2-diabetes samt for udviklingen af langtidskomplikationer og alvorlige følgesygdomme forbundet med diabetes. Flere af disse faktorer eksisterer i højere grad blandt mennesker med en kort uddannelse,

⁹ Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, 2020

hvilket bidrag til yderligere ulighed¹⁰. Et andet eksempel er KOL, der er blandt de hyppigste dødsårsager i Danmark. Andelen af mennesker, der dør inden for fem år, fra de får stillet diagnosen, er lavere for dem med et højere fuldført uddannelsesniveau, end hvis man har et lavere uddannelsesniveau. Tobaksrygning er den absolut vigtigste risikofaktor for KOL. Her ses, at andelen af kvinder og mænd, der ryger dagligt, er højere blandt mennesker med lavere fuldførte uddannelsesniveau, hvilket bidrager til yderligere ulighed¹¹.

1.3 Metode

Med udgangspunkt i formålet (se afsnit 1.1) har opgaven været opdelt i **tre delopgaver**. *Delopgave 1* har haft fokus på at afdække forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til mennesker med kronisk sygdom. Undersøgelsesspørgsmålene har bl.a. omfattet en afdækning af organiseringen af indsatser på tværs af sektorer, en afdækning af initiativer til at reducere social ulighed i sundhedsindsatser, anvendelse af teknologiske løsninger for mennesker med kronisk sygdom, implementering af rehabiliteringstilbuddene til borgere med de udvalgte kroniske sygdomme (multisygdom samt de tværsektorielle anbefalinger for KOL, type 2-diabetes, hjertesygdomme, kræft, kroniske lænderygsmærter) samt en kortlægning af kommunal implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud¹². Til sidstnævnte skal det bemærkes, at kommunerne jf. sundhedslovens § 119 har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende tilbud til borgerne. Kommunerne er således ikke forpligtede til at tilbyde diagnosespecifikke tilbud, men indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom bredt hvori kommunerne kan følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger til at oprette forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, herunder forløbsprogrammer. *Delopgave 2* har haft fokus på at skabe overblik over eksisterende viden og igangværende initiativer vedrørende data og teknologi til understøttelse af forløb. Undersøgelsesspørgsmålene i denne delopgave har bl.a. omfattet en kortlægning af eksisterende analyser og rapporter på området, en kortlægning af relevante infrastrukturer, projekter og initiativer, herunder gode eksempler, hvor data og ny teknologi har gjort en forskel. *Delopgave 3* omfatter en samlet perspektivering af området samt forslag til målbilleder og løftestænger for den fremadrettede udvikling af området.

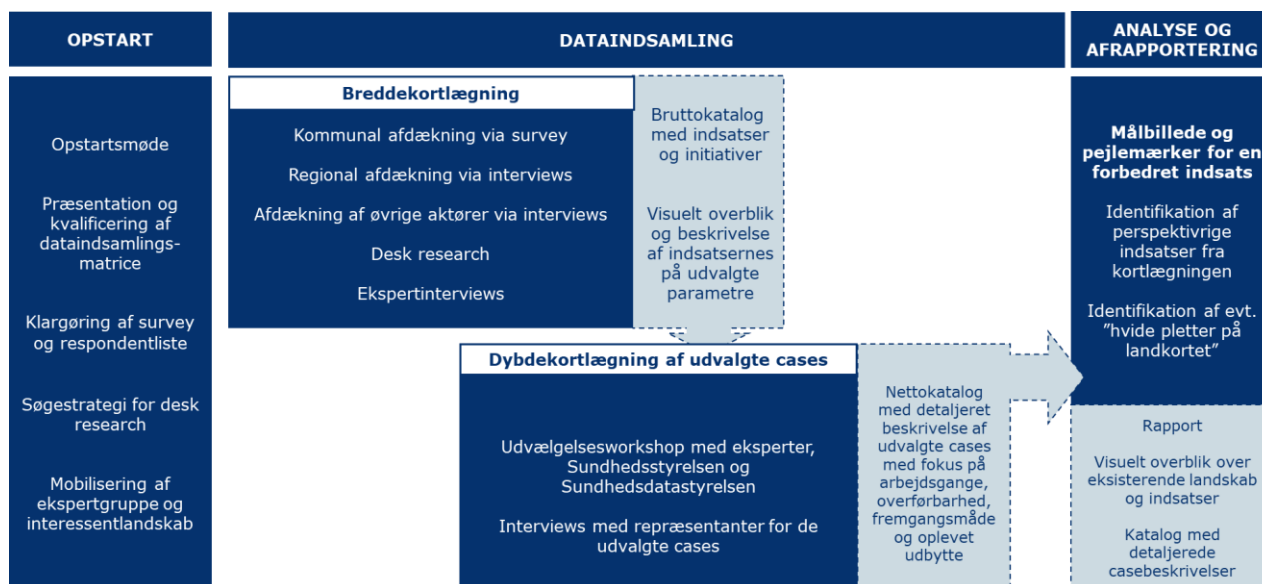
Vidensafdækningen er gennemført i perioden april-juli 2022. Opgaven har været designet som en **kombineret bredde- og dybdeafdækning** af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til mennesker med kronisk sygdom. Det samlede design er præsenteret i figuren nedenfor.

¹⁰ Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, 2020.

¹¹ Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, 2020.

¹² Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, jf. [Sundhedsstyrelsen](#).

Figur 1-1: Det anvendte undersøgelsesdesign



Med udgangspunkt i opstartsfasen er der gennemført en **breddeafdækning**, der har haft fokus på at identificere og afdække viden, indsatser og relevante projekter og initiativer på området. Formålet med breddeafdækningen har været at afdække bredden af eksisterende forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til mennesker med kronisk sygdom på nationalt plan og på tværs af sektorer. Endvidere har breddeafdækningen haft til formål at afsøge anvendelsen af initiativer til at reducere social ulighed i sundhedsindsatserne samt anvendelsen af teknologiske løsninger og datadeling til understøttelse af bedre behandling og mere sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom. Breddeafdækningen har omfattet følgende aktiviteter:

- Der er blevet gennemført **en spørgeskemaundersøgelse til alle landets 98 kommuner**. Det er alt i alt 85 ud af 98 kommuner, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Det giver en **svarprocent på 87 pct.**
- Der er gennemført en **desk research** bestående af en systematisk gennemgang af litteratur angivet af opdragsgiverne, af litteratur udpeget i ekspert- og målgruppespecifikke interviews samt en specifik søgning på opdragsgivernes og øvrige relevante organisationers hjemmesider.
- Desuden har Rambøll foretaget **22 kvalitative interviews** med henholdsvis regionale aktører, almen praksis, patientforeninger og eksperter på området. Dette er sket med det formål at supplere spørgeskemaundersøgelsen og desk researchen med viden om eksisterende indsatser målrettet de udvalgte kroniske sygdomme i hhv. regi af regionerne, patientforeninger og i almen praksis og identificere indsatser rettet mod social ulighed samt afdække indsatsernes teknologiske løsninger, datapraksis og sammenhæng.

Med afsæt i indsigter fra breddeafdækningen er der gennemført en **dybdeafdækning**, der har haft til formål at kvalificere og nuancere resultaterne fra breddeafdækningen samt udvælge indsatser og projekter, der vurderes perspektivrige i forhold til at opnå dybdegående indsigter i og beskrivelser af indsatsernes indhold, organisering og oplevede udbytte for målgrupperne, herunder drivkræfter og barrierer for implementering af indsatserne. Dybdeafdækningen – og vurderingen af de udvalgte indsatser og projekter – har bidraget til en perspektivering af udvalgte temaer på området, således at viden og indsigter fra de udvalgte indsatser har kunnet bidrage til at udfolde fremtidsperspektiver på området.

Som led i dybdeafdækningen er der gennemført 24 interviews med centrale aktører i forhold til en afdækning af **13 udvalgte cases**.

Såvel tidsramme for afdækningen som valg af undersøgelsesdesign giver anledning til en række metodiske opmærksomhedspunkter. Disse er sammenfattet i boksen nedenfor.

Boks 1-1: Metodiske opmærksomhedspunkter

- Kapitel 3 giver et samlet overblik over en lang række indsatser målrettet mennesker med kronisk sygdom på de udvalgte sygdomsområder. Vidensafdækningen giver et indblik i, hvilke indsatser der findes i Danmark i de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Rambøll skal imidlertid understrege, at breddeafdækningen ikke giver en fuldstændig dækkende afdækning af alle de indsatser, der findes for mennesker med kronisk sygdom. Det tillader den valgte metode ikke. Når vi således i rapporten fremhæver et antal indsatser, der tilbydes kommunalt, regionalt eller nationalt, kan man omvendt *ikke* konkludere, at øvrige kommuner, regioner m.fl. ikke udbyder lignende tilbud for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme.
- I forlængelse af ovenstående understøtter undersøgelsesdesignet primært et fokus på de kommunale tilbud. Derudover indeholder breddeafdækningen også tilbud og indsatser i regionalt regi samt indsatser initieret af patientorganisationer og private aktører. Særligt for så vidt angår regionerne, skal vi understrege, at der er medtaget *eksempler*, men ikke et fuldstændigt overblik, da regionerne kun har været involveret via udvalgte interviews, mens kommunerne har været omfattet via en spørgeskemaundersøgelse. En konsekvens heraf er, at der primært er tale om en afdækning af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser og i mindre grad egentlige behandlingstilbud.
- Undersøgelsesdesignet afdækker ikke samtlige kommunale sundhedsindsatser, som borgere med udvalgte kroniske sygdomme kan modtage, idet undersøgelsen har et sygdomsspecifikt fokus (jf. tabel 1.1.). Det betyder, at sundhedsindsatser udelukkende er inkluderet i dataindsamlingen, såfremt de er beskrevet som værende målrettet mennesker med en/flere af de udvalgte kroniske sygdomme. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til kommunerne om at udbyde forebyggelsestilbud er dog ikke sygdoms- eller diagnosespecifikke, men målrettede borgere med kronisk sygdom generelt og den enkeltes behov. Kommunene kan således tilbyde målrettede indsatser til borgere med kronisk sygdom, uden at indsatserne er afgrænset til at have borgere med en specifik sygdom eller diagnose som målgruppe. En kommune kan derfor have en træningsindsats, som i praksis kan differentieres til den enkelte borger og dermed være målrettet en borger med fx kroniske lænderygsmærter, uden at denne indsats er inkluderet i vidensafdækningen.

Læsevejledning

Vidensafdækningen indeholder seks kapitler.

Kapitel 1 udgør nærværende indledning (herunder baggrund og formål) og præsentation af den anvendte metode.

Kapitel 2 indeholder et resumé af vidensafdækningens hovedpointer. Her beskrives i resumeform de mulige fremtidsperspektiver for udvikling af området gennem konkrete målbilleder med tilhørende løftestænger.

Kapitel 3 og 4 udgør vidensafdækningens breddeafdækning. I kapitel 3 er der etableret et overblik over typen og omfanget af eksisterende sundhedsindsatser til de udvalgte sygdomsgrupper, herunder hvordan der i dag arbejdes med at reducere betydningen af social ulighed og sikre bedre sammenhæng i forløb gennem data og teknologisk understøttelse. Derefter i kapitel 4 et overblik over eksisterende infrastrukturer og teknologier, der danner et fundament for nuværende og fremtidig teknologisk understøttelse og datadeling af forløb for mennesker med kronisk sygdom.

Kapitel 5 præsenterer dybdeafdækningen og de mest centrale observationer fra de gennemførte casestudier.

Endelig udfoldes i **kapitel 6** en række mulige fremtidsperspektiver for den videre udvikling af området, idet der konkret beskrives fire områder med potentiale til at styrke indsatser til mennesker med kronisk sygdom. For hvert område beskrives et målbillede med tilhørende mulige løftestænger til inspiration for task forcens videre arbejde.

Som bilag til nærværende rapport indgår i **bilag 1** en uddybende beskrivelse af de anvendte metoder for dataindsamling. **Bilag 2** indeholder figurer fra den gennemførte spørgeskemaundersøgelse. **Bilag 3** indeholder tabeller og figurer over fund fra desk researchen.

Et **casekatalog** med præsentation af 13 konkrete cases fra dybdeafdækningen indgår som separat bilagsrapport.

2. RESUMÉ AF VIDENSAFDÆKNINGENS HOVEDPOINTS

Regeringen indgik i 2021 en aftale med et flertal af folketingets partier om at nedsætte en task force for indsatser målrettet kronisk sygdom og ulighed i sundhed. Som en del af task forcens indledende fase har Rambøll Management Consulting gennemført en vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed. Vidensafdækningen skal bidrage til rammen for task forcens videre arbejde med udvælgelse af projekter og igangsættelse af initiativer.

Boks 1-1: Definitioner og rammer for vidensafdækningen

1. Fokus er på **forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser**, varetaget af kommuner, almen praksis, regioner, patientorganisationer og private aktører.
2. **Vidensafdækningen** er afgrænset til mennesker med følgende kroniske sygdomme: Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes, hjertesygdomme, kræft, kroniske lænderygsmærter og multisygdom.
3. Der er arbejdet med en bred definition af **social ulighed** i sundhed, forstået som en systematisk skævhed mellem befolkningsgrupperes socioøkonomiske position (fx målt via uddannelsesniveau) og mål relateret til en given kronisk sygdom (fx forekomst eller overlevelse)¹³. Rapporten undersøger mulige initiativer til at reducere social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet dvs. i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte af sundhedsindsatser for mennesker med kronisk sygdom og har altså ikke fokus på social ulighed i forekomsten eller overlevelsen af kroniske sygdomme.
4. **Metodisk** står vidensafdækningen på en kombination af en **breddeafdækning** (omfattende en spørgeskemaundersøgelse til alle landets kommuner; desk research baseret på systematisk gennemgang af litteratur på området; samt 22 kvalitative interviews) og en **dybdekortlægning** med 13 casestudier og en tværgående analyse (baseret både interviews og skriftlige kilder).
5. Vidensafdækningen giver et bredt indblik i, hvilke indsatser der findes i Danmark og varetages i de respektive sektorer i sundhedsvæsenet, men ikke en fuldstændigt dækkende kortlægning af alle de indsatser, der findes, idet den anlagte metode særligt har afdækket forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, og i mindre grad egentlige behandlingstilbud.

Rambøll har i forlængelse af vidensafdækningen opstillet fire gensidigt understøttende **målbilleder**, der illustrerer behovene i forhold til den fremadrettede udvikling af området. Målbillederne understøttes af **løftestænger**, der er specifikke og praksisnære initiativer, som illustrerer et mulighedsrum for den videre udvikling. Vidensafdækningens løftestænger skal således ikke nødvendigvis implementeres, men skal ses som en bruttoliste af mulige initiativer til inspiration for blandt andet task forcens videre arbejde på området. Et arbejde der skal bygge ovenpå allerede eksisterende indsatser, samarbejde og det eksisterende digitale fundament på sundhedsområdet. Målbillederne og løftestænger bygger på resultater fra breddeafdækningen, samt kernelementer fra de udvalgte cases i dybdeafdækningen. De fire målbilleder er følgende:

1. Der er behov for at **understøtte sammenhæng på tværs af sektorer**, idet mennesker med kronisk sygdom ofte har et komplekst forløb med involvering af flere forskellige aktører, og derfor har øget behov for, at sundhedsprofessionelle koordinerer og samarbejder på tværs.

¹³ Social ulighed i kræft i Danmark – hvidbog, Kræftens Bekæmpelse, 2019

Nedenfor ses løftestænger, der illustrerer et mulighedsrum af initiativer, til inspiration for det videre arbejde med at realisere målbilledet om understøttelse af sammenhæng på tværs:

Tabel 2-1: Løftestænger i form af mulige initiativer til understøttelse af sammenhæng på tværs af sektorer

Bedre tværsektorielt samarbejde	Adgang til tidstro information og sundhedsdata på tværs af sektorer
<p>Løftestang: Styrk kendskabet blandt sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehuse til de konkrete forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i kommunalt regi. Dette skal understøtte bedre overgange og højere deltagelse i de kommunale sundhedsindsatser.</p> <p>Løftestang: Styrk det konkrete tværsektorielle samarbejde mellem aktører, da dialogen mellem medarbejdere i fx kommuner og på sygehuse kan være med til at understøtte vidensdeling om borgernes tværsektorielle forløb og forståelse af den samlede opgavevaretagelse.</p> <p>Løftestang: Skab de nationale rammer og den nødvendige infrastruktur for at understøtte kommunal kvalitetsmonitorering af indsatser til borgere med kronisk sygdom. Dette skal skabe større viden og sikkerhed for kvaliteten af de kommunale indsatser, hvilket vil fremme et bedre tværsektorielt samarbejde.</p> <p>Løftestang: Understøt en øget brug af business cases i forbindelse med opstart af tværsektorielle aktiviteter og projekter. Dette skal skabe tydelighed om en indsats økonomiske virkninger og fordelingsmæssige konsekvenser og skabe viden til at indrette den økonomiske model for finansiering af indsatsen på tværs af sektorer mest hensigtsmæssigt.</p>	<p>Løftestang: National understøttelse af udvikling af teknologiske løsninger, der bygger videre på eksisterende infrastruktur og som deler tidstro data mellem eksisterende journalsystemer. Potentiale ses for fremadrettet videreudvikling af dels den specialspecifikke løsning Samblik (case nr. 1) til at omfatte flere sygdomsgrupper og dels udvikling af løsninger, der ligesom FMK og Aftaleoverblikket sikrer deling af centrale sundhedsdata på tværs af eksisterende journalsystemer.</p> <p>Løftestang: Udarbejd en økonomi- og governance model for, hvordan disse tværsektorielle teknologiprojekter fremadrettet skal driftes. En mulighed er at igangsætte et modelarbejde, som mere principielt kortlægger de incitamentsmæssige udfordringer og finder relevante løsninger. Der kan potentielt hentes relevante erfaringer fra arbejdet med sociale investeringer, der også ofte handler om håndtering af denne type "kassetækningsrelaterede" udfordringer.</p>

- Der er behov for at arbejde på at **styrke kvaliteten af indsatsen** for at sikre virkningsfulde indsatser af høj kvalitet til alle sygdomsgrupper, samt udnytte mulighederne i at arbejde med datadrevet udvikling af indsatserne.

Nedenfor fremgår løftestænger, der illustrerer et mulighedsrum af initiativer, til inspiration for realiseringen af ovenstående målbillede om at styrke kvaliteten af sundhedsindsatser:

Tabel 2-2: Løftestænger i form af mulige initiativer til realisere behovet for styrket kvalitet i indsatsen

Faglig udvikling af indsatser til specifikke sygdomsgrupper	Datadrevet kvalitetsudvikling af indsatser	Implementering af kvalitetsindikatorer	Sociale investeringer som løftestang
<p>Løftestang: Sikr en større udbredelse af relevante indsatser for borgere med hhv. kroniske lænderygsmærter og multisygdom, herunder at alle landets kommuner har sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser til borgere med kroniske sygdomme.</p> <p>Løftestang: Styrk vidensgrundlaget i forhold til virkningsfulde indsatser for særligt borgere med multisygdom, idet der er et særligt behov for at etablere viden om, hvordan sammenhængende indsatser skabes.</p> <p>Løftestang: Styrk vidensgrundlaget i forhold til borgere med kroniske lænderygsmærter med fokus på at sikre en mere detaljeret forståelse af forskellige delmålsgrupper. Sæt med fordel fokus på muligheder og behov for øget iværksættelse af diagnose-specifikke indsatser for at reducere forskel i tilgængelighed til indsatser, som synes at præge området i dag.</p>	<p>Løftestang: Øg tillid til kommunale sundhedsindsatser ved at have tydelige og offentligt tilgængelige kvalitetsstandarder og mål på virkninger af indsatserne.</p> <p>Løftestang: Understøt den eksisterende og igangværende udvikling af digital infrastruktur, så den nødvendige nationale infrastruktur skabes til monitorering og indsamling af kvalitetsdata fra alle landets kommuner på de største kroniske sygdomsgrupper. Systemunderstøttelsen vil muliggøre kvalitetsudvikling og benchmarking på tværs af kommuner.</p> <p>Løftestang: Understøt den lokale kommunale kvalitetsudvikling ved at have national infrastruktur, der stiller tidstro uddata til rådighed for sundhedsprofessionelle i kommunerne. Brug data lokalt til at skabe øget viden om og udvikling af indsatsens lokalt.</p> <p>Løftestang: Igangsæt en grundig behovsafdækning af, hvilke standarder og kvalitetsindikatorer, som kommunerne skal monitorere og kvalitetsudvikle de største kroniske sygdomsgrupper på baggrund af. Tag her udgangspunkt i de allerede eksisterende standarder og indikatorer på området.</p>	<p>Løftestang: De valgte kvalitetsindikatorer til implementering i kommunerne skal pilottestes grundigt inden igangsættelse af en bred implementering af indikatorerne. Herunder sikres relevant inddragelse af relevante sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.</p> <p>Løftestang: I forbindelse med implementering af kvalitetsindikatorer skal kommunerne sikres adgang til egne data over graden af indberetning, så det er muligt at følge op lokalt i kommunerne i forhold til datakomplethed.</p> <p>Løftestang: Arbejd på at modne kommunernes arbejde med datakultur og datadreven kvalitetsudvikling, fx gennem igangsættelse af et nationalt initiativ.</p>	<p>Løftestang: Udnyt potentialet for sociale investeringer i forhold til yderligere reduktion af social ulighed /forøgelse af kvaliteten i eksisterende indsatser for mennesker med kronisk sygdom. Indhent dels relevante eksempler på potentielt positive business cases (idégenerering), og undersøg muligheder for dels offentlig finansiering (med inspiration fra fx den sociale investeringsfond), dels privat finansiering fra fonde og investorer.</p>

- Der er for det tredje behov for at sikre bedst mulig udnyttelse af mulighederne for **teknologisk at understøtte mennesker med kronisk sygdom i at mestre livet** med denne, idet dette kan understøtte, at flere opgaver kan løses tættere på det enkelte menneske, der her ved involveres aktivt i forhold til egen sundhed.

Nedenfor ses løftestænger, der illustrerer et mulighedsrum af initiativer, til inspiration for det videre arbejde med at realisere målbilledet om teknologisk understøttelse af mennesker med kronisk sygdom:

Tabel 2-3: Løftestænger i form af mulige initiativer til teknologisk understøttelse af mennesker med kronisk sygdoms mestring af livet med kronisk sygdom

Selvmonitorering af kronisk sygdom	Overblik over forløb og aftaler for mennesker med kronisk sygdom (og pårørende)	Overskueligt udbud af borgerrettede digitale løsninger
<p>Løftestang: Igangsæt en systematisk undersøgelse af øvrige kroniske sygdomsgrupper for at afdække, hvilke delmålgrupper og i hvilke dele af borgerens forløb, der er potentiale for at understøtte borgerens mestring via brug af digitale løsninger til selvmonitorering.</p> <p>Løftestang: Udbrede teknologiske løsninger til mennesker med kroniske lænderygsmærter, da der i mindre omfang anvendes digitale løsninger til at understøtte målgruppen.</p> <p>Løftestang: Understøt at der sikres et vidensgrundlag for, hvilke sygdomsindikatorer mennesker med multisygdom skal monitorere. Dette skal bruges i udviklingen af selvmonitoreringsløsninger til målgruppen, som understøtter dem i at mestre livet med flere samtidige kroniske sygdomme.</p>	<p>Løftestang: I forbindelse med den fortsatte udvikling af digitale løsninger er der et behov for at indtænke tidlig behøvsafdækning hos målgruppen med henblik på at sikre, at de rette data udstilles, så mennesker med kronisk sygdom oplever løsningen og de udstillede data som meningsfulde og relevante i forhold til at understøtte deres liv med kronisk sygdom.</p>	<p>Løftestang: Skab et overblik over, hvilke digitale løsninger der understøtter menneskers mestring af kronisk sygdom, for at undgå unødigt kompleksitet i udbuddet af digitale løsninger. Dette overblik kan være vejledende for fremtidige tiltag på området.</p> <p>Løftestang: Overvej at realisere potentialet med at understøtte flere borgere med kronisk sygdom via digitale løsninger ved at videreudvikle eksisterende borgerrettede digitale løsninger til at omfatte flere funktioner eller flere sygdomsgrupper.</p>

- Der er for det fjerde et behov for at **reducere social ulighed i mødet med sundhedsvæsn**et for mennesker med kronisk sygdom, så der er let og lige adgang til sundhedsindsatser for alle mennesker med kronisk sygdom uanset socioøkonomisk position og livsomstændigheder.

Nedenfor fremgår løftestænger, der illustrerer et mulighedsrum af initiativer, til inspiration for realiseringen af ovenstående målbillede om at reducere social ulighed i mødet med sundhedsvæsn

Tabel 2-4: Løftestænger i form af mulige initiativer til at reducere social ulighed i mødet med sundhedsvæsn

Målgruppeafgrænsning og rekruttering	Individualiserede og håndholdte forløb	Koordinering og fastholdelse i sundhedstilbud
<p>Løftestang: Der er i forhold til udvikling af indsatser og/eller projekter et behov for at overveje afgrænsning af målgruppen i mindre segmenter, set i forhold til om der vil være delmålgrupper, som ikke vil profitere af tilbuddet uden en særligt opsøgende (håndholdt) indsats.</p> <p>Løftestang: Afsøg mulighederne for inden for rammerne af persondatalovgivningen at bruge data til at identificere mennesker med kronisk sygdom, som potentielt vil have gavn af sundhedsindsatser, men som ikke selv har ressourcerne til at opsøge disse uden ekstra opmærksomhed fra de sundhedsfaglige aktører.</p> <p>Løftestang: Udvikl metoder til at møde mennesker med kronisk sygdom i sårbare eller udsatte livsomstændigheder, hvor de er. Vurder i relation til specifikke delmålgrupper, om der er behov for en særlig håndholdt indsats i forhold til det opsøgende arbejde.</p>	<p>Løftestang: Skab et øget fokus på at tilpasse indsatserne til individuelle behov hos forskellige delmålgrupper af mennesker med kroniske sygdomme. Dette vil for nogle delmålgrupper kræve relativt håndholdte indsatser, mens der for andre delmålgrupper er et potentiale i at arbejde empowerment-orienteret.</p> <p>Løftestang: Der er behov for mere systematisk viden om konkrete metoder til individualisering, herunder både i den håndholdte og mere empowerment-orienterede retning samt for spredning af denne viden blandt de sundhedsprofessionelle.</p> <p>Løftestang: Afsøg mulighederne for samarbejde med patientforeninger og frivillige i forhold til at hjælpe mennesker med kronisk med til at kunne navigere i kompleksiteten relateret deres til eget forløb.</p>	<p>Løftestang: Udvikl nye indsatser til at fjerne informationsbyrden fra patienten ved i stedet at understøtte datadeling på tværs af sektorer, samt at sundhedsprofessionelle understøttes i at kunne varetage en sådan rolle.</p> <p>Løftestang: Arbejd mere systematisk med understøttelse af særligt sårbare borgere i forhold til fastholdelse via faste kontaktpersoner på tilbuds niveau for at øge den relationelle tilknytning og tillid.</p> <p>Løftestang: Der er et behov for mere specifik og individuel afstemning af valg af kommunikationsstrategi med afsæt i den enkelte borgers behov på tilbuds niveau, så videreformidling af information kombineres med relationsbåret formidling til og dialog med særligt sårbare borgere.</p>

Vidensafdækningen giver i tillæg til ovenstående fremadrettede perspektiver også anledning til en **række konkrete observationer** i forhold til status for særligt kommunernes indsatser til mennesker med kronisk sygdom, baseret på afdækningen. I nedenstående er fremhævet de mest centrale pointer i forhold til udvikling af indsatser og understøttelsen af tværsektorielle forløb til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sygdom:

- De nationale anbefalinger og retningslinjer for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom følges og er implementeret af flertallet af landets kommuner. Det varierer, om kommunerne systematisk monitorerer deres forebyggelsesindsatser¹⁴. Kommunerne er særligt udfordrede i forhold til rekruttering og fastholdelse af borgere med kronisk sygdom i sundhedsindsatser. Nogle kommuner har dog gode erfaringer med arbejde på tværs af enheder og sektorer for at rekruttere og fastholde målgruppen i indsatserne.
- Det er ikke alle kommuner, som udbyder forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser målrettet borgere tilhørende hver af de undersøgte sygdomsgrupper¹⁵. Af de kommuner der gør, er der flest diagnosespecifikke indsatser målrettet borgere med diabetes, KOL, hjertesygdom eller kræft. Udbredte kommunale indsatser omfatter her fysisk aktivitet, sygdomsmestring, tobaksafvænning og ernæringsindsatser.
- Der er omvendt identificeret relativt få indsatser til mennesker med kroniske lænderygsmærter. Disse indsatser leveres af flere private aktører, fx privat praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer, og der synes at være en vis grad af tilfældighed i forhold til tilrettelæggelse af den samlede indsats, fx i forhold til hvilke(t) tilbud den enkelte får. Egenbetaling til privat praktiserende fysioterapeuter fremhæves som en barriere for den rette indsats af almen praktiserende læger, og hver tredje kommune oplyser, at de har ikke målrettede rehabiliteringsindsatser til målgruppen.
- Ligeså er indsatser målrettet mennesker med multisygdom også relativt begrænsede. Hovedparten af landets kommuner oplever, at borgere med multisygdom ikke tilbydes målrettede tilbud. Ligesom der ikke eksisterer digitale løsninger designet til at understøtte målgruppens forløb. Dog pågår der en udvikling af indsatser til målgruppen, herunder kan nævnes et pilotprojekt i almen praksis¹⁶.
- Vidensniveauet (forstået som antallet af identificerede analyser, evalueringer og anbefalinger) for hver af de inkluderede sygdomsgrupper følger antallet af identificerede sundhedsindsatser. Dvs. at der er et relativt mindre vidensgrundlag om indsatser målrettet mennesker med kroniske lænderygsmærter eller multisygdom end for de øvrige grupper af mennesker med kroniske sygdomme.
- Sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom opleves at blive understøttet af de regionale forløbsprogrammer, fordi de beskriver ansvarsfordelingen og giver mandat til at mødes og drøfte samarbejdet. Omvendt udfordres sammenhængende forløb af manglende tværsektoriel datadeling, da der ikke umiddelbart er direkte adgang til borgerens sundhedsdata på tværs af kommuner, almen praksis og sygehusene – samt lovgivningen på området.

¹⁴ Kommunene er ikke forpligtiget til at monitorere forebyggelsesindsatser.

¹⁵ Kommunene er ikke forpligtiget til at tilbyde diagnosespecifikke tilbud, men indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom bredt.

¹⁶ Pilotprojekt vedrørende klinisk indsats for multisygge af 19-06-2021 i [Overenskomst om almen praksis 2022](#), PLO.

- Der er et væsentligt potentiale for at udvikle eller udbrede borge rettede teknologiske løsninger (fx hjemmemonitorering) til at understøtte forløb for mennesker med kronisk sygdom ved at benytte de eksisterende teknologiske løsninger og initiativer (jf. boks 4-1). Praksis er længst fremme for mennesker med kræft, hjertesygdom, diabetes eller KOL, mens der er identificeret relativt få teknologiske løsninger målrettet mennesker med kroniske lænderygmerter eller multisygdom.
- Der er fortsat et væsentligt potentiale i forhold til at tilrettelægge sundhedsindsatser på en måde, der tager højde for social ulighed ved at reducere barrierer i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte. De hyppigst anvendte initiativer til at reducere social ulighed omfatter tilgængelighed (sprog, placering af tilbud og fleksible tidspunkter), rekruttering (fastholdelse, monitorering og opsøgende aktiviteter) og individuelt tilrettede forløb (ekstra tid og tilpasning af indsatsens indhold og forløb).
- Teknologiske løsninger kan øge den sociale ulighed i forhold til rekruttering, deltagelse og udbyttet af sundhedsindsatser, fordi de kræver en vis grad af ressourcer, basale IT-kompetencer og egenomsorg at anvende, hvilket skaber en tendens til, at de mest ressourcestærke mennesker med kronisk sygdom får størst gavn af teknologiske løsninger.

3. NUVÆRENDE ORGANISERING OG OMFANG AF SUNDHEDSINDSATSER

Kapitel 3 præsenterer den første del af breddeafdækningen og er baseret på flere datakilder: En spørgeskemaundersøgelse til kommuner, en desk research af eksisterende viden og indsatser samt kvalitative interviews med forskellige aktørgrupper. Konkret præsenteres i oversigtsform et billede af typen og omfanget af eksisterende sundhedsindsatser rettet mod mennesker med udvalgte sygdomme, samt hvordan der i dag arbejdes med at mindske social ulighed og sikre bedre sammenhæng i forløb gennem data og teknologisk understøttelse.

Kapitel 3 behandler konkret arbejdet med kommunal implementering af anbefalinger på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet (afsnit 3.1), omfang af indsatser målrettet mennesker tilhørende de udvalgte sygdomsgrupper (afsnit 3.2), indsatser og organisering af disse fordelt på hver udvalgt sygdom (afsnit 3.3), arbejdet med at sikre sammenhæng på tværs af sektorer (afsnit 3.4), brug af borgerrettede teknologiske løsninger (afsnit 3.5) samt det nuværende arbejde med at reducere social ulighed i forløb (afsnit 3.6). Kapitellet afsluttes med en opsamling (afsnit 3.7).

3.1 Kommunal implementering af anbefalinger på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet

Dette afsnit stiller skarpt på kommunernes implementering af nationale anbefalinger og retningslinjer for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom. Der er fokus på, hvilke indsatser kommunerne anbefales at tilbyde de pågældende målgrupper – og på implementeringsgraden heraf. Det bemærkes indledningsvist, at det ikke er et krav at levere indsatser efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger, samt at det af anbefalingerne ikke fremgår, at indsatserne skal være målrettet borgere med specifikke sygdomme eller diagnoser, men bredt borgere med kronisk sygdom. Dermed etableres en ramme for resten af breddeafdækningen, da afsnittet redegør for kommunal praksis inden for forebyggelse og sundhedsfaglig rehabilitering i relation til borgere med kronisk sygdom. De øvrige afsnit skal ses som supplerende hertil, da breddeafdækningen i øvrigt har haft et bredere perspektiv.

Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

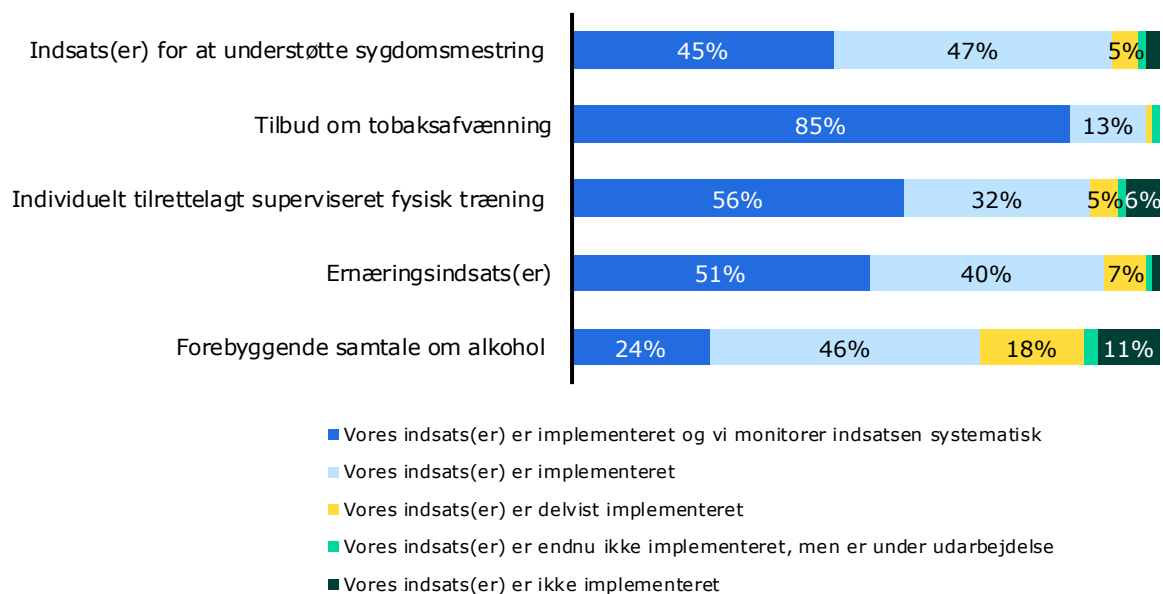
I 2016 udgav Sundhedsstyrelsen en række **anbefalinger** for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom¹⁷. Anbefalingerne er ikke sygdomsspecifikke og er dermed målrettet borgere med kronisk sygdom generelt. De omfatter kommunale indsatser vedrørende sygdomsmanagement, tobaksafvænnning, fysisk træning, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol og skal bidrage til, at de kommunale tilbud på forebyggelsesområdet tilrettelægges bedst muligt.

Som led i den kommunale spørgeskemaundersøgelse er alle landets kommuner blevet spurgt, om kommunen har **implementeret** disse anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Disse svar skal læses med forbehold for, at det er kommunerne selv, der foretager denne vurdering af deres arbejde med forebyggelsesindsatser (jf. Bilag 1 – Metode).

Som det fremgår af figuren nedenfor, svarer flertallet af kommunerne på tværs af de fem typer af anbefalede forebyggelsestilbud, at kommunens indsatser enten er implementeret, eller at deres indsatser er implementeret samtidig med, at de systematisk monitorerer indsatsen. Det er de færreste kommuner, der selv vurderer, at deres indsatser endnu ikke er implementeret.

¹⁷ Sundhedsstyrelsen (2016). Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Figur 3-1: Kommunernes implementering af nationale anbefalinger for forebyggelsestilbud¹⁸



Note: N=85. Spørgsmålsformulering: Hvilken af nedenstående udsagn beskriver bedst kommunens implementering af følgende forebyggelsesindsatser til borgere med kronisk sygdom efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom fra 2016? Sundhedsstyrelsen anbefalinger var tilgængelige som del af spørgeskemaundersøgelsen.

Der er dog **væsentlige forskelle i kommunernes implementeringsgrad** på tværs af forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Syv ud af ti kommuner svarer fx, at deres indsats vedrørende forebyggende samtale om alkohol er implementeret på nuværende tidspunkt. Hvorimod næsten alle kommuner oplyser, at deres forebyggelsestilbud om tobaksafvænning (98 pct.), sygdomsmestring (92 pct.) og ernæringsindsatser (91 pct.) er implementeret.



Vi monitorerer de enkelte forløb, men det er forholdsvis længe siden, at vi har monitoreret de samlede forløb.

Kommune

Sundhedsstyrelsen anbefaler også, at den enkelte kommune løbende følger og udvikler de enkelte forebyggelsestilbud med henblik på at kvalitetssikre tilbuddene. Det varierer imidlertid, om kommunerne systematisk **monitorerer** de fastsatte mål for deres forebyggelsesindsatser. Mere end otte

ud af ti kommuner svarer, at de monitorerer deres forebyggelsestilbud om tobaksafvænning til borgere med kronisk sygdom, mens det kun er ca. en fjerdedel af kommunerne, der monitorerer deres forebyggelsestilbud vedrørende forebyggende samtaler om alkohol.

Endelig anbefaler Sundhedsstyrelsen, at borgere med en kronisk sygdom, der henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud, først deltager i en **afklarende samtale** om, hvilke tilbud de kan have gavn af¹⁹. Formålet med den afklarende samtale er at opnå en fælles forståelse af forventninger til tilbud og motivation for herefter gennem dialog at støtte borgere i en relevant og behovsorienteret prioritering af tilbud²⁰.

I spørgeskemaundersøgelsen svarer stort set alle kommuner, at de enten i meget høj grad (87 pct.) eller i høj grad (11 pct.) gør brug af afklarende samtaler til opstart af forebyggelsesforløb for mennesker med kronisk sygdom (jf. Figur 8-4 i bilag 2).

¹⁸ Hvis svarkategorier har fået under 5 % af svarprocenten, angives der ikke tal i figurene.

¹⁹ Dette gælder dog ikke i tilfælde, hvor borgeren udelukkende har behov for et tilbud om forebyggende samtale om alkohol.

²⁰ Sundhedsstyrelsen (2016). Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

I et opfølgende spørgsmål har kommunerne haft mulighed for skriftligt at uddybe, hvilke gode erfaringer og/eller udfordringer de har haft med implementering af kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Flere kommuner skriver, at de har **gode erfaringer** med at arbejde **tværfagligt** på tværs af enheder og sektorer (særligt for borgere der både har kroniske sygdomme og psykiatriske diagnoser). Her er særligt **organiseringen** af det tværfaglige samarbejde af stor betydning for, om det lykkedes eller ej. Nogle kommuner har fx gode erfaringer med, at medarbejderne refererer til den samme leder, så der ikke opstår modsatrettede krav og hensyn. Andre kommuner har gode erfaringer med samarbejde mellem sygehuse og almen praksis i forhold til undervisning af mennesker med KOL, diabetes og hjertesygdom. Samling af alt patientrettet undervisning ét sted sker inden for rammerne af forløbsprogrammet for hver sygdom.



De gode erfaringer er den differentieret tilgang og det tværfaglige samarbejde omkring borgerne med kronisk sygdom.

Kommune

Kommunerne fremhæver også en række **udfordringer** ved implementeringen af de kommunale forebyggelsesindsatser. En række af de mindre kommuner fremhæver udfordringer med **rekruttering** til indsatserne, fordi deres borgergrundlag er relativt lavt. De giver udtryk for, at det er svært



En udfordring er, at der er stort frafald. Specielt fra borgere, der er på arbejdsmarkedet, på trods af at indsatserne ligger efter kl. 15.30.

Kommune

at samle nok borgere til deres indsatser, hvorfor de fx kan være nødt til at aflyse fx holdforløb. Nogle kommuner har forsøgt at løse denne udfordring gennem tværkommunalt samarbejde, hvor kommunerne samler borgerne på tværs. En anden kommune giver dog udtryk for, at borgerne ikke ønsker at køre langt til en anden kommune for at deltage i en sundhedsfaglig indsats. I tråd hermed er der flere, som fremhæver, at **mangel på kørselsordninger** gør det svært at rekruttere borgere med

kronisk sygdom til deres forebyggelsestilbud.

Andre kommuner har problemer med **fastholdelse** af borgere med kronisk sygdom. Det kan både forekomme i tilfælde, hvor borgere bliver henvist til tilbuddet uden efterfølgende at møde op, eller hvor borgeren falder fra undervejs af forskellige årsager (typisk pga. manglende motivation eller tid).

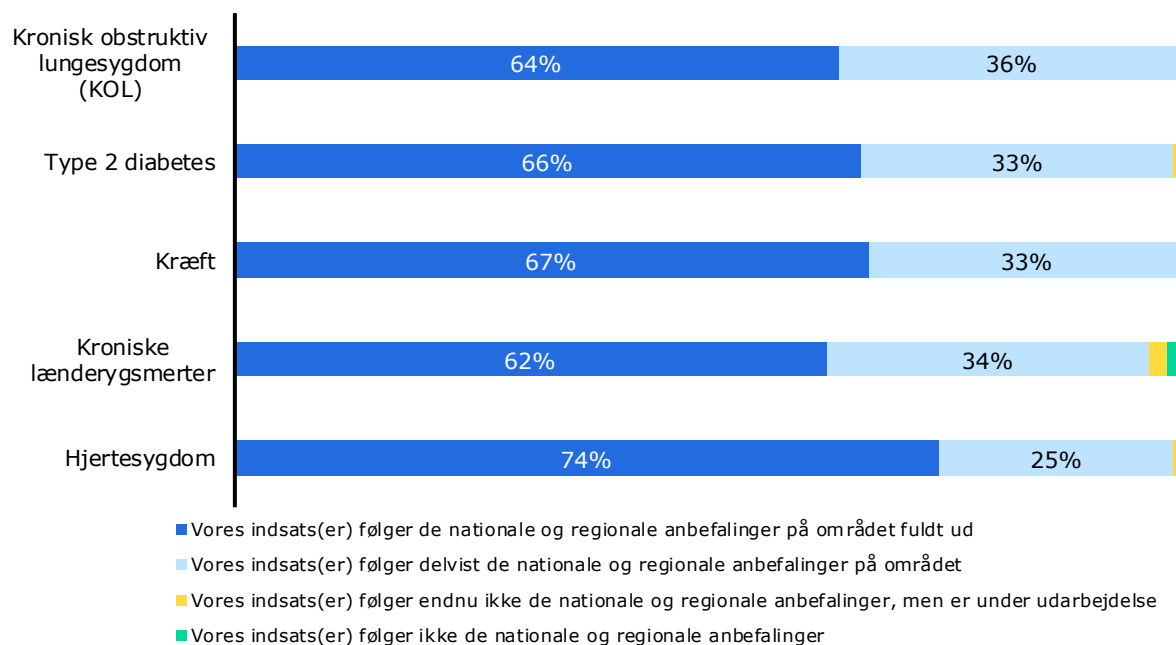
Anbefalinger for rehabiliteringsindsatser til borgere med kronisk sygdom

I spørgeskemaundersøgelsen svarer alle landets kommuner, at de har sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med hhv. KOL, type 2-diabetes, kræft og hjertesygdom. To tredjedele af kommunerne har også rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kroniske lænderygsmærter, mens cirka fire ud af ti kommuner har indsatser målrettet borgere med multisygdom (jf. Figur 8-10 i bilag 2).

Som led i den kommunale spørgeskemaundersøgelse er kommunerne også blevet spurgt om, hvorvidt de har **implementeret** nationale og regionale anbefalinger for deres sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom²¹. Som det fremgår af figuren nedenfor, er det i gennemsnit cirka to tredjedele af alle kommuner, der giver udtryk for, at deres indsatser målrettet de forskellige kroniske sygdomme følger de nationale og regionale anbefalinger på området fuldt ud.

²¹ Hvis kommunen ikke tilbyder indsatser målrettet borgere med kroniske lænderygsmærter, er de ikke blevet spurgt ind til implementeringsgraden.

Figur 3-2: Kommunernes implementering af nationale og regionale anbefalinger for rehabiliteringsindsatser



Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter (N=56), da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: Hvilket af nedenstående udsagn beskriver bedst kommunens implementering af sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom], som foreskrevet i de nationale anbefalinger og retningslinjer samt de regionale forløbsprogrammer. Du har mulighed for at læse de nationale anbefalinger og retningslinjer samt de regionale forløbsprogrammer ved at benytte links nederst på siden. De nationale anbefalinger og retningslinjer samt regionale forløbsprogrammer var tilgængelige som en del af spørgeskemaundersøgelsen.

Den sidste tredjedel af kommunerne svarer, at de delvist følger de nationale og regionale anbefalinger, mens det kun er ganske få, der endnu ikke følger de nationale og regionale anbefalinger for de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med hhv. type 2-diabetes, kroniske lænderygmerter og hjertesygdom.

Henvisning til kommunale sundhedsindsatser

Som en del af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelse fra 2016 blev det ny praksis, at mennesker med kronisk sygdom med et potentielt behov for en kommunal sundhedsindsats skulle henvises til en **afklarende samtale** i kommunen via den elektroniske henvisningsblanket frem for direkte til et prædefineret kommunalt tilbud. Til den afklarende samtale afklares den enkeltes behov og med udgangspunkt i dette sammensættes et individuelt forløb i kommunalt regi²².

Adspurgt om kommunerne oplever, at sygehuse og almen praksis henviser til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser ved hjælp af elektroniske henvisningsblanketter (XREF15/REF01) og derved understøtter henvisningen digitalt, angiver fire ud af ti kommuner, at de enten i meget høj (11 pct.) eller i høj grad (32 pct.) oplever dette. Knap halvdelen af kommunerne oplever i nogen grad, at sygehuse og almen praksis gør dette. En ud af ti kommuner oplever slet ikke (2 pct.) eller kun i mindre grad (8 pct.), at der henvises ved hjælp af de elektroniske henvisningsblanketter (jf. Figur 8-28 i bilag 2).

Kommunernes varierende oplevelser af, at sygehuse og almen praksis henviser til en afklarende samtale, indikerer et potentiale i forhold til at arbejde videre med implementeringen af anbefalingerne og særligt med de elektroniske henvisningsblanketter.

²² Sundhedsstyrelsen (2016). Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

3.2 Omfanget af indsatser målrettet mennesker tilhørende de udvalgte sygdomsgrupper

Dette afsnit tegner et **overordnet billede** af omfanget af sundhedsindsatser identificeret i breddeafdækningen, herunder den geografiske fordeling af indsatser.

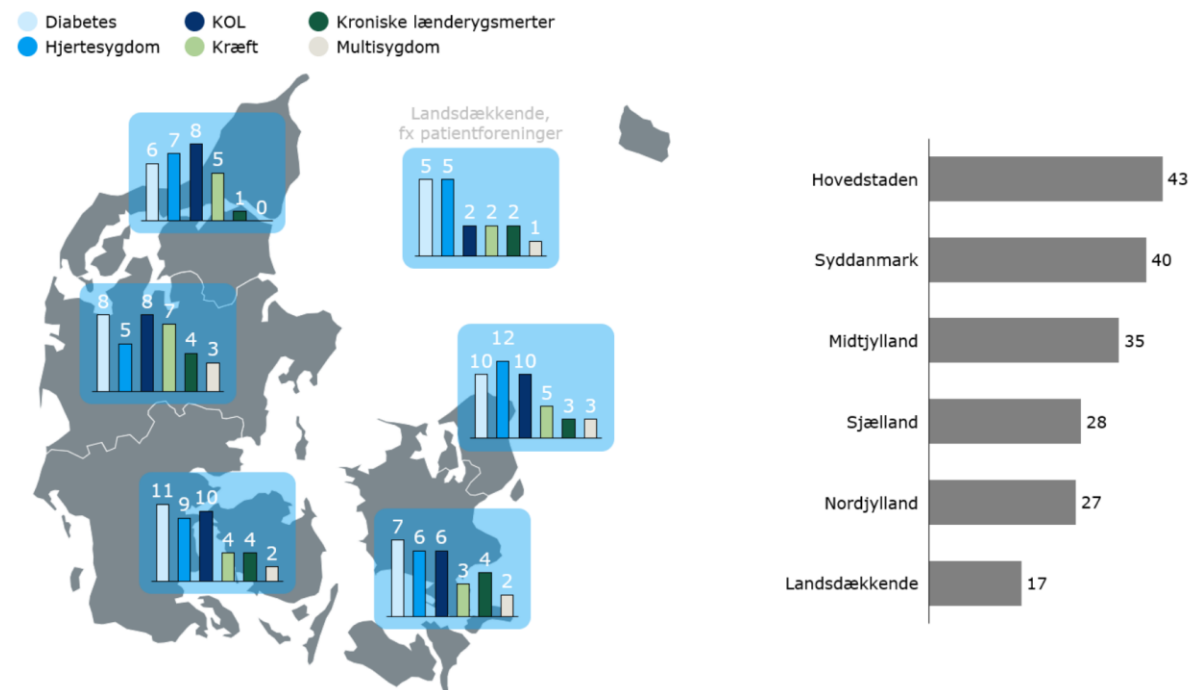
Forud for læsningen af nærværende afsnit er det vigtigt at betone de opmærksomhedspunkter, der er fremhævet i kapitel 2 om 'dækningsgraden' af breddeafdækningen. Breddeafdækningen udgør ikke en afdækning af alle eksisterende sundhedsindsatser, men giver et indblik i typen af indsatser, der udbydes til de udvalgte sygdomsgrupper samt omfanget af indsatser udbudt.

Samlet overblik over indsatser

Samlet set har Rambøll via de forskellige datakilder i breddeafdækningen **identificeret 190 sundhedsindsatser** (dvs. forebyggelses-, behandlings- eller rehabiliteringsindsatser) målrettet mennesker med de udvalgte kroniske sygdomme. Indsatserne er primært identificeret via desk research og i nogen grad via kommunal spørgeskemaundersøgelse og interviews med repræsentanter for hver region og udvalgte patientforeninger.

De 190 identificerede sundhedsindsatser udbydes forskellige steder i Danmark. Typisk er udbyderen borgerens kommune eller et sygehus. I enkelte tilfælde er udbyderen en patientforening eller almen praksis. Opdelt på geografi er det største antal af indsatser identificeret i Region Hovedstadens og Region Syddanmarks geografiske områder, hvor henholdsvis 43 og 40 indsatser er identificeret i hvert område (se Figur 3-3). Nogle indsatser udbydes flere steder i landet. Disse er kategoriseret som landsdækkende og er typisk online-tilbud, udbudt i regi af en patientforening, eller nationale initiativer, som fx de digitale forløbsplaner²³.

Figur 3-3: Identificerede indsatser fordelt på region og sygdomsgruppe



Note: Indsatser, der er rettet mod flere af sygdomsgrupperne, er talt en gang pr. sygdomsgruppe. I tilfælde af at en indsats findes i flere regioner, er indsatsen kategoriseret efter den region, hvor flest kommuner har indsatsen. I tilfælde af at en indsats er i to regioner, er den kategoriseret efter den største region.

²³ Et eksempel er digitale forløbsplaner, der blev aftalt i OK18. Et andet eksempel er telemedicinsk sårurdering, der er udbredt nationalt som et ud af fem initiativer i den nationale handleplan for udbredelse af telemedicin i Danmark. Udbredelsen blev besluttet af regeringen, Danske Regioner og KL og var forankret i Den fællesoffentlige strategi for digital velfærd 2013-2020.

Kilde: Desk research, spørgeskemaundersøgelse målrettet kommuner. Interviews med regionale aktører, alment praktiserende læger, patientorganisationer og eksperter.

Omfanget af sundhedsindsatser til nogle grupper af mennesker med kronisk sygdom er større end for andre grupper. Det viser resultater af breddeafdækningen, jf. figur 3-3. Diabetes, KOL, hjertesygdom og kræftområdet er kendetegnet ved, at der er relativt mange sundhedsindsatser målrettet mennesker med disse sygdomme, hvorimod der er relativt få målrettede mennesker med kroniske lænderygsmærter eller multisygdom. Læs mere om sygdomsspecifikke resultater fra breddeafdækningen i afsnit 3.3.

En tilsvarende tendens ses for omfanget af **publikationer og viden** om indsatser målrettet borgere inden for hvert sygdomsområde (indhentet via desk research). Her er identificeret et relativt stort antal publikationer (analyser, evalueringer mv.) om indsatser målrettet mennesker med diabetes, KOL, hjertesygdom og kræft, hvorimod der er fundet et relativt lavt antal publikationer om handlende kroniske lænderygsmærter eller multisygdom (se Figur 9-2 i bilag 3). Denne tendens understøttes delvist af de i desk researchen identificerede udviklingsinitiativer, der har borgere med kronisk sygdom eller social ulighed i fokus (se Tabel 9-1 i bilag 3). Det indikerer et behov for at styrke vidensgrundlaget om kroniske lænderygsmærter og multisygdom. Der er særligt behov for mere viden om, hvordan indsatser målrettet mennesker med multisygdom tilrettelægges.

Eksempelvis påpeges det i interviews, at der for at tilbyde telemedicinske løsninger målrettet mennesker med multisygdom mangler viden om, hvilke sygdomsindikatorer der er relevante for målgruppen at monitorere for at vurdere deres samlede helbredstilstand. Dertil mangler der viden om, hvordan man på sygehusene tilrettelægger den opfølgende behandling, hvor sygehusvæsenets specialeopdeling bevirker, at behandlingsansvaret for hver kronisk sygdom kan være hos forskellige sundhedsprofessionelle. Dertil viser resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, at hovedparten af kommunerne ikke har indsatser målrettet borgere med multisygdom (se Figur 8-10 i bilag 2).

3.3 Indsatser og organisering af disse fordelt på hver udvalgt sygdom

I dette afsnit nuanceres resultaterne fra det foregående afsnit, idet der præsenteres **sygdomsgruppenspecifikke betragtninger** i forhold til omfanget og typen af indsatser. Billedet tegnes primært for indsatser i kommunerne, da dataindsamlingen har givet et begrænset indblik i indsatser udbudt på sygehuse og i almen praksis.

Diabetes

Diabetesområdet står på et stærkt grundlag, når det kommer til viden og antallet af indsatser udbudt. Området er godt understøttet af de **regionale Steno Diabetes Centre**. Dette ses både af billedet i 47 indsatser, der er identificeret i breddeafdækningen samt understøttes af de gennemførte interviews med centrale aktører.

Blandt de identificerede indsatser er der flere tværsektorielle udviklingsprojekter med repræsentation af blandt andre regionale Steno Diabetes Centre og en række kommunale rehabiliteringstilbud. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen viser desuden, at samtlige kommuner udbyder sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med type 2-diabetes (se Figur 8-10, i bilag 2). Kommunerne tilbyder generelt **sygdomsmestring, fysisk træning, tobaksafvænnning og tilbud om en ernæringsindsats** målrettet borgere med diabetes (se Figur 8-12 i bilag 2). Nogle kommuner angiver også at tilbyde andre indsatser til målgruppen. Flere kommuner fremhæver bl.a. samtale med en rådgiver vedrørende borgerens alkoholforbrug og indsatser vedrørende borgerens mentale sundhed såsom mindfulness og forløb i naturen. Desuden fremgår det, at kommunerne har rehabiliteringsindsatser, der favner bredere end det sundhedsfaglige. Eksempelvis nævnes indsatser til at støtte borgere i at mestre psykologiske eller sociale problematikker ved enten at tilbyde samtale med rehabiliteringssygeplejerske, socialrådgiver eller psykolog.

KOL

På KOL-området er der generelt et bredt udbud af sundhedsindsatser. Samlet er der i breddeafdækningen identificeret 44 indsatser målrettet borgere med KOL, hvoraf hovedparten er kommunale forebyggelses- eller rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med KOL. Det understøttes af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor samtlige kommuner angiver at tilbyde sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser til borgere med KOL (se Figur 8-10 i bilag 2).

Generelt er **fysisk træning, sygdomsmestring, tobaksafvænnning og ernæringsindsatser** målrettet borgere med KOL udbredt i kommunerne (se Figur 8-11 i bilag 2). I spørgeskemaundersøgelsen oplyser nogle kommuner, at træningen til borgere med KOL både tilbydes fysisk som holdtræning og online. Dertil tilbyder om trent hver fjerde kommune supplerende indsatser til borgere med KOL. Heraf oplyser nogle kommuner fx at tilbyde samtaler om alkoholforbrug og sundhedsfremmende indsatser såsom mindfulness og forløb i naturen. Dertil oplyser flere kommuner, at de har rehabiliteringsindsatser, der favner bredere end det sundhedsfaglige. Generelt oplyser kommunerne at have de samme supplerende indsatser til borgere med KOL, som det er tilfældet for borgere med diabetes. Det vidner om, at kommunale indsatser ofte har en bredere målgruppe end en bestemt kronisk sygdom, hvilket er i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Breddeafdækningen viser desuden, at der eksisterer en række indsatser, som anvender **teknologiske løsninger** til at levere eller understøtte indsatsen til borgere med KOL i form af hjemmetræning via tablets eller onlinevideoer samt udstyr til hjemmemonitorering og rådgivning på afstand. Dette behandles yderligere i afsnit 3.5.

Hjertesygdom

Der synes generelt at være et bredt udbud af sundhedsindsatser målrettet mennesker med hjertesygdom. I breddeafdækningen er der identificeret 44 indsatser henvendt til målgruppen, hvoraf hovedparten er forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i kommunerne. Der er også flere tværsektorielle projekter, der bl.a. søger at styrke deltagelse i hjerterehabilitering.

Samtlige kommuner tilbyder sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser til borgere med hjertesygdom (se Figur 8-10 i bilag 2). Herunder er **fysisk træning, sygdomsmestring, tobaksafvænnning og ernæringsindsats** målrettet borgere med hjertesygdom generelt udbredt i kommunerne (se Figur 8-14 i bilag 2). Ligesom det er tilfældet for rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med diabetes og KOL, angiver kommunerne, at de har andre indsatser til borgere med hjertesygdom. Kommunernes eksempler angivet i spørgeskemaundersøgelsen vidner om, at de kommunale supplerende indsatser er de samme som til borgere med KOL eller diabetes. Det dækker over indsatser om alkoholrådgivning og indsatser vedrørende borgerens mentale sundhed. Dertil tilbydes borgere støtte til at mestre psykologiske eller sociale problematikker.

Kræft

Kræftområdet dækker over **mange forskellige diagnoser, symptomer og aldersgrupper** sammenholdt med de mere specifikke sygdomsgrupper som KOL, diabetes og kroniske lænderygsmarter. Hovedparten af de 26 indsatser identificeret i breddeafdækningen er kommunale kræftherehabiliteringsindsatser. De få regionale indsatser, der er identificeret, vedrører digitale løsninger til at understøtte et kræftforløb, heriblandt PRO-skemaer til kræftopfølgning, apps til at understøtte kræftpatienter under og efter behandling samt hjemmeside til oplysning om livet med eller efter en kræftsygdom.

Rehabiliteringsindsatser til borgere med kræft er bredt udbredt i kommunerne. Samtlige kommuner tilbyder sundhedsfaglige indsatser til borgere med kræft, hvoraf stort set alle tilbyder **sygdomsmestring, fysisk træning, tobaksafvænnning og ernæringsindsatser** til målgruppen (se Figur 8-13 i bilag 2). Derudover tilbyder kommunerne andre indsatser, heriblandt oplyser enkelte kommuner, at de har tilbud med fokus på seksualitet og samarbejde med lokale patientforeninger. Dertil fremhæver kommunerne generelle tilbud om samtale om alkoholforbrug, mindfulness, forløb i naturen og tilbud om samtale med rehabiliteringssygeplejerske, socialrådgiver eller psykolog til at understøtte borgere med psykologiske eller sociale problematikker.

Generelt tegner breddeafdækningen et billede af, at hovedparten af de kommunale tilbud til borgere med kræft ikke er diagnosespecifikke. Et eksempel på, hvor der udbydes diagnosespecifik kræftrehabilitering til blandt andre borgere med brystkræft eller lungekræft i kommunalt regi, er i det tværkommunale samarbejde *Vi samler kræfterne* (se casekataloget – case nr. 3).

Kroniske lænderygsmærter

Indsatser målrettet borgere med kroniske lænderygsmærter er **relativt begrænsede**, og målgruppen tilbydes derfor ikke nødvendigvis målrettede tilbud. I breddeafdækningen er der fundet 18 indsatser målrettet borgere med kroniske lænderygsmærter, hvoraf hovedparten er kommunale indsatser. Nogle af disse er indsatser målrettet borgere med muskelskelet problemstillinger bredt set, herunder rygsmærter.

Generelt udbyder ikke alle kommuner sundhedsfaglige indsatser til borgere med kroniske lænderygsmærter inden for § 119 tilbud. Mens kommunerne tilbyder genoptræning efter sygehusophold til bl.a. borgere med lænderygsmærter, hvis de jf. § 140 i sundhedsloven har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 66 pct. af kommunerne har rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kroniske lænderygsmærter. Blandt disse kommuner udbyder flest **fysisk træning** (se Figur 8-15 i bilag 2). Dette understøttes af flere i interviews.

Organiseringen af området synes at være præget af en vis grad af tilfældighed og den enkeltes økonomiske situation i forhold til, hvilke(t) tilbud mennesker med kroniske lænderygsmærter bliver henvist til. Nogle går hos privatpraktiserende fysioterapeuter eller kiropraktorer, der kræver egenbetaling trods henvisning fra egen læge. Dette opleves at være en barriere for, at nogle i målgruppen får den rette hjælp, hvilket udfoldes nærmere i afsnit 3.6. Andre går på kommunale hold, og endelig får nogle borgere tilbud via regionale rygcentre eller private smerteklinikker. Der er således mange aktører (private, kommunale og regionale), der tilbyder indsatser, og det kan også være flere forskellige lovgivninger, som ligger til grund for borgerens henvisning. Denne organisering af området med mange mindre (og private) aktører udfordrer datadelingen og den fremadrettede kvalitetsudvikling af indsatserne på området.

Det fremhæves i interviews også, at der på nuværende tidspunkt kun indsamles data i Dansk Rygdatabase for den selekterede gruppe af borgere, der modtager behandling i hospitalsregi. En pointe der understøttes af, at relativt få kommuner oplyser at have en systematisk praksis for datadeling om indsatser målrettet borgere med kroniske lænderygsmærter internt såvel som eksternt (se Figur 8-22 i bilag 2).

Multisygdom

Indsatser målrettet borgere med multisygdom er **relativt begrænsede, men der pågår udvikling af indsatser** til målgruppen. Det skal her bemærkes, at der på nuværende tidspunkt ikke er udarbejdet nationale anbefalinger eller forløbsprogrammer i forhold til multisygdom. I breddeafdækningen er der da også kun identificeret 11 indsatser til målgruppen. I interviews påpeges, at

udvikling af indsatser målrettet borgere med multisygdom er organisatorisk udfordrende, da sundhedsvæsenet er specialeopdelt. På det regionale område kræver det derfor en klar definition af, hvem der har behandlingsansvaret for den pågældende borger, hvis flere samtidige sygdomme skal behandles til en konsultation. Der er på enkelte sygehuse en klinik målrettet behandling af patienter med multisygdom.

På både det regionale og kommunale område mangler der viden om, hvordan indsatser målrettet borgere med multisygdom bedst tilrettelægges, hvilket også understreges af, at der i breddeafdækningen er identificeret flere projekter, der afprøver indsatser til målgruppen og afdækker problemstillingen.

I seks ud af ti kommuner tilbydes borgere med multisygdom de **samme rehabiliteringsindsatser som borgere med en kronisk sygdom**. Flere kommuner beskriver, hvordan de tilpasser indsatsen til den enkelte borger i videst muligt omfang, fx ved at lade borgeren deltage i flere forskellige tilbud om sygdomsmestring, men blot en indsats med fysisk træning. Andre kommuner pointerer, at borgere i målgruppen tilbydes en rehabiliteringsindsats tilrettelagt med udgangspunkt i den kroniske sygdom, som fylder mest hos borgeren. Borgere rehabiliteres således til at kunne mestre hverdagen og sin sygdom. Det er ikke diagnosespecifikt, men gør sig gældende bredt for alle kroniske sygdomme.

I **almen praksis** beretter lægerne i interviews, at de ikke har en særlig indsats til målgruppen, men at de tager udgangspunkt i det hele menneske og netop forholder sig til dets samlede udfordringer. En læge fortæller fx, at han har tilrettelagt sin praksis, så han relativt ofte ser patienter med multisygdom til konsultationer af kort varighed, fordi han har erfaret, at målgruppen ofte kan have vanskeligt ved at huske mange samtidige informationer. Dertil er de relativt hyppige konsultationer velegnet til fx at afprøve medicinjusteringer ved mistanke om, at patienten oplever bivirkninger af medicinen. Det skal bemærkes, at det i forbindelse med overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner i 2022 blev aftalt et pilotprojekt, hvor nogle alment praktiserende læger får mulighed for at tilbyde patienter med kompleks multisygdom en særlig klinisk indsats, heriblandt en lang konsultation²⁴.

3.4 Afdækning af sammenhæng i forløb på tværs af sektorer

I nærværende afsnit redegøres for oplevelsen af, hvad der understøtter og udfordrer sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom på tværs af sundhedsvæsenets aktører.

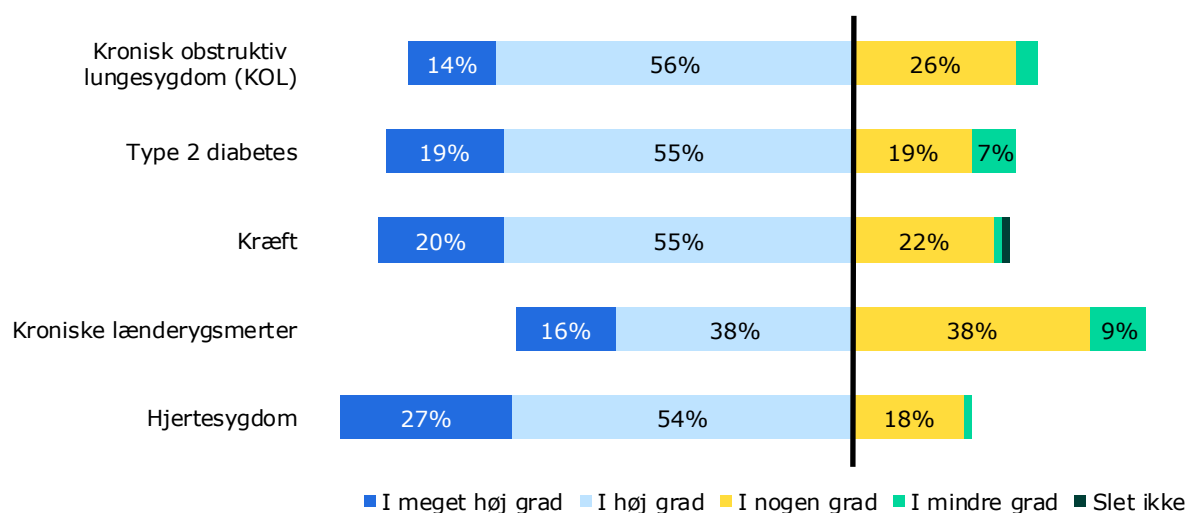
Sundhedsindsatser målrettet mennesker med kronisk sygdom i Danmark involverer en række forskellige aktører såsom læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter samt social- og sundhedsassistenter og hjælpere på tværs af sundhedsvæsenets sektorer; kommuner, almen praksis og sygehuse. For at sikre gode forløb for mennesker med kronisk sygdom er det væsentligt, at sundhedsvæsenets aktører **samarbejder, udveksler data og kommunikerer på tværs af sektorer**. I interviews fremhæves de regionale forløbsprogrammer²⁵ som understøttende for samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse, fordi de beskriver ansvarsfordelingen og giver mandat til at holde møder mellem aktører for at drøfte samarbejdet. Samtidig understreger flere aktører i interviews, at der fortsat pågår et arbejde med at implementere og revidere forløbsprogrammerne lokalt. Dertil nævnes, at der ligger et uudnyttet potentiale i at styrke sammenhængende forløb i forløbsprogrammerne, idet de endnu ikke understøttes af aktørernes elektroniske journalsystemer.

²⁴ Pilotprojekt vedrørende klinisk indsats for multisyge af 19-06-2021 i [Overenskomst om almen praksis 2022](#), PLO.

²⁵ Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe.

Adspurgt om kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere i hver sygdomsgruppe er sammenhængende med øvrige indsatser i samme og andre sektorer, svarer hovedparten, at det er tilfældet for borgere med KOL, diabetes, kræft og hjertesygdom, jf. figur 3-4. Tilsvarende oplever kun halvdelen af kommunerne, at indsatser målrettet borgere med kroniske lænderygsmærter er sammenhængende i kommunen og andre sektorer. Det vidner om, at der særligt på området for kroniske lænderygsmærter er **potentiale for at styrke og forbedre sammenhængen** i indsatser på tværs af primærsektoren (kommune og almen praksis) og sekundærsektoren. Der er også et potentiale for at forbedre sammenhængen for de øvrige sygdomsgrupper, idet 20-30 pct af kommunerne vurderer, at rehabiliteringsindsatser kun i nogen eller i mindre i grad er sammenhængende med indsatser internt såvel som eksternt i sektoren.

Figur 3-4: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme er sammenhængende med øvrige indsatser i samme og andre sektorer



Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygsmærter (N=56), da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... er sammenhængende med øvrige indsatser i samme og andre sektorer?

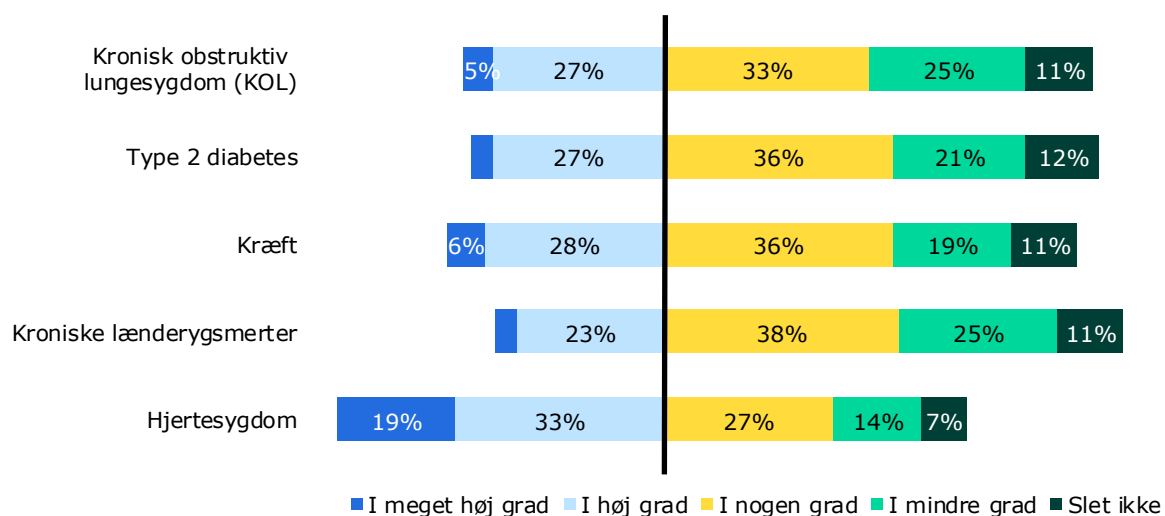
I interviews understreges **to forhold, der vanskeliggør arbejdet** med at styrke sammenhængende forløb for borgere på tværs af sundhedsvæsenet:

- Et forhold er den opdelte økonomi på tværs af kommuner og regioner. Det opleves, at der mangler midler til fælles aktiviteter til at understøtte sammenhængen, da de eksisterende midler opleves at være projektbårne.
- Et andet forhold er, at der ikke er umiddelbar adgang til sundhedsdata på tværs af sektorer qua forskellige elektroniske journalsystemer i kommuner, almen praksis og på sygehuse. Dette opleves at udfordre informations- og datadeling på tværs af sundhedsvæsenets aktører og dermed samarbejdet om at skabe smidige borgerforløb på tværs af sektorer. Her opleves en del juridiske barrierer ift. datadelingen.

Der er dog gode eksempler på, hvordan datadeling finder sted i den nuværende indsats rettet mod kroniske sygdomme, fx på **hjerterområdet**. I interviews fremhæves de regionale hjertedatabaser i Region Midtjylland (*HjerteKomMidt*) og Syddanmark (*HjerteSyd*), hvor data om kommunal hjerterehabilitering registreres i HjerteKomMidt og HjerteSyd, hvorfra data kan overføres til Dansk Hjer-

terehabiliteringsdatabase (DHRD). Her er således etableret en infrastruktur, der muliggør kommunal datadeling med øvrige sektorer (se casekataloget – case nr. 4). I den forbindelse understreges det dog, at datadelingen for nuværende er forbundet med ekstraarbejde i kommunerne, da de skal dokumentere i to systemer. Det indikerer potentiale for fremadrettet optimering af datadelingen på bl.a. hjerteområdet, hvilket allerede pågår idet KL og kommunerne er ved at implementere fælles kommunale datastandarder (FSIII) for § 119 og § 140 tilbud under sundhedsloven, således at indberetningen af data bliver integreret i eksisterende dokumentationssystem. Mere om denne problemstilling i kapitel 4, der beskriver eksisterende infrastruktur for datadeling.

Figur 3-5: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme systematisk deler data mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer



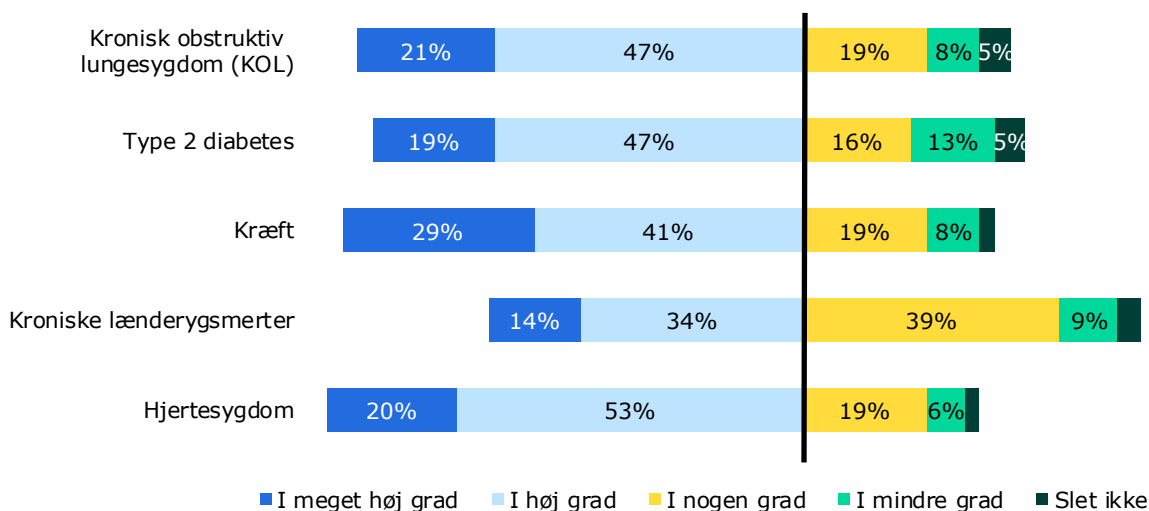
Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter (N=56), da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... systematisk deler data mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer?

Intern datadeling i kommunerne

Manglende deling af data internt i kommunerne, som fx datadeling internt mellem socialforvaltningen og jobcenteret, **udgør i mindre grad en udfordring**, end hvad der er tilfældet for den eksterne datadeling, fx med sygehuse. Det viser resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor omkring 70 pct. af kommunerne vurderer (jf. figur 3-6), at de systematisk deler data om sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med KOL, diabetes, hjertesygdom eller kræft mellem sundhedsprofessionelle ansat i kommunen. Tilsvarende gælder det kun for 50 pct. af indsatserne målrettet borgere med kroniske lænderygmerter.

For alle sygdomsgrupper synes der dog at være et **potentiale for at styrke understøttelse af systematisk datadeling**.

Figur 3-6: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme systematisk deler data mellem sundhedsprofessionelle internt



Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter (N=56), da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... systematisk deler data mellem sundhedsprofessionelle internt?

3.5 Brug af borgerrettede teknologiske løsninger til at understøtte forløb

I dette afsnit præsenteres resultater vedrørende brug af teknologiske løsninger, som mennesker med kronisk sygdom (evt. i samarbejde med sundhedsprofessionelle) kan anvende i forbindelse med deltagelse i en sundhedsindsats med henblik på at understøtte deres forløb.

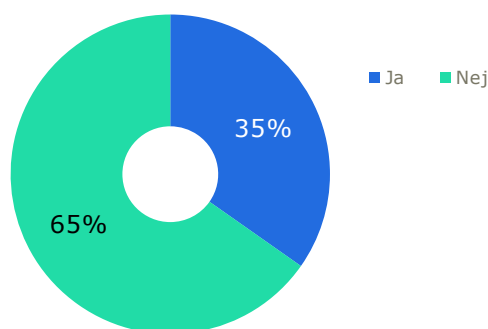
I breddeafdækningen er der identificeret en række borgerrettede teknologiske løsninger målrettet en eller flere sygdomsgrupper. Eksempler herpå er følgende:

- Nogle er landsdækkende som fx **telemedicinsk sårvurdering**, der bl.a. anvendes til at understøtte behandling af diabetesfødsår. Et andet eksempel er digitale forløbsplaner til at inddrage patienter med KOL, diabetes eller hjertesygdom i egen sygdom og behandling i almen praksis.
- Andre eksempler er lokale og anvendes i forebyggelses-, behandlings- eller rehabiliteringsindsatser. Det gælder fx **digitale patientuddannelser** målrettet blandt andre mennesker med hjertesygdom og type 2-diabetes eller hjemmesider med videoinstruktion til træningsøvelser til blandt andre mennesker med rygproblemer.
- Dertil anvendes en række **digitale løsninger som apps, tablets og måleudstyr** til at understøtte mestring af livet med kronisk sygdom og adfærdsændringer til borgere med kronisk sygdom, fx gennem rådgivning, påmindelse og hjemmemonitorering.
- Endelig anvendes **patientrapporterede oplysninger (PRO)** i tiltagende grad i forbindelse med behandlings- eller rehabiliteringsindsatser på sygehuse, i almen praksis eller i kommunen. Til sygdomme er der nationalt udviklede PRO-skemaer, fx til borgere med type 1- og type 2-diabetes. Til andre sygdomsgrupper er der udviklet og udbredt lokale PRO-skemaer, fx anvendes forskellige PRO-løsninger til opfølgning på forskellige kræfttyper i Region Midtjylland.

Til trods for at der eksisterer mange forskellige teknologiske løsninger til mennesker med kronisk sygdom, anvender hovedparten af de identificerede indsats i breddeafdækningen ingen borgerrettede teknologiske løsninger til at understøtte forløb²⁶. Adspurgte svarer to tredjedele af kommunerne, at de i **begrænset omfang anvender teknologiske løsninger i rehabiliteringsindsatser** til at understøtte borgerens forløb, jf. figur 3-7. Den præcise andel varierer for de enkelte sygdomsgrupper (se Figur 8-22 i bilag 2). Samlet indikerer det et potentiale for at undersøge muligheden for at udbrede borgerrettede teknologiske løsninger i kommunale rehabiliteringsindsatser.

På området for kroniske lænderygsmærter kan der være et særligt potentiale for at understøtte forløb digitalt i kommunerne. Det antydes, idet kun 19 pct. af rehabiliteringsindsatser til borgere med lænderygsmærter understøttes digitalt, mens tilsvarende gælder for 34-42 pct. af indsatsene målrettet borgere med KOL, diabetes, hjertesygdom eller kræft (se Figur 8-22 i bilag 2). Dette understøttes også af, at der i breddeafdækningen primært er identificeret indsats med digital understøttelse for mennesker med diabetes, KOL og hjertesygdom. For så vidt angår KOL-området, skal det bemærkes, at der snart implementeres en **national telemedicinsk indsats**, TeleKOL, der kan understøtte forløbet for nogle i denne målgruppe. Ligeledes skal en telemedicinsk indsats til mennesker med hjertesvigt, TeleHjerte, udbredes landsdækkende²⁷.

Figur 3-7: Gennemsnitlig andel kommuner, som anvender teknologiske løsninger til at understøtte borgerens forløb – samlet for alle sygdomsgrupper



Note: N=85. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... anvender særlige teknologiske løsninger, der understøtter borgerens forløb (fx telemedicinske løsninger, sms-beskeder, PRO-data)? Ja dækker over besvarelsene 'i meget høj grad' og 'i høj grad', nej dækker over besvarelsen 'slet ikke', 'i mindre grad' og 'i nogen grad'.

3.6 Den nuværende indsats med at reducere social ulighed i forløb

Dette afsnit beskriver resultaterne fra breddeafdækningen i forhold til status på det nuværende arbejde med at reducere social ulighed i forløb, herunder hvordan aktørerne har tilrettelagt tiltag og indsats for at reducere uligheden. Der vil også være et specifikt fokus på, hvordan teknologien og datadelingen påvirker betydningen af social ulighed i indsatsene.

I breddeafdækningen er der arbejdet med en **bred forståelsesramme af social ulighed** for derigennem at have en eksplorativ tilgang til, hvad der kunne afdækkes af projekter og initiativer. I afsnittet forstås social ulighed som værende en systematisk skævhed mellem befolkningsgruppers socioøkonomiske position (fx uddannelseslængde) og mål relateret til en given kronisk sygdom (fx

²⁶ Der har de senere år været fokus på at fremme mere behandling og rehabilitering i eget hjem ved brug af digitale løsninger. Også i regeringens seneste udspil til sundhedsreform er der fokus på teknologiske løsninger. Dette som et middel til at styrke det nære sundhedsvæsen, så flere mennesker kan få gode sundhedstilbud tæt på og i eget hjem. Se mere her: [Regeringen 202: Sundhedsreformen – Gør Danmark sundere](#).

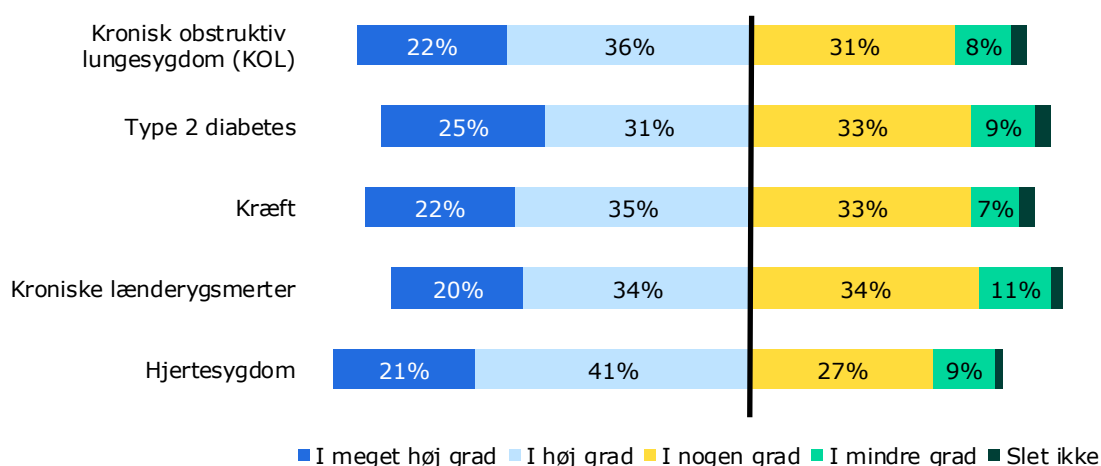
²⁷ Læs mere her om national udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt; [Telemedicin til borgere med hjertesvigt - Sundhedsdatastyrelsen](#).

forekomst eller overlevelse). De mål, der undersøges i denne rapport, er social ulighed i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte af sundhedsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom. Nærværende afsnit undersøger dermed ikke social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme, men undersøger initiativer til at mindske social ulighed i deltagelse, rekruttering og udbytte af sundhedsfaglige indsatser.

Breddeafdækningen viser, at eksisterende sundhedsindsatser i varierende grad **tilstræber at reducere social ulighed**. Nogle indsatser identificeret i breddeafdækningen tager i meget høj grad højde for at reducere social ulighed i forhold til rekruttering, deltagelse eller udbytte af indsatser, fx fordi disse indsatser har et dedikeret mål herom. Andre af de identificerede indsatser har ikke et dedikeret formål herom, men anvender initiativer, som kan være med at reducere social ulighed i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte af indsatsen.

Adspurgte om kommunerne tager højde for at reducere social ulighed, svarer flertallet, at de enten i nogen, i høj eller i meget høj grad tager højde for social ulighed ved at reducere barrierer for at borgere rekrutteres, deltager og får udbytte af kommunale sundhedsindsatser, jf. figur 3-8.

Figur 3-8: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme tager højde for social ulighed

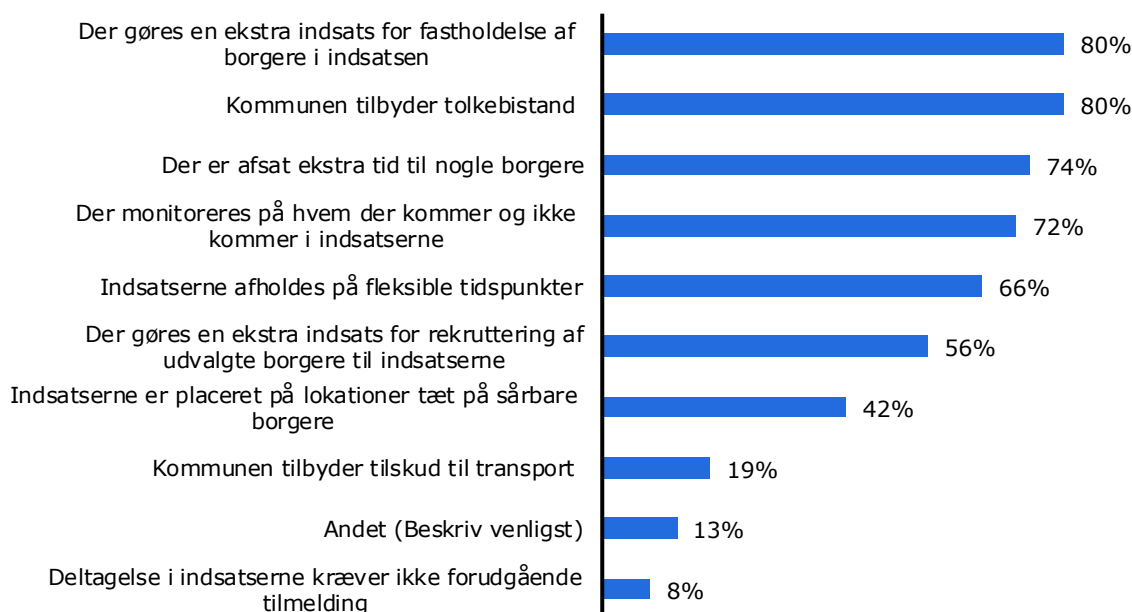


Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter (N=56), da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... tager højde for social ulighed ved at reducere barrierer i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte?

Konkrete initiativer til at reducere social ulighed i rekruttering, deltagelse og udbytte

Nedenstående figur viser kommunernes besvarelse af, hvilke initiativer de anvender til at reducere social ulighed i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte af kommunens forebyggelses- og sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom.

Figur 3-9: Initiativer til at reducere social ulighed, der benyttes i kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom



Note: N=85. Tallene kan summere til mere end 100 pct., da det har været muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: Hvilke af følgende greb anvender I til at mindske social ulighed i deltagelse og udbytte af kommunens forebyggelses- og sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom?

Kommunerne havde mulighed for at uddybe deres besvarelser, hvortil de beskrev en lang række konkrete initiativer. Her tydeliggøres det, at der anvendes forskellige initiativer, som er tilpasset den enkelte kommunes kontekst. Her har fx kommunens økonomiske råderum, demografiske problemstillinger og behov betydning for kommunens prioriteringer af tilbud. I overensstemmelse hermed viser interviews med regionale aktører, patientforeninger og almen praksis, at der anvendes en bred vifte af initiativer til at reducere social ulighed. Derfor præsenterer det følgende afsnit en **tematisering af initiativerne** i tre kategorier, henholdsvis tilgængelighed, rekruttering og fastholdelse samt individuelt tilrettelagte forløb. Temaerne er valgt på baggrund af det samlede datagrundlag i breddeafdækningen, hvor det tydeliggøres, at dette er de hyppigst anvendte initiativer til at reducere social ulighed i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte af indsatsen.

Tilgængelighed

Breddeafdækningen viser, at et af de mest anvendte initiativer til at reducere social ulighed i sundhedsindsatser er ved at **arbejde med tilgængeligheden** af indsatsen og sikre let adgang for alle borgere. Som det fremgår af ovenstående figur, tilbyder fire ud af fem kommuner tolkebistand (80 pct.), hvilket er med til at nedbryde sproglige barrierer for deltagelse i indsatser. Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at to ud af tre kommuner afholder indsatser på fleksible tidspunkter (66 pct.), hvilket kan gøre adgang til indsatserne lettere. Dette gælder særligt erhvervsaktive borgere, der ikke har fleksible arbejdstider, og som derfor kan have svært ved at deltage i indsatser i dagtimerne. Lidt under halvdelen af kommunerne svarer, at de har placeret indsatser tæt på sårbare borgere (42 pct.), og flere kommuner beskriver, hvordan de bevidst arbejder med boligsociale områder med en høj forekomst af sårbare borgere med mange sundhedsudfordringer. Ved at placere indsatser i nærområdet reduceres barrierer som transporttid og transportomkostninger og kan resultere i, at borgerne føler sig mere trygge ved at deltage i indsatsen, når det foregår i lokalområdet sammen med kendte ansigter. I tråd hermed fremhæver flere kommuner, at de har fokus på at

møde de socialt udsatte borgere²⁸ i deres nærområde ved fx at have lokalt placerede medarbejdere i de boligsociale områder eller ved at møde op på sociale væresteder for at tale med borgere og evt. informere om kommunens tilbud. Derimod er der relativt få kommuner (19 pct.), som nedbryder geografiske barrierer til kommunale sundhedsindsatser ved at tilbyde tilskud til transport.

Rekruttering og fastholdelse

Breddeafdækningen tydeliggør, at der anvendes flere forskellige initiativer, der omhandler rekruttering og fastholdelse af målgruppen i sundhedsindsatser. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at fire ud af fem kommuner gør en ekstra indsats for at **fastholde borgere i indsatsene**, jf. Figur 3-9 ovenfor. Konkret kommenterer nogle kommuner, at de "giver længere snor" til sårbare borgere i forhold til afbud og udeblivelse, eller at kommunen har en forløbskoordinator, som kan fungere som borgerens tovholder og hjælpe borgeren med at få et overblik og en forståelse for de forskellige indsatser. Andre kommuner nævner, at de anvender fastholdelsesgrupper ved afslutning af indsatser for at sikre, at den nye tilegnede viden fortsat bliver fastholdt i borgerens hverdag. Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at om trent tre fjerdedele af kommunerne monitorerer, hvilke borgere der kommer og ikke kommer i indsatsene. Disse data kan kommunerne bl.a. anvende, hvis en borger udebliver fra en sundhedsindsats, til at kontakte borgeren med et tilbud om en ny aftale. I interviews pointerer alment praktiserende læger, at de rigtig nok har redskaberne til at spotte, hvem der udebliver fra konsultationer, men at de hverken har reel tid eller hænder til at tage ud at opsøge dem, om end det ville være gavnligt. I stedet kan de ringe eller skrive til borgerne, men erfaringen er her, at de sjældent får noget ud af det.

Sluttelig viser spørgeskemaundersøgelsen, at lidt over halvdelen af kommunerne gør **en ekstra indsats i forhold til rekruttering**, fx via opsøgende arbejde og ved at samarbejde med aktører på socialområdet og jobcentre ved at afholde sundhedssamtaler og sundhedscaféer for at komme i kontakt med udsatte borgere. Dertil arbejder flere kommuner sideløbende med at skabe synlighed af deres indsatser på fx sundhed.dk²⁹.

Et andet eksempel er, når kommunerne indkalder en borger henvist fra sygehuse eller almen praksis til **en afklarende samtale** (se evt. mere herom i afsnit 3.1) med henblik på at tale med borgerne om deres motivation og behov for et kommunalt tilbud og med udgangspunkt heri sammensætte et individuelt forløb. Denne henvisningspraksis til en afklarende samtale reducerer ikke social ulighed i sig selv, men understøtter et bedre samarbejde mellem almen praksis og kommunen om sårbare patienter, idet kommunen kan være opsøgende over for målgruppen på baggrund af henvisningen. Det udtrykker alment praktiserende læger i interviews. Samtidig pointerer de, at nogle henviste patienter med kronisk sygdom til trods for et klart fagligt behov ikke deltager i kommunale sundhedsindsatser, fordi ingen i sidste ende kan "tvinge" mennesker til at møde op. De skal selv opleve et behov for det. I forlængelse heraf påpeges det i interviews med flere regionale aktører, at det er centralt, at den sundhedsprofessionelle på sygehuse og i almen praksis italesætter over for mennesker med kronisk sygdom (og et behov for en kommunal indsats), at deres forløb fortsætter i kommunen. En forudsætning for det er, at sundhedsprofessionelle på sygehuse og i almen praksis har **kendskab til de relevante rehabiliterings- og forebyggelsesindsatser** i deres lokalområde.



De fleste indsatser med at opspore og forbedre indsatsen for patienter med kronisk sygdom forstærker social ulighed. Vi hjælper de raske.

Alment praktiserende læge

²⁸ Det skal bemærkes, at vi bruger flere begreber, fx "socialt udsatte borgere" og "sårbare borgere" – som udtryk for, at informantene bruger forskellige betegnelser, når vi har gennemført interviewene.

²⁹ Sundhed.dk arbejder på at skabe et nyt overblik over kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser, der målrettes almen praksis og sygehus med henblik på at optimere antallet af henvisninger herfra til afklarende samtaler.

Egenbetaling til fx fysioterapi opleves desuden som en central barriere for, at patienter med kroniske lænderygsmærter deltager i indsatsen, selvom de er henvist. I interviews beretter de alment praktiserende læger samstemmigt, at de oplever, at nogle patienter med kroniske lænderygsmærter med behov for fysioterapi ikke gøre brug af henvisninger til det, fordi de ikke har råd til at betale den egenbetaling, der er. Disse patienter får ofte ikke trænet på egen hånd og kommer gentagne gange i almen praksis med samme problematik, uden at lægen kan hjælpe patienten tilstrækkeligt, fordi de ikke kan henvise patienterne til vederlagsfri fysioterapi.

Individuelt tilrettelagte indsatser/forløb

Et tredje gennemgående tema er, at kommuner tilbyder individuelt tilrettelagte indsatser for at imødekomme borgernes individuelle behov og udfordringer, hvilket kan være med til at højne borgerens udbytte af indsatsen. Eksempelvis fremhæver kommuner, at de tilbyder individuelle forløb til sårbare borgere, hvor den sundhedsprofessionelle **tilpasser indsatsen til den enkelte borgers problemstillinger**. Andre kommuner beskriver, hvordan afdelingslederne kan bevilge kørsel under særlige omstændigheder som fx hvis en borger har begrænsede økonomiske ressourcer, nedsat funktionsevne i forhold til gangfunktion eller mentale udfordringer. Tilskud til kørsel anvendes dog i relativt begrænset omfang i kommunerne, jævnfør figur 3.9. Derimod afsætter cirka tre fjerdedele af kommunerne ekstra tid til nogle borgere (74 pct.). Eksempelvis fordi borgeren har flere problemer, der skal belyses på samme tid. På sygehusene og i almen praksis er der færre muligheder for at individualisere en indsats på samme måde. Hertil påpeger alment praktiserende læger, at aflønningen fungerer som en **barriere** for at tilbyde længere og mere fleksible konsultationer. Flere alment praktiserende læger forklarer, at der er indført kronikerhonorar, hvilket betyder, at lægene får et engangsbeløb pr. patient med visse kroniske sygdomme, uanset hvor mange konsultationer lægen har med patienten³⁰. Dette påpeges ikke at give incitament for den alment praktiserende læge til at holde flere konsultationer, selvom det fx kan være relevant for patienter i forbindelse med, at de diagnosticeres med diabetes, hvor lægen skal informere patienten om meget, hvilket kan virke som overvældende for nogle patienter.

Teknologiske løsninger og datadelings påvirkning af social ulighed i indsatser

Dataindsamlingen har vist en række forskelligartede teknologiske og digitale løsninger, fx apps til enten informations- eller datadeling eller digitale løsninger, hvor borgere monitorerer sygdomsindikatorer og data deles med sundhedsprofessionelle. Breddeafdækningen tegner et billede af, at teknologiske løsninger kan være med til at **øge den sociale ulighed** i forhold til deltagelse og udbyttet af sundhedsindsatser, fordi det kræver en vis grad af ressourcer og egenomsorg at anvende de teknologiske løsninger. Eksempler på tilfælde, hvor teknologiske løsninger forstærker social ulighed i deltagelse, er bl.a. sikkerhedsmæssige hensyn i forbindelse med brug af en digital løsning, fordi det ekskluderer borgere uden et NemID/MitID i at anvende løsningen. På samme måde fortæller en patientforening, at flere telemedicinske løsninger kun udbydes på dansk, og dermed bliver borgere, der ikke taler dansk, automatisk ekskluderede. Det er særligt problematisk, hvis der ikke er et alternativ til tilbuddet. Selvom monitorering stiller også krav til det enkelte menneskes tekniske kompetencer og tro på, at det kan mestre det tekniske/dataaflysningen efter oplæringen. Hvis mennesker med kronisk sygdom ikke opfylder forudsætningerne for at anvende en teknologisk løsning, kan de blive ekskluderet fra løsningen, hvilket favoriserer de ressourcestærke og resulterer i social ulighed i deltagelse. Her kan teknologiske løsninger til brug for monitorering af egne værdier også kræve, at borgeren er i stand til at handle, hvis data ændres. Hvis det er tilfældet, kan det også føre til social ulighed i deltagelse,



Går teknologi og minimering af social ulighed hånd i hånd? Nej, der vil være nogle, som bliver sat af, når vi tager teknologiske løsninger i brug, bl.a. hvis de skal logge ind med NemID.

Patientforening

³⁰ Jf. §86 i overenskomst om almen praksis.

da teknologien kun forsvarligt kan tilbydes mennesker med en vis grad af ressourcer og handlekraft. Der skal derfor sikres opmærksomhed på, at de, der ikke kan profitere af disse løsninger, også tilbydes en indsats.



Hvis man vil have fat i KOL-patienter med apps, så får man ikke fat i de sværest syge patienter, men mere dem som har det mildt til moderat, da man skal have overskud til at navigere rundt i det digitale, når man har det dårligt.

Forsker

Resultaterne fra breddeafdækningen tegner et billede af, at nogle målgrupper får mere gavn af de digitale løsninger end andre. Som beskrevet ovenfor er det oftest **de mest ressourcestærke**, der bliver tilbudt den teknologiske løsning, og oftest er det også de ressourcestærke, der får det største udbytte af de teknologiske løsninger. Hermed får de ressourcestærke mulighed for at monitorere egne værdier, som de så kan tale med sundhedsprofessionelle om til kontroller, hvorimod de mindre ressourcestærke ofte ikke har fået målt egne værdier og derfor ikke kan profitere af løsningen, men tværtimod i interviews beskrives at skamme sig over, at de ikke har fået det gjort.

Samme tendens oplever de interviewede alment praktiserende læger i forhold til brug og udbytte af **digitale forløbsplaner** til patienter med type 2-diabetes, hjertesygdom eller KOL³¹. Det er de ressourcestærke patienter, som i forvejen har overskud til at yde egenomsorg, der takker ja til tilbuddet og benytter det.

Et eksempel på, hvor de teknologiske løsninger kan være med til at reducere social ulighed, er blandt **immobile mennesker med kronisk sygdom**, fx mennesker med KOL i svær grad. Disse mennesker kan have gavn af de teknologiske løsninger, da de ofte har fysiske udfordringer, som gør det vanskeligt for dem at forlade hjemmet. Flere interviewpersoner giver også udtryk for, at teknologiske løsninger kan **reducere den geografiske ulighed** i adgangen til sundhedsindsatser, fordi det for nogle mennesker med kronisk sygdom er besværligt, dyrt og måske forbundet med usikkerhed i forhold til egen helbredstilstand at transportere sig til og fra sundhedstilbud. Der peges også på, at mennesker med kronisk sygdom, som stadig er tilknyttet arbejdsmarkedet, kan have gavn af teknologiske løsninger, da det ofte er tidsbesparende, samtidig med at de ofte har de nødvendige tekniske kompetencer.

3.7 Opsamling på nuværende organisering og omfang af sundhedsindsatser

Nærværende afsnit sammenfatter viden, der er præsenteret i foregående afsnit om eksisterende sundhedsindsatser målrettet mennesker med udvalgte kroniske sygdomme.

Breddeafdækningen viser, at hovedparten af kommunerne følger **anbefalinger for forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom** og **de sygdomsgruppespecifikke nationale og regionale anbefalinger til rehabiliteringsindsatser**. Det viser resultater fra spørgeskemaundersøgelse præsenteret i afsnit 3.1.

Afholdelse af en afklarende samtale med en borger inden opstart i et kommunalt tilbud er en udbredt praksis i kommunerne, hvilket er en del af anbefalingerne. Der er dog også potentiale for at styrke implementeringsgraden af nogle af de nationale anbefalinger for forebyggelsestilbud. Det gælder for det første systematisk monitorering af hvert forebyggelsestilbud, hvor der for nuværende er væsentlige forskelle i, hvorvidt de fem forskellige typer af tilbud følges og udvikles systematisk i kommunerne. Derudover oplever nogle kommuner udfordringer med rekruttering og fastholdelse af borgere med kronisk sygdom i forebyggelsestilbuddene. Endelig er der potentiale for at styrke brugen af henvisningsblanketten på sygehuse og i almen praksis, da kommunerne i meget varierende grad oplever, at blanketten anvendes til at henvise borgere med kronisk sygdom til en kommunal sundhedsindsats.

³¹ Evaluering af digitale forløbsplaner: https://www.medcom.dk/media/12436/digitale-forloebplaner_evaluering-maj-2020_muusmann.pdf

Generelt er **omfanget af sundhedsindsatser og viden om disse** større for diabetes, KOL, hjertesygdom og kræft, end det er tilfældet for kroniske lænderygsmærter og multisygdom.

Fordelingen af breddeafdækningens identificerede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser målrettet mennesker med de udvalgte kroniske sygdomme viser, at sygdomsspecifikke indsatser generelt udbydes i hele landet. Dertil vidner breddeafdækningen om, at indsatserne både udbydes af kommuner, almen praksis, sygehuse og i enkelte tilfælde af patientforeninger. Dog er hovedparten af de identificerede indsatser fra kommunerne og overblikket over kommunale indsatser mest dækkende grundet de metodiske forhold i breddeafdækningen.

Der synes at være et potentiale for at styrke tilbud til mennesker med kroniske lænderygsmærter, da en tredjedel af kommunerne ikke har sundhedsfaglig rehabilitering til målgruppen, samt at alment praktiserende læger oplever, at nogle patienter i målgruppen ikke får den rette hjælp, da de ikke har råd til egenbetalingen til fysioterapeut eller kiropraktor.

Der er desuden potentiale for at styrke tilbud til mennesker med multisygdom, da størstedelen af kommunerne ikke har indsatser til målgruppen, hvorfor borgere i disse kommuner må følge flere parallelle forløb. Der mangler viden om, hvordan indsatser til mennesker med multisygdom bedst tilrettelægges både i kommunalt og regionalt regi.

Vidensgrundlaget om indsatser målrettet mennesker tilhørende hver sygdomsgruppe følger samme tendens som for antallet af identificerede sundhedsindsatser. I breddeafdækningen er der identificeret flest publikationer (analyser, evaluering mv.) vedrørende diabetes-, KOL-, hjerte- og kræftområdet sammenholdt med kroniske lænderygsmærter og multisygdom. Dette indikerer et behov for at styrke vidensgrundlaget om indsatser målrettet mennesker med kroniske lænderygsmærter og multisygdom.

Sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom har været et centralt fokus i breddeafdækningen. Fund fra de forskellige datakilder viser, at de regionale forløbsprogrammer understøtter samarbejdet om borgerens forløb på tværs af sektorer. Samtidig viser afdækningen, at implementeringen af forløbsprogrammerne fortsat pågår. Der synes derfor at være et potentiale for at styrke sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom ved at understøtte implementeringen og videreudviklingen af forløbsprogrammerne yderligere.

En udfordring for sammenhængende forløb er mangel på tværsektoriel datadeling. En central barriere her er, at der kun i begrænset omfang er etableret integration og teknologiske løsninger, der muliggør denne datadeling mellem de forskellige elektroniske journalsystemer på tværs af kommuner, almen praksis og sygehusene. Der er dog eksempler på, at datadeling på tværs af sektorer er mulig i dag (se dette uddybet i kapitel 4).

Breddeafdækningen dokumenterer, at der eksisterer **en række forskellige teknologiske og digitale løsninger**, som kan anvendes af mennesker med kronisk sygdom til at understøtte deres forløb og mestring af egen kronisk sygdom.

Samtidig tegner breddeafdækningen et billede af, at hovedparten af de eksisterende sundhedsindsatser ikke anvender teknologiske løsninger til at understøtte indsatser til mennesker med de udvalgte kroniske sygdomme. Konkret vidner resultaterne fra breddeafdækningen om et potentiale for at udbrede brugen af borgerrettede teknologiske løsninger til at understøtte borgernes forløb, idet en relativt høj andel af kommunerne anvender dette i begrænset omfang. Dertil kan der være

et særligt potentiale i at udbrede teknologiske løsninger til mennesker med kroniske lænderygsmærter eller multisygdom, eftersom der er færre kommuner, der anvender digitale løsninger til at understøtte borgere med disse sygdomsgrupper, end det er tilfældet for de øvrige sygdomsgrupper.

Digitale og teknologiske løsninger **kan påvirke den sociale ulighed negativt**. Det skyldes, at det kræver basale kompetencer, herunder it-kompetencer, samt en vis grad af ressourcer og egenomsorg at anvende teknologiske løsninger. Breddeafdækningens fund indikerer, at der kan opstå social ulighed i forhold til, hvilke borgere der bliver rekrutteret og deltager i en indsats, som anvender borgerrettede teknologiske løsninger, samt i hvilket omfang borgeren får udbytte af at deltage i indsatsen. En tendens til, at de mere ressourcestærke mennesker med kronisk sygdom får størst gavn af indsatser, der anvender borgerrettede teknologiske løsninger, opleves af sundhedsprofessionelle og er i nogle tilfælde også dokumenteret.

Eksisterende sundhedsindsatser tager i varierende grad højde for at reducere social ulighed i forhold til at rekruttere borgere og deres deltagelse i og udbytte af indsatsen. Nogle indsatser identificeret i breddeafdækningen har et dedikeret fokus på at reducere barrierer for, at borgere fx profiterer af en indsats. Andre indsatser har ikke et dedikeret formål herom, men flere af disse anvender initiativer som formodentlig medvirker til at reducere social ulighed i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte af indsatsen. Uanset formålet er der i breddeafdækningen **identificeret initiativer til at reducere social ulighed**. Heraf kan de hyppigst initiativer kategoriseres i følgende tre temaer: tilgængelighed (sprog, placering af tilbud og fleksible tidspunkter), rekruttering (fastholdelse, monitorering og opsøgende aktiviteter) og individuelt tilrettelagte forløb (ekstra tid og tilpasning af indsatsens indhold og forløb).

4. TEKNOLOGISK UNDERSTØTTELSE OG DATADELING I DEN NUVÆRENDE INDSATS

Dette kapitel har til formål at etablere et overblik over eksisterende infrastrukturer og teknologier, der danner et fundament for nuværende og fremtidig teknologisk understøttelse og datadeling af forløb for mennesker med kronisk sygdom. Kapitlet omfatter anden del af breddeafdækningen, der med udgangspunkt i identificeret litteratur og anbefalinger herfra samt viden fra interviews skal skabe **overblik over det nuværende systemlandskab**.

Borgere med kronisk sygdom har ofte et komplekst sygdomsbillede og er i kontakt med flere forskellige aktører på tværs af sundhedsvæsenet. De går måske i et ambulans forløb på deres lokale sygehus, samtidig med at de modtager forskellige indsatser i kommunalt regi og sideløbende også går til tjek hos deres alment praktiserende læge, som typisk har patientansvaret for patienter med kronisk sygdom. De er således i tæt kontakt med sundhedsvæsenet via flere forskellige aktører og vil derfor på flere forskellige områder kunne have gavn af, at man i sundhedsvæsenet blev endnu bedre til at understøtte forløb teknologisk og dele sundhedsdata.

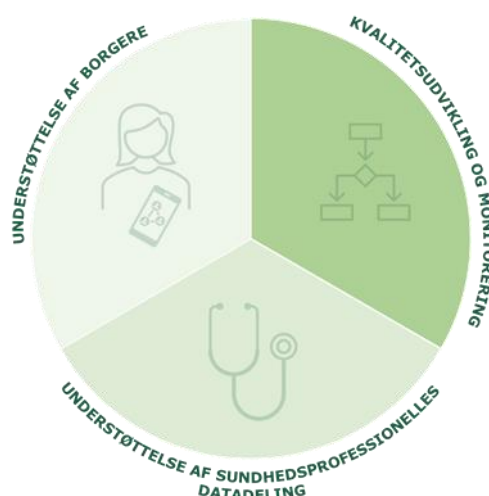
En stor del af den identificerede infrastruktur (jf. figur 2-5 i bilag 3) er ikke udviklet med det specifikke formål at adressere behovet hos mennesker med kroniske sygdomme, men idet mennesker med kronisk sygdom ofte har mange kontakter med sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, har de et øget behov for, at sundhedsprofessionelle koordinerer og samarbejder på tværs. Forudsætningerne for det videre arbejde med at understøtte udvikling af løsninger inden for teknologi og datadeling i sundhedssektoren er generelt gode i Danmark, da der allerede eksisterer et stærkt fundament af infrastruktur på området, og da sundhedsprofessionelles arbejdsgange i høj grad er digitalt understøttede³².

Digitale systemer og brug af sundhedsdata er i den forbindelse et middel til at opnå den bedst mulige og mest målrettede indsats for borgerne. Formuleret forenklet er der brug for (i) **adgang til sundhedsdata og viden på tværs** baseret på identiske standarder, (ii) **koordination og deling** og (iii) **tidstro datadeling**, så de fagprofessionelle og borgerne ikke skal sende viden/data videre, men har adgang til de relevante data i deres lokale journalsystem.

På baggrund af de gennemgåede analyser og rapporter tegner der sig et billede af særligt tre analytisk adskilte, men naturligt sammenhængende anvendelseskontekster, hvor såvel data som teknologi kan understøtte forløb for borgere med kronisk sygdom på følgende måde (jf. figur 4.1):

- 1) **Borgerniveauet, patient-empowerment:** Dette tilbyder borgere med kronisk sygdom mulighed for at kunne varetage mere behandling og/eller indsats hjemmefra samt giver dem mulighed for i højere grad at tage ejerskab over deres liv med kronisk sygdom
- 2) **Koordinering af forløb mellem sundhedsprofessionelle:** En øget teknologisk understøttelse og datadeling mellem de sundhedsprofessionelle på

Figur 4-1: De tre anvendelseskontekster



³² Med lov skal data deles. Smukt. Enkelt. Og meget komplekst, Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 2022.

tværs af sektorer kan sikre sammenhæng og kvalitet i indsatsen for borgere med kronisk sygdom.

- 3) **Kvalitetsudvikling og monitorering af indsatser:** En øget monitorering og datadeling af indsatser kan føre til højere kvalitet i indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom.

Dette kapitel indledes med en beskrivelse af infrastruktur- og systemlandskabet. Dernæst følger en status på anvendelsen af teknologi og datadeling i den nuværende indsats med udgangspunkt i de tre anvendelseskontekster. Herunder fremdrages, hvad relevante undersøgelser udpeger af udfordringer og potentialer på området, samt hvad der allerede er igangsat for at adressere dette, og hvor der fortsat er mangler.

4.1 Eksisterende infrastruktur og systemer

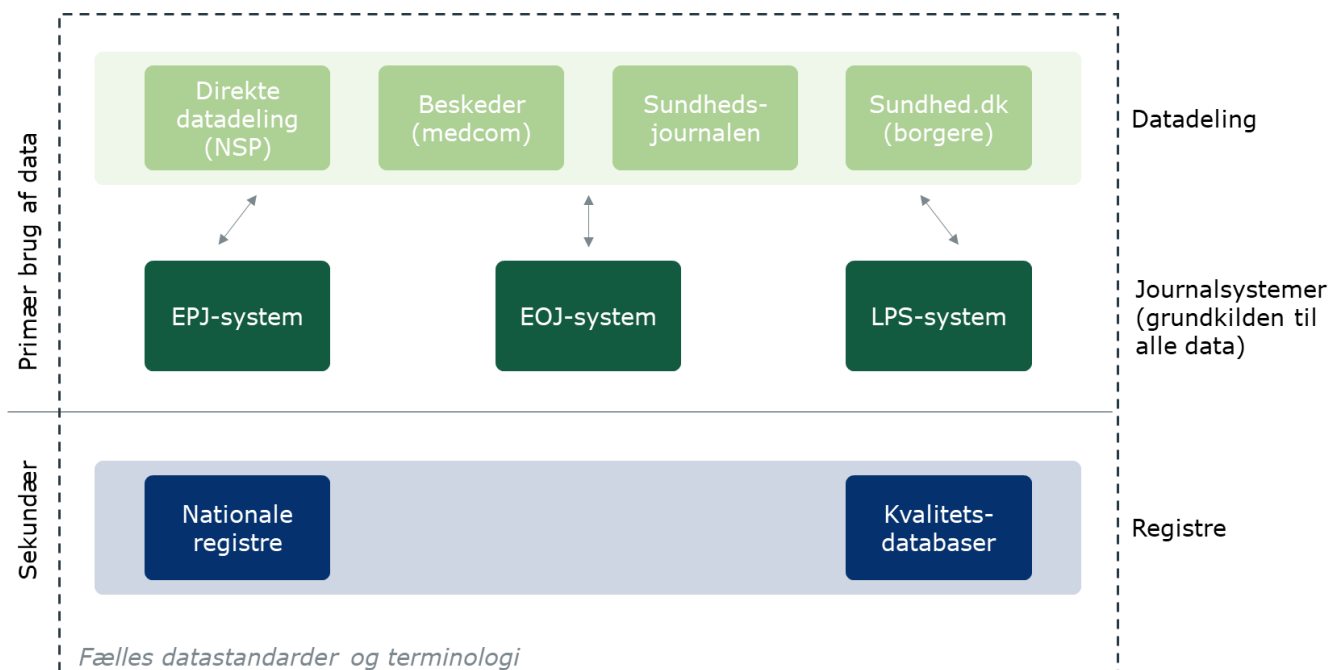
Sundhedsområdet har allerede en høj modenhed med en veludbygget infrastruktur, der sikrer en aktiv brug og deling af sundhedsdata til gavn for patienterne. Sundhedsprofessionelle i både kommuner, regioner og almen praksis betjener sig dagligt af deres elektroniske journalsystemer, hvor sundhedsdata og informationer om borgeren gemmes i det lokale journalsystem. Dette følger, at sundhedsprofessionelle ifølge loven har pligt til at føre journal over de patienter og borgere, de tilser og behandler. **De elektroniske journalsystemer** i de forskellige sektorer er således grundkilden til alle sundhedsdata. På sygehusene har man elektroniske patientjournalsystemer (EPJ-systemer), i kommunerne er der elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ-systemer), og de praktiserende læger benytter sig af forskellige lægepraksissystemer (LPS-systemer).

Som det er i dag, foregår størstedelen af datadelingen mellem sektorer i form af de **MedCom-standardiserede meddelelser** som fx epikriser, henvisninger og udskrivningsrapporter, der sikrer, at den nødvendige information og sundhedsdata følger borgerens overgang mellem de forskellige sektorer. Denne form for beskedbåret kommunikation er særlig uhensigtsmæssig, når en patient har mange kontakter til forskellige sundhedsaktører og flere samtidige behandlingsforløb, som det ofte er tilfældet for borgere med kronisk sygdom, da den ikke muliggør den nødvendige koordination af borgerens forløb³³. I stedet er der behov for tidstro datadeling mellem de forskellige systemer, så de sundhedsprofessionelle kan danne sig et overblik over de ofte komplekse forløb. Eksempler på teknologiske løsninger, der sikrer denne tidstro datadeling, er eksempelvis medicinoplysninger (FMK) og den fælles aftaleoversigt, der sikrer adgang til sundhedsdata, der er med til at skabe overblik over borgerens samlede forløb.

I figuren på næste side er illustreret den eksisterende infrastruktur og centrale teknologiske løsninger. Figuren illustrerer i det øverste lag primær brug af sundhedsdata, som dækker over brugen af data i patientbehandlingen, og hvilke systemer og datadelingsløsninger der her er centrale. Den nederste del af figuren illustrerer sekundær brug af data, hvor sundhedsdata bruges til mere strategiske formål som fx styring og prioritering eller i forbindelse med forskning og den videre udvikling af behandling.

³³ Deloitte 2014: Digital understøttelse af relevante arbejdsgange på tværs af sundhedsvæsenet (udarbejdet for SUM/NSI/Digitaliseringsstyrelsen).

Figur 4-2: Central infrastruktur og teknologiske løsninger



I figuren er angivet væsentlig infrastruktur i forhold til at understøtte **datadelingen målrettet borgerne**, hvor sundhed.dk og sundhedsjournalen er de centrale løsninger, der samler relevante sundhedsdata for den enkelte borger. I forhold til datadeling mellem de enkelte journalsystemer er det værd at nævne NSP (Den Nationale Serviceplatform), der netop er en infrastruktur, der muliggør datadelingen på tværs af de forskellige journalsystemer i kommuner, regioner og almen praksis.

Infrastrukturen til understøttelse af den sekundære brug af data udgøres typisk af forskellige **kvalitetsdatabaser og nationale registre**. Fx Landspatientregisteret (LPR3), som er sundhedsvæsenets mest centrale register og indeholder data om alle danskernes kontakt til det regionale sygehusvæsen (overført fra EPJ-systemerne) eller FLIS (Fælles Kommunal Ledelsesinformation), der er en infrastruktur til samling af kommunale rådata fra alle kommuner. Formålet med datadelingen er her ledelsesudvikling, kvalitetsudvikling, forskning og strategisk udvikling af området.

Infrastrukturen og journalsystemerne er fundamentet for at datadele, mens **standarder og klassificeringer** er med til at ensrette indberetningen af data. Fuldt udnyttelse af datadeling fordrer derfor fælles datastandarder, hvis data fx skal bruges til kvalitetsudvikling. Dette udfordres dog af, at der grundlæggende registreres forskelligt fra sektor til sektor. Dette ses i forskellen på brugen af diagnoser (sygehusregistrering) versus brugen af tilstandsvurderinger (kommunal registrering), hvor de to sæt af klassifikationer udtrykker forskellige tilgange til patienten/borgeren og deraf afledt forskellig registreringspraksis³⁴. Også almen praksis adskiller sig her fra kommunal og regional registrering ved at have anderledes kodepraksis og datastandarder på området, da de følger deres patienter hele deres liv på tværs af kroniske og kortvarige lidelser, og dette afspejler sig i registreringen af data³⁵.

³⁴ Deloitte 2019: Foranalyse vedrørende kommunale sundhedsdata: national indberetning og anvendelse i kvalitetsarbejde.

³⁵ Lakeside 2020: National dataindberetning fra praksissektor og kommuner.

Boks 4-1 Overblik over væsentlige nationale, teknologiske løsninger og initiativer, der danner fundamentet for samarbejde og datadeling på tværs af sundhedsvæsenet. Udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen og opdelt på de tre anvendelseskontekster jf. figur 4.1.

Løsninger til understøttelse af borgernær sundhed

Virtuelle konsultationer fx via videokonsultationer, e-mailkonsultationer og apps, giver borgere i alle egne af Danmark mulighed for at få let og fleksibel digital adgang til sundhedsvæsenet. Særligt i praksissektoren medførte COVID-19 en accelereret udrulning af videokonsultationer, så alle patienter i Danmark nu kan tilbydes videokonsultation med deres egen læge og speciallæge via Min Læge-appen. Der eksisterer allerede i dag en digital infrastruktur til videoløsninger, som benyttes bredt i sundhedsvæsenet.

Telemedicinske løsninger giver borgere med kroniske sygdomme mulighed for at monitorere deres egen sundhedstilstand i hjemmet. Landsdækkende tilbud om telemedicinske løsninger udrulles til borgere med KOL i løbet af 2023, og der er også en løsning på vej til borgere med hjertesvigt. De nationale løsninger er baseret på Fælles Understøttelse af Telemedicin (FUT) infrastruktur. Den fælles infrastruktur gør, at den enkelte telemedicinske løsning kræver mindre funktionalitet, da byggeklodserne ligger i infrastrukturen. Det er infrastrukturen, der har ansvaret for at opbevare data og for at dele dem nationalt fx via KIH-databasen.

Patientrapporterede oplysninger (PRO) er oplysninger om patientens selvvalgte helbredstilstand, der indsamles i struktureret form via spørgeskemaer, som patienten besvarer. PRO-data understøtter dels, at borgere i højere grad kan behandles hjemme, og dels forbedret kommunikationen mellem patienten og sundhedsprofessionelle. Der findes allerede en digital infrastruktur til PRO, som fremadrettet også kan understøtte deling af PRO-data på tværs af sektorer med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb. I 2023 vil brug af PRO i behandling af borgere med diabetes og hjerterehabilitering afprøves. På længere sigt kan PRO-data sammenkoblet med avanceret teknologi (fx kunstig intelligens) anvendes som beslutningsstøtte for sundhedspersonalet i forbindelse med behandling.

Løsninger til understøttelse af sundhedsprofessionelles datadeling

Et samlet patientoverblik er en del af en fælles national infrastruktur, som muliggør deling af udvalgte relevante informationer om borgerne på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger på samme vis, som det kendes fra det Fælles Medicinkort (FMK). I løbet af 2022 og 2023 lanceres en fælles aftaleoversigt for borgere på tværs af regioner, kommuner, praktiserende læger og speciallæger, ligesom der deles stamoplysninger såsom kontaktoplysninger på patienter og pårørende. Der vil også blive etableret løsninger til at dele patienters planer på tværs af aktørerne, herunder indsatser, mål og diagnoser. Fx udskrivningsaftaler på psykiatriområdet, forløbsplaner for patienter med KOL og diabetes samt genoptræningsplaner. Endvidere etableres et diagnosekort i almen praksis, som skal give læge og patient et retvisende billede af patientens aktuelle helbredstilstand og tidligere betydningsfulde hændelser, tilstande m.v.

Praksisleverandørernes Service Platform (PLSP) er en it-plattform for udvikling af nye it-løsninger til alment praktiserende læger, hvor data fra de forskellige lægepraksissystemer opsamles og videredistribueres. PLSP understøtter bl.a. Digitale forløbsplaner. Digitale forløbsplaners formål er at give patienter med kroniske lidelser et bedre overblik over deres behandlingsforløb. Der er udviklet og implementeret digitale forløbsplaner til patienter med type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og iskæmisk hjertesygdom. PLSP'en vil også fremadrettet blive anvendt til sekundær anvendelse jf. nedenstående.

Løsninger til understøttelse af kvalitetsudvikling og monitorering

Sundhedsdata på tværs er et nationalt dataværktøj under udvikling i Sundhedsdatastyrelsen, der skal understøtte samarbejde, kvalitetsudvikling og planlægning af indsatser på tværs af sygehuse, kommuner og alment praktiserende læger, fx i regi af de nye sundhedsklynger. Dette gøres ved at udstille en lang række eksisterende nationale sundhedsdata i form af indikatorer i en samlet dataløsning, fx forløb og genindlæggelser for borgere med kronisk sygdom.

Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen (DDNS) Der indsamles mange sundhedsdata i nationale registre og kliniske kvalitetsdatabaser særligt fra sygehuse. Der findes imidlertid mindre viden om den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats og indsatsen hos alment praktiserende læger, hvor en stor del af indsatsen for borgere med kronisk sygdom er forankret. Med sundhedsreformen er der afsat midler til DDNS, der skal sikre grundlag for systematisk og ensartet indberetning og udstilling af data fra kommuner og almen praksis til brug for samarbejdet og sammenhængen i det nære sundhedsvæsen bl.a. ift. kvalitetsudvikling, styring og opfølgning.

fortsættelse af boks 4-1. Overblik over væsentlige nationale, teknologiske løsninger og initiativer, der danner fundamentet for samarbejde og datadeling på tværs af sundhedsvæsenet. Overblikket er udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen og er opdelt på tre anvendelseskontekster.

Løsninger til understøttelse af kvalitetsudvikling og monitorering - fortsat

Fælles sprog III (FSIII) er udviklet af kommunerne og KL og er en fælleskommunal datastandard til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje, som består af klassificerede tilstande (*beskrivelse af borgernes udfordringer*) og indsatser (*hvad kommunen gør ift. udfordringer*). Klassifikationen, som også kaldes FSIII, er taget i brug i alle kommuner. Datastandarden vil bl.a. understøtte flere og mere ensartede data om de kommunale indsatser. Samtidig er der udviklet klassificerede tilstande og indsatser til kommunernes sundhedsfremme og forebyggelsestilbud (sundhedslovens § 119), som på sigt kan give viden om kommunernes tilbud og indsatser for borgere med kronisk sygdom, når denne implementeres.

KLGateway er en teknisk snitflade, der kan videredistribuere FSIII data fra de 98 kommunale omsorgssystemer til samarbejdspartnere, fx Sundhedsdatastyrelsen og på sigt også RKKP og Danmarks Statistik. Det vil således være muligt at koble data om de kommunale indsatser med øvrige registre og få et bedre billede af det samlede forløb på tværs af sektorer for bl.a. mennesker med kronisk sygdom.

4.2 Teknologi og datadeling i relation til de forskellige anvendelsesperspektiver

Som anført indledningsvist i kapitlet er der flere forskellige anvendelsesperspektiver i forhold til teknologisk understøttelse og anvendelse af sundhedsdata til at sikre bedre forløb for mennesker med kronisk sygdom. Dette afsnit indeholder en status på de forskellige anvendelsesperspektiver og beskriver de væsentligste udviklinger og udfordringer i relation til teknologi og datadeling baseret på de evalueringer og analyser, som indgår i vidensafdækningens desk research.

Teknologi og datadeling på borgerniveauet

På borgerniveauet foregår datadeling mellem borgere og sundhedsprofessionelle. Formålet er her at give borgerne adgang til egne patientoplysninger og give mulighed for i højere grad at selvmonitore deres udvikling hjemmefra og indrapportere data til de sundhedsprofessionelle. Dette åbner for muligheder i forhold til at mestre egen sygdom bedre. I nogle tilfælde får pårørende også adgang til data og mulighed for at tage del i borgerens forløb. Dette kan have betydning for de borgere, der gennemgår komplicerede forløb, og som har gavn af den ekstra støtte.

Perspektiverne i forhold til dette anvendelsesperspektiv er allerede berørt i afsnit 3.5, men i dette afsnit fastholdes fokus på den underliggende infrastruktur, der muliggør dette.

Datadeling mellem borgere og sundhedsprofessionelle kan foregå ved, at borgeren selv indsamler data fra eget forløb og indberetter gennem fx apps, tablets og måleudstyr, eller ved at sundhedsprofessionelle indberetter data fra borgerens forløb, som derefter kan tilgås af borgeren via en fælles platform. Der eksisterer her **flere forskellige infrastrukturer og platforme**, der understøtter denne form for datadeling.

Det førstnævnte eksempel ses fx i løsningen *KIH XDS Repository*, der kan opsamle og dele hjemmemålinger og patientrapporterede data fra fx PRO-skemaer direkte til journaliseringssystemene hos almen praksis, kommunen og regionen via en KIH-plattform. Derudover eksisterer *PLSP (Primærsektorens Leverandør Service Platform)*, der er en fælles it-plattform for udvikling af nye it-løsninger til almen praksis. Denne platform er en del af Sundhedsdatastyrelsens nationale delingsinfrastruktur. Det er i den sammenhæng arbejdet med digitale forløbsplaner og Min Læge-appen ligger. Derudover er der også en *fællesoffentlig telemedicinsk infrastruktur*, der er under udvikling.

Hvilket på sigt betyder, at der vil være en infrastruktur til digital understøttelse af telemedicinske indsatser.

Perspektiverne for borgerrettede digitale løsninger til understøttelse af egen mestring af kronisk sygdom er mange, fordi den telemedicinske infrastruktur skaber en fælles platform, hvor (fremtidige) borgerrettede digitale løsninger kan opkobles. Dertil indeholder infrastrukturen genanvendelige elementer (microservices) til bl.a. datadeling, som kan gøre udviklingen af digitale løsninger billigere og kan understøtte sammenhængende borgerforløb, da oplysninger om borgerne vil blive tilgængelige for de sundhedsprofessionelle på tværs af sundhedsvæsenet sektorer.

Ovenstående eksempler repræsenterer nogle af de væsentligste udviklinger inden for datadeling på borgerniveauet frem til i dag. Vidensafdækningen viser, at infrastrukturen og de relevante platforme et langt stykke hen ad vejen er udviklede og tilgængelige. Dog er der et betydeligt behov for at få bygget og testet nye konkrete løsninger og ikke mindst at afdække de forskellige sygdomsgruppers behov i relation til at få afdækket, hvordan de bedst understøttes digitalt, og hvilke dele af forløbet der med fordel vil kunne understøttes teknologisk.

Desuden peger flere rapporter på det stigende behov for **beskyttelse af borgerens data**, i takt med at teknologien og infrastrukturen avanceres, og at datadeling foregår mere og mere på tværs af sektorer. Selvom der allerede findes løsninger på dette ved eksempelvis at begrænse adgangen til data til de mest relevante og direkte involverede aktører i borgerens forløb eller ved løbende at indsamle samtykke fra borgeren, er dette en fortsat en udfordring og en foreløbig begrænsning for den tværgående datadeling. I arbejdet med datadeling på borgerniveau er det derfor væsentligt i udviklingen af løsninger fremover at indtænke og adressere denne problemstilling.

Datadeling og koordinering af forløb mellem sundhedsprofessionelle

Data- og vidensdeling mellem de sundhedsprofessionelle er afgørende for, at de kan understøtte et sammenhængende forløb for den enkelte borger og have det rette beslutningsgrundlag for at kunne igangsætte handling eller en indsats.

En af nøgleudfordringerne på området er, at denne tidstro datadeling ikke altid er mulig, da de elektroniske journalsystemer i de forskellige sektorer ikke er integrerede. Dette kompliceres yderligere af, at der i hver sektor anvendes flere forskellige leverandører og udgaver af systemet. I interviews bliver det pointeret, at der er **store potentialer** i forhold til at kunne understøtte denne datadeling på tværs af de elektroniske journalsystemer bedre. Når en borger eksempelvis ankommer til en kommunal akutfunktion, kan relevante sundhedsdata fra sygehus eller egen læge ikke tilgås digitalt, men skal indhentes telefonisk³⁶.

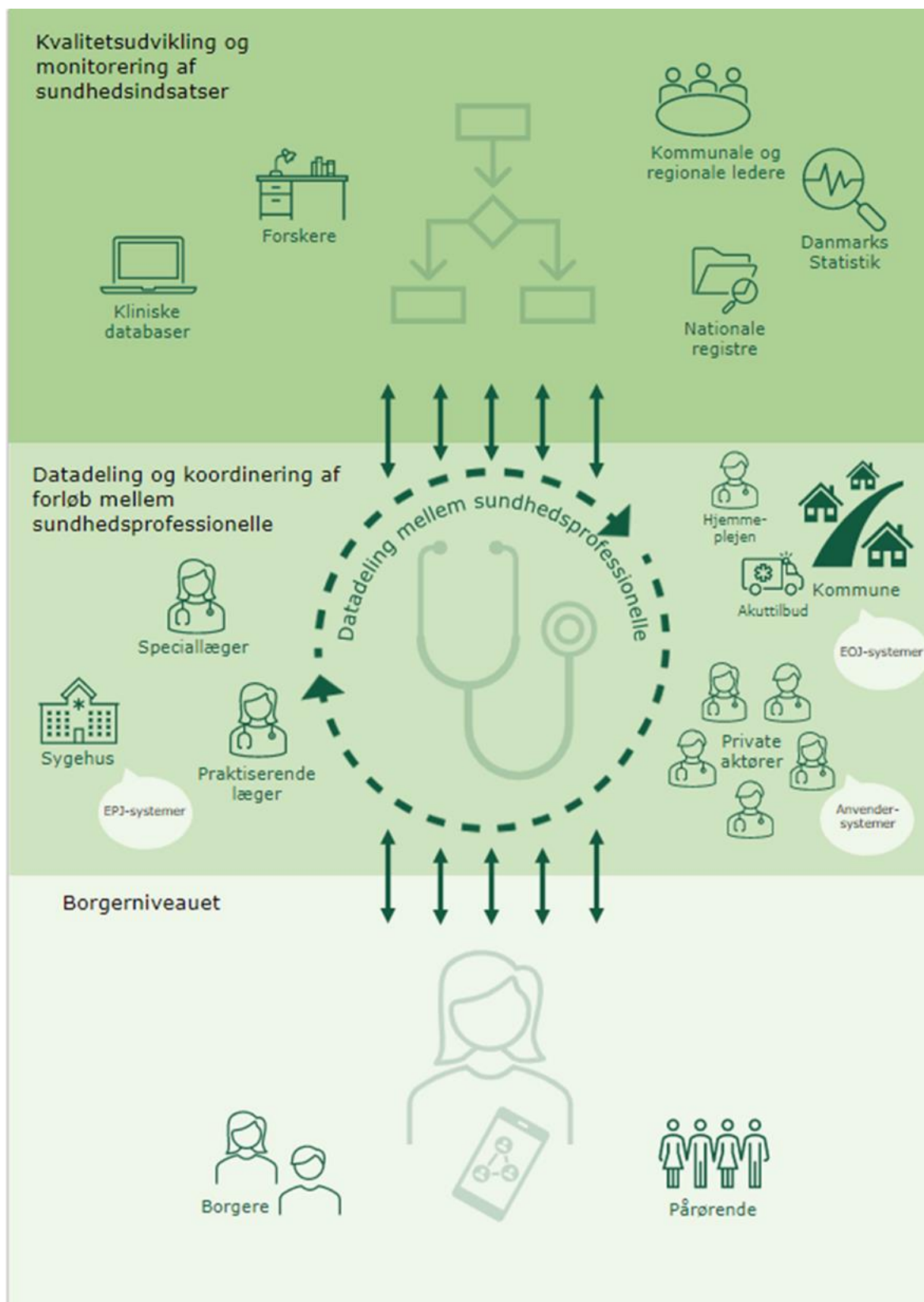
Det skal i den forbindelse understreges, at der sker en del på området i form af pilottests af forskellige løsninger, hvor man fx får "kigge-adgang" fra kommuner i de regionale EPJ-journaler, uden at der er en egentlig integration. I arbejdet med at sikre bedre datadeling mellem de eksisterende journalsystemer er der dog behov for et stigende fokus på, hvordan teknologien kan bygge bro mellem de eksisterende systemer og muliggøre datadeling. Dette kan ske på flere forskellige måder. En løsning kan være, at der bygges integrationer direkte mellem journalsystemerne. En udfordring i denne sammenhæng er dog, at **datastandarder og registreringspraksis er forskellig** i de forskellige sektorer, hvilket udfordrer den direkte integration mellem de forskellige elektroniske journalsystemer.

En anden løsning er at udvikle teknologiske løsninger, der deler tidstro data på tværs af de forskellige sektorer, hvilket der i vidensafdækningen er identificeret flere eksempler på. Et af de bedste

³⁶ IQVIA, 2021; Kommunernes adgang til Sundhedsjournalen: behov og mulighed for levering af data.

eksempler på en sådan datadeling er **Det Fælles Medicinkort (FMK)**, der er integreret i journal-systemerne i de forskellige sektorer og sikrer adgang til tidstro information om borgerens medicin for de sundhedsprofessionelle. Der er også igangsat flere projekter under det flerårige program *Samlet Patientoverblik*, herunder fx **Fælles Stamkort**, der har til formål at skabe teknologisk understøttelse af komplekse patientforløb på tværs af sektorer. Senest er der udviklet en **Aftaleoversigt**, hvor sundhedsprofessionelle kan tilgå data om borgerens aftaler med sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer og koordinere det videre forløb for borgeren. Det er sådanne løsninger, der kan være med til at understøtte mere sammenhængende forløb for borgere med mange kontakter til sundhedsvæsenet. Den nationale infrastruktur NSP (Den Nationale Serviceplatform) muliggør denne datadeling på tværs af de forskellige journalsystemer i kommuner, regioner og almen praksis, men der er behov for at udvikle flere teknologiske løsninger, der deler data på tværs.

Figur 4-3: Sundhedsvæsenets systemlandskab og mulighederne for datadeling



Note: Ovenstående figur illustrerer de tre anvendelsesperspektiver, relevante aktører på de tre niveauer samt behovet og mulighederne for datadeling mellem de tre niveauer.

Derudover er det en udfordring, hvilket også er fremhævet i interviews, at der på grund af organiseringen i fem forskellige regioner bliver udviklet **mange lokale løsninger**, som reelt modsvarer de samme udfordringer nationalt. Der ses derfor potentialer i forhold til fremadrettet i højere grad at kunne udnytte allerede udviklede løsninger til datadeling samt sørge for, at der er national infrastruktur tilgængelig til de forskellige datadelingers behov, så der sikres ensretning på tværs af regioner, almen praksis og kommuner. En generel pointe er i den sammenhæng, at der fremadrettet vil være et stort arbejde i at få afklaret og konsolideret datastandarder og kvalitetsmål for de borgere og forløb, der går på tværs af sektorer.

Et opmærksomhedspunkt er i denne sammenhæng, at der opstår nye behov for beskyttelse af borgerens persondata, når der skal datades på tværs af sektorerne. Dette er afgørende for at bevare borgerens tillid til brugen af data. Her er det endnu en gang relevant at se på tværgående løsninger til samtykke og databeskyttelse, så borgeren nemt kan tillade og frabede sig datadeling inden for specifikke områder og funktioner.

Teknologi og datadeling i forhold til kvalitetsudvikling og monitorering

Datadeling i forhold til kvalitetsudvikling og monitorering har det overordnede formål at give ledere, forskere og beslutningstagere et solidt datagrundlag til brug for den strategiske udvikling af sektoren samt kvalitetsudvikling og forskning i forhold til udvikling af indsatser og tilbud. Udover den fremadrettede styring af området bruges data også mere lokalt til at kvalitetsudvikle de forskellige indsatser og behandlingstyper. Typisk indsamles data i nationale registre og databaser gennem praktiserende læger og hospitalers eksisterende it-værktøjer og systemer, fx gennem EPJ-systemerne, der automatisk indberetter data til de forskellige nationale registre.

De fleste kliniske databaser er 'født' ud af **sygehussektoren**, hvor der er en stærk tradition for at arbejde med forskning og data som grundlag for den videre patientbehandling. Mange sundhedsdata i sygehussektoren indberettes fra EPJ-systemerne til Landspatientregisteret og de mange forskellige kliniske kvalitetsdatabaser, der eksisterer. **Almen praksis** arbejder også i dag med anvendelsen af egne data til kvalitetsudvikling i regi af det kvalitetsarbejde, der foregår i samarbejder under Kvalitet i Almen Praksis (KiAP)³⁷. Analyser viser, at der for kvalitetsudviklingen i såvel praksissektoren som i det bredere sundhedsvæsen er en række gevinster ved at få nationale data i forhold til aktiviteterne i praksissektoren. Gevinsterne forventes særligt at centrere sig om klynge-samarbejdet³⁸ og for udvikling af kvaliteten i almen praksis og samarbejdet med de øvrige aktører i det nære sundhedsvæsen. Der bliver indberettet få data fra praksissektoren til Landspatientregisteret, og der arbejdes på at udvikle dette inden for en årrække³⁹. Derudover indsamles der data fra almen praksis til nogle kliniske kvalitetsdatabaser, idet data fra de implementerede forløbsplaner for KOL, type 2-diabetes og iskæmisk hjertesygdom indberettes til kliniske kvalitetsdatabaser⁴⁰.



Det er vigtigt, når man skal arbejde med kvalitet, at man har tidstro data, ellers hjælper det ingenting.

Kommunal leder

Der er ikke samme tradition i **kommunerne**, hvor arbejdet med opsamling af data fra de kommunale EOJ-systemer er mere umodent. Der er fx store udfordringer med at trække data ud af de kommunale omsorgsjournaler, hvorfor der i denne sammenhæng vil være et stort udviklingspotentiale, hvis man fremadrettet ønsker at arbejde mere systematisk med kvalitetsudvikling og monitorering af indsatser.

³⁷ Lakeside 2020: National dataindberetning fra praksissektor og kommuner.

³⁸ Læs mere om klynge-samarbejdet her: <https://kiap.dk/kiap/klynge/om/om.php>.

³⁹ Deloitte 2019: Foranalyse vedrørende kommunale sundhedsdata: national indberetning og anvendelse i kvalitetsarbejde.

⁴⁰ Lakeside 2020: National dataindberetning fra praksissektor og kommuner.

Den nationale standard **Fælles Sprog III** er et initiativ fra KL og kommunerne på sundheds- og ældreområdet, der netop skaber udgangspunkt for en ensartet national registreringspraksis på det kommunale område. Det påpeges dog i flere rapporter, at sundhedsprofessionelle i både almen praksis og i akutmodtagelsen vurderer, at standarden for Fælles Sprog III ikke er fyldestgørende i forhold til deres behov for at kunne tilgå kommunale sundhedsoplysninger. Konkret mangler de sundhedsprofessionelle fx information om intensitet og hyppighed af en given indsats, hvilket for nuværende ikke er obligatorisk at dokumentere⁴¹. I den sammenhæng er det relevant at nævne, at Fælles Sprog III alene er en delmængde af den samlede kommunale dokumentation på sundheds- og ældreområdet. Fælles Sprog III som standard vurderes derimod som brugbar i forhold til ledelsesinformation og styring af det kommunale område.

I den sammenhæng er det også værd at nævne, at der er en central infrastruktur under udarbejdelse. **KL Gateway**, der endnu ikke er i fuld anvendelse, har til formål at sikre videredistribution af de kommunale data til nationalt niveau og på sigt stille data til rådighed på tværs af kommuner til brug for statistik og ledelsesinformation og på sigt relevante kliniske databaser. Kommunerne ser mange muligheder i at kunne koble analyser af egne sundhedsdata med fx diagnoser og bl.a. blive bedre til at identificere, hvilke lidelser der fordrer et stort ressourcetræk i kommunen, eller som kan være med til at nedbringe antallet af akutte og forebyggelige genindlæggelser ved at blive bedre til at måle og kvalitetsudvikle deres rehabiliterende indsatser⁴². **Potentialerne** er mange, men der udestår stadig et arbejde i forhold til at få defineret de relevante kvalitetsstandarder på mange områder og få systemunderstøttet dataindberetningen.

Det pointeres af flere informanter i interviews, at det i den videre udvikling af løsninger på området er centralt, at sundhedsprofessionelle ikke skal dobbeltdokumentere for at kunne dele data med andre. Dette er i dag tilfældet i forbindelse med flere kvalitetsdatabaser, hvor medarbejderne skal sætte tid af til at dokumentere de samme værdier i flere systemer. Der ses her potentialer fremadrettet i forhold til at sikre en bedre systemunderstøttelse af datadelingen. En øget integrering af eksisterende teknologier, datadelingsværktøjer og platforme og en bedre sammenhængskraft mellem de forskellige kan være med til at frigøre tid til kerneopgaven for de sundhedsprofessionelle.

4.3 Opsamling på teknologisk understøttelse og datadeling i den nuværende indsats

Nærværende afsnit sammenfatter viden, der er præsenteret i de foregående afsnit om eksisterende infrastruktur og systemer, der kan understøtte relevant datadeling og teknologisk understøttelse af sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom.

Den systemmæssige infrastruktur skal fungere som et middel til at muliggøre bedre deling af sundhedsdata og information om mennesker med kronisk sygdom og herigennem opnå den bedst mulige behandling og de mest sammenhængende forløb.

Potentialerne for udvikling af **borgerrettede digitale løsninger til understøttelse af egen mestring af kronisk sygdom er mange**, og vidensafdækningen peger på, at infrastrukturen og de relevante platforme et langt stykke hen ad vejen er udviklet og tilgængelige. De nuværende platforme understøtter flere forskellige eksisterende løsninger, hvor data deles mellem borgere og sundhedsprofessionelle som fx apps, PRO-skemaer, digitale forløbsplaner og hjemmemålinger. Derudover er der også en fællesoffentlig telemedicinsk infrastruktur under udvikling, der på sigt vil kunne understøtte telemedicinske løsninger til flere forskellige sygdomsgrupper. Der er derfor et stort potentiale i forhold til at få udviklet og testet nye løsninger til brug for datadeling og ikke

⁴¹ IQVIA, 2021; Kommunernes adgang til Sundhedsjournalen: behov og mulighed for levering af data; Carve 2019: Dataunderstøttelse af kommunale akutfunktioner.

⁴² Lakeside 2020: National dataindberetning fra praksissektor og kommuner.

mindst at få afdækket de forskellige sygdomsgruppers behov i relation til, hvordan de bedst understøttes digitalt. I forbindelse med denne videre udvikling af nye løsninger til deling af data er det vigtigt at have fokus på beskyttelse af borgerens sundhedsdata og de juridiske aspekter, der ligger heri.

Som det er i dag, foregår størstedelen af datadelingen mellem sundhedsprofessionelle i de forskellige sektorer i form af MedCom-standardiserede meddelelser, der sikrer, at den nødvendige information og sundhedsdata følger borgerens overgang mellem sektorer. Denne form for beskædbåret kommunikation er særligt uhensigtsmæssig, når en borger har mange kontakter til forskellige sundhedsaktører og flere samtidige behandlingsforløb, som det ofte er tilfældet for borgere med kronisk sygdom.

For at **sikre de sundhedsprofessionelles overblik over de mere komplekse forløb, er der brug for tidstro datadeling mellem journalsystemerne** i de forskellige sektorer. Dette er dog generelt en udfordring, da systemerne i de forskellige sektorer som udgangspunkt ikke er integreret med hinanden. Derudover registreres der grundlæggende forskelligt fra sektor til sektor, da der er forskellige datastandarder. Denne forskel på registreringspraksis skal derfor kortlægges og håndteres, når der bygges nye teknologiske løsninger til datadeling mellem sektorerne.

Der ses dog flere gode eksempler på teknologiske løsninger, der sikrer tidstro deling af sundhedsdata på tværs af de forskellige sektorer. Både mere generelle sundhedsdata som status på medicin (FMK) og overblik over patientens forskellige aftaler (aftaleoversigten), og der er i vidensafdækningen også identificeret bud på mere diagnosespecifikke løsninger, der deler data for helt specifikke patientgrupper (se casekataloget – case nr. 1). Den nationale infrastruktur NSP (Den Nationale Serviceplatform) muliggør denne datadeling på tværs af de forskellige journalsystemer, og der ses et stort potentiale i forhold til fremadrettet at arbejde for at understøtte denne tidstro datadeling bedre på tværs af sektorer.

Derudover bliver der udviklet flere lokale løsninger på fx regionalt niveau, som reelt modsvarer de samme udfordringer nationalt. Der ses derfor potentialer i fremadrettet i højere grad at kunne udnytte allerede udviklede løsninger til datadeling og skalere dem op til nationalt plan, så der sikres ensretning på tværs af regioner, almen praksis og kommuner.

Datadeling til brug for kvalitetsudvikling og monitorering af den overordnede udvikling af sundhedsvæsenet foregår oftest ved at indsamle data i registre og databaser gennem praktiserende lægers og hospitalers eksisterende it-værktøjer og systemer. Udover den fremadrettede styring af området bruges uddata fra journalsystemer også til mere lokalt at kvalitetsudvikle de forskellige indsatser og behandlingstyper.

Der er stor forskel på praksis og modenhed, når det kommer til registrering, indberetning og brug af data i de forskellige sektorer. Sygehusene har en lang historik for at registrere og bruge data til forskning og kvalitetsarbejde, mens dette arbejde er mere umodent i almen praksis og i kommunerne. Almen praksis arbejder også i dag med anvendelsen af egne data til kvalitetsudvikling, og der indberettes nogle data til kliniske kvalitetsdatabaser.

I kommunalt regi er arbejdet med data og opsamling af data mere umodent. Den nationale standard Fælles Sprog III er et initiativ igangsat af KL og kommunerne på sundheds- og ældreområdet, der netop skaber udgangspunkt for en ensartet national registreringspraksis. Formålet er her at understøtte et nationalt overblik og styring af det kommunale område.

Her er det også værd at nævne, at der er en central infrastruktur, der inden længe kan ibrugtages. KL Gateway, der har til formål at sikre videredistribution af de kommunale data til nationalt niveau og på sigt stille data til rådighed på tværs af kommuner til brug for statistik og ledelsesinformation. Potentialerne er mange, men der udestår stadig et arbejde i forhold til at få defineret de relevante kvalitetsstandarder på mange områder og få systemunderstøttet dataindberetningen.

5. PRÆSENTATION AF UDVALGTE CASES

Formålet med dybdeafdækningen er at kvalificere og nuancere resultaterne fra breddeafdækningen ved at beskrive og analysere udvalgte indsatsers indhold, organisering og oplevede virkning⁴³ for de deltagende borgere med kroniske sygdomme, herunder også erfaringer med drivkræfter og barrierer for implementering af indsatserne. Der stilles i de konkrete casebeskrivelser skarpt på de forskellige cases' kerneelementer for på den måde at tydeliggøre, hvordan der specifikt er arbejdet med den særlige udfordring eller problemstilling, som den konkrete case har fokus på. Dette skal bidrage til den videre dialog og prioritering af området i task forcen.

De udvalgte cases er alle indsatser og projekter, som er blevet identificeret i forbindelse med breddeafdækningen. Casene udgøres af både **perspektivrige sundhedsfaglige og sociale indsatser** samt **udviklingsprojekter** med fokus på teknologi og data, der alle kan være med til at inspirere og tydeliggøre potentialer og behov i forhold til at reducere social ulighed og sikre bedre sammenhæng og kvalitet i forløb for borgere med kronisk sygdom.

Cases er udvalgt ud fra kriterier beskrevet i tekstboksen nedenfor på en workshop med en række myndigheder og eksperter, jf. casebilaget.

Boks 5-1: Kriterier for udvælgelsen af cases

Casene er udvalgt på baggrund af en screening af resultaterne fra breddeafdækningen med udgangspunkt i nedenstående kriterier:

- Det vurderes, at indsatserne eller projekterne i høj grad fokuserer på social ulighed, teknologisk understøttelse eller datadeling – samtidig med at indsatsen eller projektet vurderes at have høj effekt eller oplevet positiv værdi for målgruppen.
- Der er afvejet hensyn til udbredelsespotentialer og mulighederne for generisk anvendelse, repræsentation af de forskellige kroniske sygdomsgrupper samt bred geografisk afspejling.
- Der er afvejet hensyn til at sikre en variation i de udvalgte cases, så dybdeafdækningen kan bruges til at udfolde fremtidsperspektiverne bredt i forhold til de relevante temaer.

I nedenstående tabel ses fordelingen af de udvalgte cases i forhold til sygdomsgrupper og geografisk spredning.

Tabel 5-1: Oversigt over de udvalgte cases

Titel	Beskrivelse	Sygdom	Involverede aktører*
Samblik	En digital løsning til deling af sygdomspecifikke data mellem sundhedsprofessionelle, der behandler mennesker med type 2-diabetes. Sundhedsprofessionelle kan bruge den digitale løsning til at få et fælles overblik over behandling og samarbejds muligheder	Type-2 diabetes (løsning til KOL under udvikling)	Region Midtjylland og Steno Diabetes Center Aarhus, læge og sygeplejerske i almen praksis, hjemme- eller diabetessygeplejerske i kommunen og læge og sygeplejerske på relevant sygehusafdeling

⁴³ Som det fremgår af de enkelte casebeskrivelser, er flere fortsat i en tidlig fase, hvorfor der ikke i alle tilfælde er foretaget evalueringer eller anden form for evaluering af langtidsvirkninger og/eller effekter.

Titel	Beskrivelse	Sygdom	Involverede aktører*
ViosKlinikken	Døgnåbent behandlings- og rådgivningstilbud i form af en virtuel klinik, hvor mennesker, der tilknyttes klinikken, får udleveret relevant måleudstyr med henblik på løbende at lave målinger i hjemmet.	KOL, hjertesvigt	Region Sjælland og Odsherred Kommune og Copenhagen Business School
Vi samler kræfterne	Et tværkommunalt samarbejde om kræftrehabilitering til borgere med forskellige kræftdiagnoser. Borgere tilbydes en række sygdomsspecifikke tilbud på tværs af kommunegrænser.	Kræft	Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø, Egedal, Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommuner
HjerteKom Midt	En tværkommunal kvalitetsdatabase med hjerterehabiliteringsdata for borgere med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hjerteklapopererede borgere. Bruges til kvalitetsforbedring i forbindelse med hjerterehabilitering.	Iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og Hjerteklapopererede borgere	Region Midtjylland og alle kommuner i regionen, hvor sundhedsprofessionelle indsatser data
Min SP	En fælles elektronisk patientjournal for hospitaler i både Region Hovedstaden og Region Sjælland, som er tilgængelig via web og app	Kroniske sygdomme generelt	Region Hovedstaden og Region Sjælland
V4M	Et videomøde i forbindelse ældre patients hospitalsindlæggelse, hvor sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer deler viden og informationer om patientens livs- og sygdomssituation af relevans for det videre forløb	Multisygdom	Region Sjælland, (Institut for Regional Sundhedsforskning), Syddansk universitet, Det Nationale Forskning og Analysecenter for Velfærd
Liva	En app til digital sundhedsvejledning via borgerens smartphone. Borgeren får en sundhedsvejleder og sammen udarbejder de mål relateret til vane- og livsstilsændringer i forhold til fx kost, motion og søvn	Kroniske sygdomme generelt	Aalborg Kommune
BackTrace	En app til borgere og en brugerflade til fagprofessionelle, der skaber overblik over borgerens forløb, aftaler og kontaktpersoner	Lænderygsmerter	Region Midtjylland
Diabetes-bussen	En fysisk bus med indretning, der gør det muligt i bussen at foretage en række undersøgelser for senkomplikationer til diabetes. Den er målrettet socialt udsatte mennesker med diabetes, der typisk ikke deltager i diabeteskontrol i ambulatoriet	Diabetes	Region Sjælland (Steno Diabetes Center Sjælland), Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommuner samt almen praksiser i kommunerne
Sammen om dit helbred	Systematisk tværsektoriel og tværfaglig indsats for at opspore og evt. behandle hjertesygdom (iskæmi, hjerteinsufficiens) og diabetes hos patienter med en svær psykisk lidelse	Iskæmisk hjertesygdom og diabetes	Region Hovedstaden (Psykiatrisk Center København, Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg), 16 alment praktiserende læger, Psykiatri-enheden i Københavns Kommune

Titel	Beskrivelse	Sygdom	Involverede aktører*
Fleksible konsultationer	Fleksibelt behandlingstilbud til sårbare voksne med diabetes, der er i behandling i diabetes-ambulatoriet	Diabetes	Region Midtjylland, (Steno Diabetes Center Aarhus)
Navigator-tilbud for kræftpatienter	Tilbud om en frivillig navigator til at støtte socialt sårbare patienter med kræft i at navigere i sundhedsvæsenet og i livet med og efter kræft.	Kræft	Kræftens Bekæmpelse, regionale koordinatore og frivillige navigatore
Sammen om diabetes	Et helhedsorienteret og tværsektorielt forløb med en kombination af individuelle og gruppebaserede tiltag med fokus på at fremme sund livsstil blandt borgerne.	Diabetes	Aarhus Kommune og Region Midtjylland (Steno Diabetes Center Aarhus).

*Leverandører af teknologiske eller digitale løsninger er ikke nævnt i casebeskrivelserne.

De 13 cases fremgår af særskilt **casekatalog** med præsentation og gennemgang af hver enkelt case. Rambøll har nedenfor sammenfattet de mest centrale observationer på tværs af de 13 cases.

- Der pågår en væsentlig udvikling i kommunernes arbejde med indsamling og bearbejdning af data til måling af kvalitet og sikring af et højt og ensartet kvalitetsniveau via databaseret kvalitetsudvikling. Der er dog behov for fortsat og kontinuerlig prioritering af denne indsats, herunder sikring af fælles datastandarder både mellemkommunalt og på tværs af kommuner.
- Når arbejdet med data tager afsæt i de fagprofessionelles praksis og er direkte værdiskabende i mødet med patienterne, opleves arbejdet meningsfuldt for de fagprofessionelle.
- Datadeling kan understøttes af nye teknologiske løsninger, hvilket både kan forbedre det tværsektorielle samarbejde og reducere afhængigheden af, at patienten skal bære informationer om eget forløb på tværs af sektorer. Dette kan både påvirke kvaliteten af indsatsen positivt og potentielt også bidrage til at reducere den sociale ulighed. Jo større grad af kompleksitet for den involverede patientgruppe, jo større synes potentialet at være.
- Det er i forbindelse med datadeling og udstilling af data på tværs af sektorer og til sundhedsprofessionelle samtidig centralt at afgrænse data til de allermest nødvendige informationer for at undgå u hensigtsmæssigt overload af data.
- Der er på tværs af forskellige løsninger og sygdomsgrupper et potentiale for yderligere udnyttelse af real-time-data-tilgængelighed, både i relation til patient-kliniker-kontakt og for sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.
- Videre er der et fortsat behov for at sikre størst mulig integration mellem de forskellige systemer, fx de elektroniske journalsystemer. Dette også for at sundhedsprofessionelle ikke skal dobbeltdokumentere i flere systemer.
- Der er tilsvarende flere positive erfaringer med, at nogle – typisk ressourcestærke patientgrupper – har nytte af adgang til data og information om eget forløb i bred forstand.

- Brug af virtuel kontakt mellem borgere og sundhedsprofessionelle, fx via hjemmemonitorering og apps eller egentligt medicinsk måleudstyr ser ud til både at have et økonomisk potentiale (via fx forebyggelse af indlæggelser og færre irrelevante ambulante besøg) og et potentiale for øget mestring, livskvalitet og empowerment. Der er positive indikationer i forhold til motivation, ikke mindst når datasporet bakkes op med dialog med relevant sundhedsprofessionel.
- Videokonsultationer synes både at indeholde et besparelspotentiale og mulighed for øget nærvær, da transaktionen reduceres betragteligt, og samtalen i højere grad kan stå i centrum. Videokonsultation kan også bidrage positivt til tværsektoriel dialog.
- Flere løsninger indeholder et potentiale for reduktion af social ulighed i bred forstand, mens nogle løsninger i højere grad kommer mere ressourcestærke patientgrupper til gode. Der ses på tværs af cases muligheder for at reducere dette "gab" gennem kompleksitetsreduktion, dvs. mere håndholdte tilbud, løsninger eller vejledning.
- Reduktion af social ulighed handler i flere tilfælde om at gå andre, mere differentierede og håndholdte veje i forhold til opsøgning, rekruttering og fastholdelse af særlige patientgrupper med færre ressourcer. Der er grundlæggende mennesker, hvor den gængse kombination af forebyggelse, undersøgelse/diagnose, behandling og evt. rehabilitering ikke i praksis er et tilbud, de ender med at gøre brug af i det omfang, det er socialt og sundhedsmæssigt hensigtsmæssigt, og hvor fx eksisterende informations- og vidensindsatser ikke påvirker adfærden tilstrækkeligt.
- Succesfuld reduktion af social ulighed synes i flere sammenhænge at indebære et ikke uvæsentligt økonomisk potentiale i form af forebyggelse eller forsinkelse af ofte set senkomplikationer.
- Reel tværfaglighed, dvs. et dedikeret tværfagligt samarbejde eller egentligt tværfagligt team, gerne baseret på fælles adgang til data, jf. ovenfor, kan i den forbindelse være en del af løsningen.
- Tilsvarende kan frivillige (og pårørende) spille en vigtig rolle i forhold til både reduktion af social ulighed og mere generelt i forhold til at hjælpe mennesker med komplekse problemstillinger til at navigere i systemet.
- Tværkommunalt samarbejde indeholder et potentiale for etablering af diagnosespecifikke kommunale tilbud på områder, hvor målgruppen i den enkelte kommune er for lille til at tillade samme målgruppedifferentiering. I den forbindelse kan den øgede geografiske spredning af tilbud betyde, at der er dele af den samlede målgruppe, som i mindre grad vil kunne profitere af et sådant tilbud.
- Tværfagligt kommunalt samarbejde indeholder tilsvarende et potentiale for fagligt kvalitetsløft via fælles fokus på etablering af ensartede kommunale kvalitetsstandarder og fælles datafangst til brug for monitorering og analyse.

Der er generelt en række mere specifikke mekanismer, såkaldte kernelementer, i spil i de enkelte cases, som bliver inddraget/fremhævet i forbindelse med det perspektiverende kapitel.

6. PERSPEKTIVERING

I dette afsluttende kapitel udfoldes perspektiverne for den fremadrettede udvikling af området. Vi har med afsæt i den samlede vidensafdækning struktureret kapitlet efter fire særligt relevante temaer for udviklingen af området, som hver især er formuleret som **målbilleder**. Det gælder følgende:

6. Understøtte sammenhæng på tværs af sektorer
7. Styrket kvalitet i indsatsen
8. Teknologisk understøttelse af borgerens sygdomsmestring
9. Reduktion af social ulighed i forløb.

Et målbillede har til formål at illustrere fremtidsperspektiverne for en forbedret indsats for mennesker med kronisk sygdom, herunder de afledte behov for så vidt angår teknologisk understøttelse, infrastruktur og datadeling.

Vi formulerer derfor først selve **målbilledet**, hvilket – med afsæt i eksemplet til højre – fx kan være, hvordan den ønskede fremtid, for så vidt angår *Sammenhæng og kvalitet på tværs af sektorer* ser ud. Det videre arbejde med realisering af målbilledet vil tage afsæt i et antal temaer, som derefter kort præsenteres.

Inden for hvert tema præsenteres herefter konkrete **løftestænger**, der er specifikke, praksisnære initiativer, der kan igangsættes for at realisere det pågældende målbillede. Løftestængerne viser et mulighedsrum af initiativer til inspiration for det videre arbejde med at udvikle området for blandt andre task forcen. Løftestænger udgør således ikke initiativer, der nødvendigvis skal implementeres, men de skal ses som en bruttoliste af initiativer til inspiration. I det følgende præsenterer vi først en samlet liste med løftestænger inden for hvert tema. Dernæst begrundes og udfoldes de enkelte løftestænger kort. Det skal i den forbindelse bemærkes, at nogle løftestænger vil have en vis indbyrdes forbundethed, dvs. berøre det samme emne.

Målbillederne og løftestængerne bygger på resultater fra breddeafdækningen samt kernelementer fra de udvalgte og perspektivrige cases. Det skal understreges, at næsten alle de udvalgte cases fortsat er på projektudviklingsniveau, og derfor ikke alle er evaluerede, og evidensniveauet således er lavt for størstedelen af cases.

Beskrivelsen af hvert målbillede kan bl.a. understøtte task forcens arbejde med prioritering af projekter og kan anvendes som ramme og retning for blandt andre task forcens videre arbejde på området. Beskrivelsen af målbilledet skal endvidere understøtte, at der skabes sammenhængende løsninger af høj kvalitet for mennesker med kronisk sygdom.

6.1 Målbillede 1: Understøtte sammenhæng på tværs af sektorer

I dette afsnit udfoldes perspektiverne for det fremadrettede arbejde med at understøtte sammenhæng på tværs af sektorer i relation til indsatser og forløb for mennesker med kronisk sygdom.

Selve målbilledet er opsummeret i tekstboksen på næste side.

Boks 6-1: Eksempel på målbillede og løftestang

Eksempel på konkret målbillede og løftestang.

Målbillede: Sammenhæng og kvalitet på tværs af sektorer.

Løftestang: Udnyt potentialet i dataunderstøttelse og kvalitetsmonitorering af de kommunale indsatser til at skabe større viden og sikkerhed for kvaliteten af den leverede indsats.

Boks 6-2: Målbillede for sammenhæng på tværs af sektorer

Mennesker med kronisk sygdom har typisk et sygdomsbillede, der involverer en række forskellige aktører på tværs af sundhedsvæsenets sektorer: kommuner, almen praksis og sygehuse. I nogle tilfælde er der tale om komplekse forløb med mange kontakter. For at sikre sammenhæng (og kvalitet) i indsatsen for borgere med kronisk sygdom er det væsentligt, at sundhedsvæsenets aktører samarbejder, udveksler data og kommunikerer på tværs af sektorer. Ikke mindst da særligt de mest sårbare mennesker med kronisk sygdom kan have et behov for indsatser, der er meget individuelt tilrettelagt og håndholdte, for at de kan profitere af indsatsen.

Det er Rambølls vurdering, at løftestængerne, dvs. mulige initiativer til at bidrage til realiseringen af dette målbillede, med fordel kan placeres i to temaer. Hvert tema præsenteres nedenfor med tilhørende løftestænger samt en kort argumentation for hver af disse.

Figur 6-1: Tematisk opdeling i forhold til sammenhæng på tværs af sektorer



Løftestænger til understøttelse af målbilledet

Rambøll vurderer med afsæt i vidensafdækningen, at der i blandt andre task forcens videre arbejde på området med fordel kan være fokus på at skabe et **bedre tværsektorielt samarbejde** for at sikre bedre behandling og mere sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom. Inden for dette temaskal særligt frem hæves følgende løftestænger:

Løftestang: Styrk kendskabet blandt sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehuse til de konkrete forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i kommunalt regi. Dette skal understøtte bedre overgange og højere deltagelse i de kommunale sundhedsindsatser.

Løftestang: Styrk det konkrete tværsektorielle samarbejde mellem aktører gennem fx netværk og (virtuelle) mødefora, da dialogen mellem fx kommunale medarbejdere og sundhedsprofessionelle på sygehusene kan være med til at understøtte vidensdelingen om borgernes tværsektorielle forløb samt forståelse af den samlede opgavevaretagelse af et forløb.

Løftestang: Skab de nationale rammer og den nødvendige infrastruktur for at understøtte kommunal kvalitetsmonitorering af indsatser til borgere med kronisk sygdom. Dette skal skabe større viden og sikkerhed for kvaliteten af de kommunale indsatser, hvilket vil fordre et bedre tværsektorielt samarbejde.

Løftestang: Understøt en øget brug af business cases i forbindelse med igangsættelse af tværsektorielle aktiviteter og projekter. Dette skal skabe tydelighed om indsatsens økonomiske virkninger og fordelingsmæssige konsekvenser og skabe vigtig viden i forhold til at indrette den økonomiske model for finansiering af indsatsen på tværs af sektorer mest hensigtsmæssigt.

Rambøll vurderer desuden med afsæt i vidensafdækningen, at der i blandt andre task forcens videre arbejde på området med fordel kan være et fokus på at sikre **bedre adgang til tidstro data for sundhedsprofessionelle** på tværs af sektorer, da det er afgørende, at sundhedsvæsenets aktører samarbejder og har adgang til relevante sundhedsdata fra andre sektorer, hvis der skal skabes bedre sammenhæng i forløb for mennesker med kronisk sygdom. Inden for denne ramme skal særligt fremhæves følgende løftestænger:

Løftestang: National understøttelse af udvikling af teknologiske løsninger, der bygger videre på eksisterende infrastruktur (se boks 4-1 i kapitel 4), og som deler tidstro data mellem eksisterende journalsystemer. Potentiale ses for fremadrettet videreudvikling af dels den specialespecifikke løsning Samblik (case nr. 1) til at omfatte flere sygdomsgrupper og dels udvikling af løsninger, der ligesom FMK og Aftaleoverblikket sikrer deling af centrale sundhedsdata på tværs af eksisterende journalsystemer.

Løftestang: Udarbejd en økonomi- og governancemodel for, hvordan disse tværsektorielle teknologiprojekter fremadrettet skal driftes. En mulighed kunne være i samarbejde med KL og Danske Regioner, samt evt. PLO, at igangsætte et modelarbejde, som mere principielt kortlægger de incitamentsmæssige udfordringer og finder relevante løsninger. Der kan potentielt hentes relevante erfaringer fra arbejdet med sociale investeringer, der også ofte handler om håndtering af denne type "kassetækningsrelaterede" udfordringer.

Baggrunden for løftestængerne er udfoldet i nedenstående afsnit.

A: Bedre tværsektorielt samarbejde

Afsættet for de fire løftestænger hørende til temaet 'bedre tværsektorielt samarbejde' er centrale pointer fra vidensafdækningen om, at **et øget samarbejde mellem kommune, almen praksis og region** kan være med til at understøtte bedre forløb. Dette kan fx aflæses i den positive oplevelse af de regionale forløbsprogrammer, der vurderes at være understøttende for det tværsektorielle samarbejde, da de netop tydeliggør ansvarsfordelingen og giver mandat til at holde møder mellem aktører for at drøfte samarbejdet.

Derudover har vidensafdækningen fundet, at der specielt i kommunal regi er et **potentiale i forhold til i højere grad at monitorere og dataunderstøtte kommunale indsatser**.

Fra casekataloget kan nævnes casen *HjerteKomMidt* (case nr. 4), hvor der gennem flere år er blevet dokumenteret på hjerterehabiliteringen i kommunalt regi, hvilket har tydeliggjort kvaliteten af kommunernes indsatser og understøttet et godt og mere respektfuldt tværsektorielt samarbejde. Derudover illustrerer casen *V4M* (case nr. 6) også pointen om, at et tættere samarbejde på tværs kan understøtte bedre sammenhæng i komplekse tværsektorielle forløb.

Flere cases fra vidensafdækningen tydeliggør også udfordringen med **manglende kendskab til de kommunale indsatser** som årsag til manglende rekruttering eller henvisning til indsatserne. Dette ses bl.a. i casen *Vi samler kræfter* (case nr. 3), hvor vidensdeling mellem kommune og sygehus ligeledes er et centralt element. I de afholdte interviews gives der udtryk for, at rekrutteringsudfordringer blandt andet skyldes manglende eller begrænset kendskab til indsatsen hos den aktør, der henviser til indsatsen. På tværs af cases og flere interviews ses, at der i almen praksis og på sygehuse kan være tvivl om, hvilke forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser kommunerne tilbyder⁴⁴.

⁴⁴ Sundhed.dk arbejder også for at styrke overblikket over eksisterende kommunale forebyggelsestilbud. Arbejdet bygger på erfaringer fra Aalborg Kommune, der viser, at styrket overblik får praksislægerne til at henvise mere.

Det beskrevne mulighedsrum i form af løftestænger bakkes op af analyser på området, der finder, at almen praksis og de regionale sygehuse ser et behov for at opnå bedre kendskab til effekten og omfanget af kommunale indsatser. Disse data ønskes gerne fordelt på diagnoser, så der sikres et mere kvalificeret grundlag at henvise ud fra⁴⁵. Derudover ser kommunerne også selv et behov for at sikre sig et bedre overblik over egne opgaver og indsatser i forbindelse med, at flere opgaver relateret til mennesker med kronisk sygdom flyttes ud i kommunalt regi⁴⁶.

Samme udfordringer ses i forhold til økonomi, når der i højere og højere grad arbejdes på at tilbydes sammenhængende indsatser. Flere af de undersøgte cases gør brug af at udarbejde **business cases, der tydeliggør de økonomiske virkninger af indsatsen**. Flere af de undersøgte cases bygger på en investeringstankegang om, at ved at investere i en massiv indsats til borgere med kroniske sygdomme tidligt i forløbet, kan der forebygges senkomplikationer og oftere dyrere indsatser senere hen i forløbet. Dette ses fx på diabetesområdet og i forhold til KOL, hvor der i det senere forløb ses flere kontakter til sundhedsvæsenet, et højere medicinforbrug og langvarige sygdomsforløb med nedsat funktionsevne og livskvalitet. I bredere sammenhæng er dette naturligvis snævert forbundet med hele forebyggelsesindsatsen, jf. også breddeafdækningen.

Som identificeret i breddeafdækningen, begrænses arbejdet med at understøtte sammenhængende forløb af den **silopdelte offentlige økonomi**, hvor der opleves udfordringer med at identificere midler til tværsektorielle aktiviteter, som ikke er projektbårne. Brugen af business cases kan i den sammenhæng medvirke til at tydeliggøre de langsigtede økonomiske virkninger af en tidlig forebyggende indsats. Dette kan være med til at tydeliggøre, hvordan virkningerne af en indsats (ofte placeret hos en primær aktør) fordeler sig på tværs af flere aktører. Således vil de økonomiske virkninger ofte indtræde hos både kommune og region, mens det primært vil være den anden af de to aktører, der har udgiften til at afholde indsatsen. Øget brug af business cases kan i den sammenhæng medvirke til at skabe større overblik over, hvordan virkninger fordeler sig på sigt, hvilket kan give vigtig viden til at indrette den økonomiske model for finansiering af indsatsen på tværs af sektorer mest hensigtsmæssigt.

B: Adgang til tidstro information og sundhedsdata på tværs af sektorer

Afsættet for de tre løftestænger hørende til dette tema er et identificeret behov for udvikling af **teknologiske løsninger, der kan sikre tidstro datadeling** på tværs af almen praksis, kommune og region. Data fra breddeafdækningen viser endvidere, at kun hver tredje kommune deler data på tværs af sektorer, hvorfor der her er potentiale for forbedring.

Fra casekataloget kan nævnes den teknologiske løsning *Samblik* (case nr. 1), som netop deler sygdomsspecifikke data mellem sundhedsprofessionelle, der behandler borgere med type 2-diabetes. Både den alment praktiserende læge, kommunale medarbejder samt sundhedsprofessionelle på sygehus kan tilgå de relevante data via en knap i eget journalsystem. Hvilket sikrer, at disse borgere ikke skal bære deres egen sygdomshistorie og sundhedsdata med sig fra konsultation til konsultation. Erfaringerne fra projektet er lovende.

En central pointe fra vidensafdækningen er ligeledes, at det er afgørende i den videre udvikling af området, at det tilstræbes at skabe løsninger, der er integreret i de eksisterende journalsystemer, så sundhedsprofessionelle **ikke skal føre dobbeltdokumentation**. En pointe, der ikke bliver mindre vigtig, hvis der udvikles løsninger til flere lignende sygdomsgrupper, og dokumentationsarbejdet for de sundhedsprofessionelle øges.

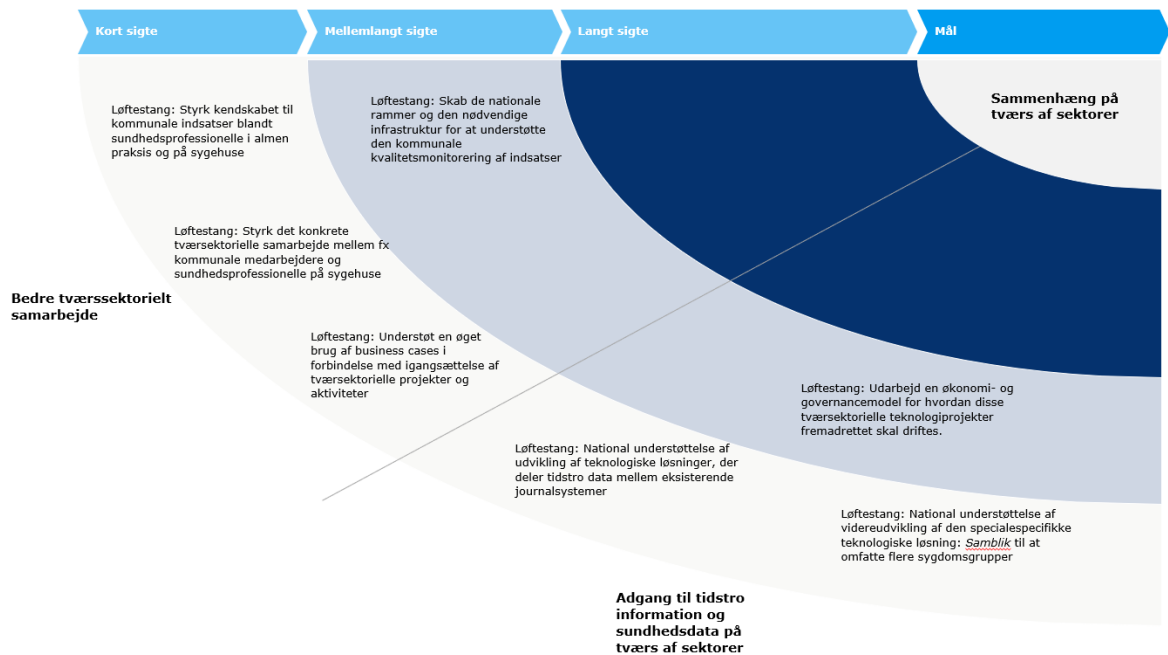
⁴⁵ Lakeside 2020: National dataindsberetning fra praksissektor og kommuner.

⁴⁶ Lakeside 2020: national dataindsberetning fra praksissektor og kommuner.

For sådanne teknologiske løsninger, der går på tværs af sektorer, er der behov for at få udarbejdet en governancemodel for, hvordan de skal driftes på tværs af sektorer.

I figuren nedenfor er målbilledet, temaer og dertilhørende løftestænger angivet grafisk. Løftestængerne illustrerer et mulighedsrum af initiativer på kort, mellemlangt og langt sigt til inspiration for det videre arbejde med at realisere målbilledet.

Figur 6-2: Målbillede og mulige initiativer i form løftestænger til at understøtte arbejde for at styrke sammenhæng på tværs af sektorer



6.2 Målbillede 2: Styrket kvalitet i indsatsen

I dette afsnit udfoldes perspektiverne for det fremadrettede arbejde med at **styrke kvalitet** i indsatser og forløb for mennesker med kronisk sygdom. Selve målbilledet er opsummeret i tekstboksen nedenfor.

Boks 6-3: Målbillede for styrket kvalitet i indsatsen

Målet er at levere en indsats af høj kvalitet, typisk på tværs af sektorer. Kvalitet kan for nogle sygdomsgrupper handle om specialisering, mens det i andre tilfælde kan handle om en individuelt tilrettelagt og håndholdt indsats og opfølgning, da det er en forudsætning for, at målgruppen kan profitere af indsatsen. Kvalitet kan også handle om at levere en indsats tæt på borgeren og dennes hverdag og praktiske gøremål.

På tværs af disse forhold omfatter målbilledet om øget kvalitet en høj grad af datadeling, således at tilgængelige data anvendes optimalt i borgerens forløb såvel som til videreudvikling af indsatser af høj kvalitet gennem datadrevet udvikling af indsatser på tværs af såvel som inden for sektorerne.

Det er Rambølls vurdering, at løftestængerne, dvs. mulige initiativer til at understøtte realiseringen af dette målbillede, med fordel kan placeres i fire temaer. Hvert tema præsenteres nedenfor med tilhørende løftestænger samt en kort argumentation for hver af disse.

Figur 6-3: Tematisk opdeling i forhold til styrket kvalitet i indsatser og forløb for mennesker med kronisk sygdom



Løftestænger til understøttelse af målbilledet

Samlet set giver vidensafdækningen anledning til at pege på følgende mulige initiativer i form af løftestænger i relation til **faglig udvikling af indsatser** til specifikke sygdomsgrupper:

Løftestang: Der er behov for at sikre en større udbredelse af relevante indsatser for borgere med hhv. kroniske lænderygsmærter og multisygdom, herunder specifikt at sikre at borgere i alle landets kommuner har adgang til sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser med specifikt fokus på deres kroniske sygdom. I forhold til multisygdom er der behov for sikre klare rammer for afklaring af behandleransvaret.

Løftestang: Der er behov for at styrke vidensgrundlaget i forhold til virkningsfulde indsatser for særligt borgere med multisygdom, idet der i den forbindelse er et særligt behov for at etablere viden om, hvordan der skabes sammenhængende indsatser, hvor behandlingen af flere kroniske sygdomme så vidt muligt er gensidigt understøttende, samt at sikre viden om relevant forankring af indsatsen.

Løftestang: Der er behov for at styrke vidensgrundlaget i forhold borgere med kroniske lænderygsmærter med fokus på at sikre en mere detaljeret forståelse af forskellige delmålgrupper. En styrkelse af vidensgrundlaget for denne målgruppe kan med fordel sætte fokus på muligheder og

behov for øget iværksættelse af diagnosespecifikke indsatser med henblik på at reducere den forskel i tilgængelighed til indsatser, som synes at præge området i dag.

Derudover giver vidensafdækningen anledning til at pege på følgende mulige initiativer i form af løftestænger i relation til **datadrevet kvalitetsudvikling** af indsatser:

Løftestang: Øg tillid til de kommunale sundhedsindsatser ved at have tydelige og offentligt tilgængelige kvalitetsstandarder og mål på virkninger af indsatserne.

Løftestang: Understøt den igangværende udvikling af digital infrastruktur (se boks 4-1 i kapitel 4), så den nødvendige nationale infrastruktur skabes til monitorering og indsamling af kvalitetsdata fra samtlige af landets kommuner på de største kroniske sygdomsgrupper, fx diabetes og KOL. Systemunderstøttelsen vil muliggøre kvalitetsudvikling og benchmarking på tværs af kommuner.

Løftestang: Understøt den lokale kommunale kvalitetsudvikling ved at have national infrastruktur, der kan stille tidstro uddata til rådighed for sundhedsprofessionelle i kommunerne. Brug data lokalt til at skabe øget viden om, hvad der virker med henblik på at udvikle indsatsen lokalt.

Løftestang: Igangsæt en grundig behovsafdækning i forhold til, hvilke standarder og kvalitetsindikatorer, som kommunerne skal monitorere og kvalitetsudvikle de største kroniske sygdomsgrupper på baggrund af. Tag her udgangspunkt i de allerede eksisterende standarder og indikatorer på området som fx PRO-skemaer, LPR mm.

I forhold til **Implementering af kvalitetsindikatorer** giver vidensafdækningen anledning til at pege på følgende mulige initiativer i form af løftestænger:

Løftestang: De valgte kvalitetsindikatorer til implementering i kommunerne skal pilottestes grundigt, inden igangsættelse af en bred implementering af indikatorerne. Herunder sikres relevant inddragelse af relevante sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.

Løftestang: I forbindelse med implementering af kvalitetsindikatorer, skal kommunerne sikres adgang til egne data over graden af indberetning, så det er muligt at følge op lokalt i kommunerne i forhold til datakomplethed.

Løftestang: Arbejd på at modne kommunernes arbejde med datakultur og datadreven kvalitetsudvikling, fx gennem igangsættelse af et nationalt initiativ.

I forhold til temaet **Sociale Investeringer** skal fremhæves et enkelt muligt initiativ i form af nedenstående løftestang:

Løftestang: Udnyt potentialet for sociale investeringer i forhold til yderligere reduktion af social ulighed /forøgelse af kvaliteten i eksisterende indsatser for mennesker med kronisk sygdom. Indhent dels relevante eksempler på potentielt positive business cases (idégenerering), og undersøg desuden mulighederne for dels offentlig finansiering (med inspiration fra fx den sociale investeringsfond), dels privat finansiering fra fonde og investorer.

Baggrunden for løftestængerne er udfoldet i nedenstående afsnit.

C: Faglig udvikling af indsatser til specifikke sygdomsgrupper

Afsættet for de tre løftestænger hørende til dette tema er et identificeret behov i vidensafdækningen for at **styrke tilbud til mennesker med kroniske lænderygsmærter samt multisygdom**, da der synes at mangle både viden og indsatser til begge sygdomsgrupper. Resultater viser, at flere kommuner ikke har indsatser til disse målgrupper, og begge sygdomsgrupper oplever udfordringer i forhold til at monitorere indsatserne grundet organisatorisk kompleksitet.

D: Datadrevet kvalitetsudvikling af indsatser

Afsættet for disse løftestænger er et i vidensafdækningen identificeret potentiale i forhold til i kommunalt regi at arbejde mere systematisk med kvalitetsudvikling og monitorering af indsatser for at styrke det nære sundhedsvæsen. Afdækningen tyder på, at dette kan fremmes gennem en øget brug af mere **ensartede kvalitetsstandarder og -indikatorer for de kommunale sundhedsindsatser**, lige såvel som at en styrket evalueringskultur ift. virkningerne af kommunale indsatser kan medvirke til at skabe øget viden om virkningerne af disse indsatser. Som også påpeget i målbilledet for understøttelse af sammenhæng mellem sektorer, vil større viden om indsatser og virkningerne heraf forventeligt være med til at øge deltagelsen og henvisningen til de kommunale sundhedsindsatser.

Potentialerne er mange, men der udestår stadig et arbejde i forhold til at få **defineret de relevante kvalitetsstandarder** til brug for datadrevet kvalitetsudvikling på det kommunale område. Breddeafdækningen viste her, at Fælles Sprog III som kommunal standard er mere overordnet, hvorfor den ikke på samme måde vil kunne lægges til grund for en lokal faglig udvikling af indsatserne til de pågældende sygdomsgrupper. Fælles Sprog III giver dog et indblik i de kommunale indsatser og tilbud på sundheds- og ældreområdet, som der ikke tidligere har været mulighed for. Kommunerne ser i første omgang behov for at kvalitetsudvikle og effektmåle på egne tilbud og indsatser, evt. kvalificeret med data fra andre aktører. Disse data ønskes i første omgang for borgere, der er diagnosticeret med sygdomme, der håndteres under de nationale forløbsprogrammer⁴⁷.



Vigtigt med balancen mellem input og output, for vi skal jo ikke bruge al vores tid på at registrere. Slet ikke i disse tider med personalemangel - så vi skal registrere smart.

Kommunal leder

Der kan her trækkes på erfaringerne fra casen *HjerteKomMidt* (case nr. 4), hvor der løbende har været drøftelser af de udvalgte kvalitetsindikatorer, da der har været diskrepans i forhold til, hvad der defineres som faglig kvalitet for hjerterehabiliteringen i sygehusvæsenet og i kommunalt regi. Derudover har indberetningen af kvalitetsdata på området været med til at **styrke en lokal og tværsektoriel kvalitetsudvikling** af de sundhedsfaglige indsatser. Dette behov for at kunne kvalitetsudvikle lokale indsatser samt have et lokalt datagrundlag, der muliggør benchmarking med andre kommuner, er identificeret bredt i andre kommuner⁴⁸.

I casen *Vi samler kræfterne* (case nr. 3) er der ligeledes gjort erfaringer med at sikre kvaliteten af indsatsen til en specifik og begrænset målgruppe i et tværkommunalt samarbejde. Samarbejdet kommunerne imellem har ført til, at der er blevet udarbejdet faglige standarder og kompetencebeskrivelser for kræftrehabiliteringen, hvilket opleves at have været medvirkende til at **sikre kvaliteten og ensartetheden i indsatsen**.

⁴⁷ Lakeside 2020: National dataindberetning fra praksissektor og kommuner

⁴⁸ Lakeside 2020: National dataindberetning fra praksissektor og kommuner

Vidensafdækningen identificerede tilsvarende et behov for, at der er **national infrastruktur** til at understøtte de forskellige datadelingsbehov, da der ellers udvikles mange lokale løsninger. En national infrastruktur vil sikre ensretning af standarder og indikatorer for kvalitetsudvikling internt i de forskellige sektorer, så der indberettes på de samme parametre, hvilket også muliggør benchmarking på tværs.

E: Implementering af kvalitetsindikatorer

Afsættet for disse løftestænger er især identificeret i casen *HjerteKomMidt* (case nr. 4), hvor erfaringen er, at hvis man ønsker at arbejde med kvalitetsindikatorer og dataindberetning, der kan bruges til kvalitetsudvikling og benchmarking kommunerne imellem, er det helt afgørende, at de valgte **kvalitetsstandarder og indikatorer er velafprøvede**, og at der er et stort og vedvarende fokus på implementeringen af de nye arbejdsgange i kommunerne.

Analyser på området, der baserer sig på tidlige dataudtræk fra EOJ-systemerne, viser også, at der i forbindelse med implementeringen af Fælles Sprog III har været forskellig registreringspraksis i kommunerne, hvilket udfordrer kommunernes sammenligningsgrundlag, da data er uensartet. Dette er forventeligt kort tid efter opstart, men understreger også **vigtigheden af hensigtsmæssig implementering, hvis data skal være valide** og kunne danne grundlag for kvalitetsudvikling⁴⁹.

Som det også blev identificeret i vidensafdækningen, har kommunerne ikke samme historik for at registrere og bruge data til forskning og kvalitetsarbejde, som der fx eksisterer i det regionale sygehusvæsen. Det må derfor forventes at være en **længerevarende proces at ændre kulturen** og skabe forståelsen for, hvorfor og hvordan der arbejdes med databaseret kvalitetsudvikling. Erfaringerne gjort i forbindelse med *HjerteKomMidt* er, at det er afgørende at gå grundigt til værks, når man udvælger og definerer de valgte kvalitetsindikatorer. Er de først én gang rullet ud over kommunerne og de kommunale medarbejdere gået i gang med at indberette data på en given måde, vil det kræve store ressourcer lokalt at ændre i arbejdsgange, hvis der kommer ændringer til indikatorerne.

F: Sociale investeringer som løftestang

Rambøll vurderer videre, at der i det videre arbejde med udviklingen af området med fordel kan være et fokus på at udnytte mulighederne for via **sociale investeringer** at få udviklet nye typer af indsatser.

Boks 6-4: Definition på sociale investeringer

I et socialt investeringsprogram går en myndighed, en leverandør med faglig ekspertise og en investor sammen om at gennemføre en indsats, der både kan skabe livsforbedringer for den enkelte og på sigt kan skabe gevinster på et (eller flere) offentligt budgetter. Investeringsprogrammet påbegyndes ved, at investoren stiller kapital til rådighed for leverandøren, som kan påbegynde arbejdet med indsatsen. Hvis indsatsen har den aftalte effekt og dermed skaber social forandring, betaler myndigheden investoren tilbage plus et afkast. Det er altså investor, der bærer risikoen.

Afsættet for denne løftestang er konstateringen af, at en række indsatser rettet mod mennesker i særligt sårbare livsomstændigheder har fokus på at supplere eller gøre noget ekstra, set i forhold til den indsats, som er tilstrækkelig i relation til øvrige mennesker med kronisk sygdom. Det kan være en særlig håndholdt rekruttering, et alternativt bud på dialog med egen læge i almen praksis

⁴⁹ Deloitte 2019: Analyse af EOJ data og Lakeside 2020: National dataindberetning fra praksissektor og kommuner

eller udvikling af teknologisk understøttelse til bedring af grundlaget for det tværsektorielle samarbejde.

Der er dermed tale om at investere *ekstra ressourcer* (herunder tid) i at reducere social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet og skabe øgede gevinster i form af livskvalitet, men potentielt også økonomiske gevinster i form af sparede sundhedsudgifter, mindskede udgifter i plejen eller til behandling på sigt. Ofte er der tale om en dobbelt udfordring i forhold til hhv. timing og aktører:

- 1) Der er **behov for investeringer forud for realisering af gevinster**, som ofte først vil kunne måles på et senere tidspunkt; nogle gange et godt stykke ude i fremtiden.
- 2) Der er tale om **investeringer, hvor gevinsterne ikke nødvendigvis vil tilfalde den part, som foretager investeringen** (fx kan det være regionen, som afholder investeringen, mens besparelsen vil ses i de kommunale budgetter – eller omvendt).

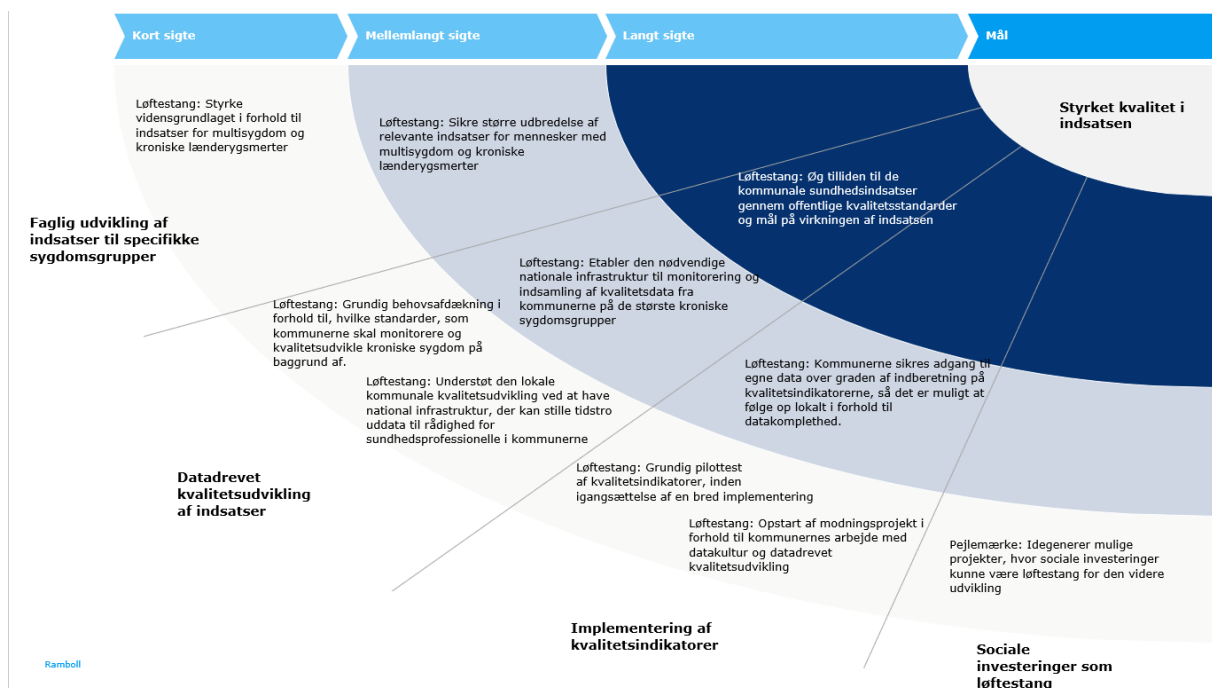
Det betyder konkret, at det kan være vanskeligt at udforme en business case med en høj grad af sikkerhed for afkast af investeringen, ikke mindst for den enkelte aktør. I et sundhedssystem, som i forvejen er udfordret på ressourcesiden, kan dette potentielt have den konsekvens, at der er samfundsøkonomisk set hensigtsmæssige investeringer, som ikke bliver foretaget, fordi det kan være vanskeligt at skabe opbakning til en sådan investering.

Det bemærkes i den forbindelse, at ét af de 13 cases udvalgt til dybdekortlægningen, *Sammen om Diabetes* (case nr. 13), er støttet af Den Sociale Investeringsfond.

I det konkrete projekt, som er det første sociale investeringsprojekt på sundhedsområdet i Danmark, er der fokus på at skabe en sundere livsstil og forebygge senkomplikationer for mennesker med type 2-diabetes. Udover den oplagte gevinst for livskvaliteten er der også potentielt tale om en økonomisk gevinst både for kommunen og for regionerne, fordi man på tværs af sektorer reducerer udgifter til behandling af netop senkomplikationer og evt. øget støttebehov i plejen. Konkret har Den Sociale Investeringsfond og Rådet for Sociale Investeringer investeret 13,3 mio. kr. Hvis indsatsen har den forventede effekt, vil Aarhus Kommune betale investeringen tilbage i takt med, at gevinsterne realiseres.

I figuren nedenfor er målbillede, temaer og dertilhørende løftestænger angivet grafisk. Løftestængerne illustrerer et mulighedsrum af initiativer på kort, mellemlangt og langt sigt til inspiration for det videre arbejde med at realisere målbilledet.

Figur 6-4: Målbillede og løftestænger i form af mulige initiativer til understøttelse af styrket kvalitet i indsatsen



6.3 Målbillede 3: Teknologisk understøttelse af borgerens mestring af kronisk sygdom

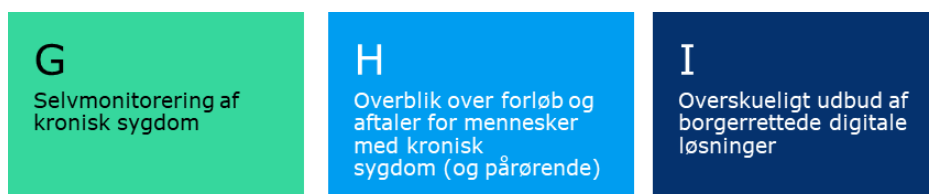
I dette afsnit udfoldes perspektiverne for det frem adrettede arbejde med at **understøtte mennesker i at mestre kronisk sygdom ved at anvende teknologiske eller digitale løsninger** som en del af indsatsen, de modtager. Selve målbilledet er opsummeret i tekstboksen nedenfor.

Boks 6-5: Målbillede for teknologisk understøttelse af borgerens mestring af kronisk sygdom

En del af målet med digitaliseringen af sundhedsvæsenet er at sikre, at digitale løsninger muliggør, at flere opgaver kan løses tættere på borgeren, og at borgeren involveres aktivt i forhold til sin egen sundhed, fx ved at understøtte borgere i at mestre kronisk sygdom.

Det er Rambølls vurdering, at løftestængerne, dvs. mulige initiativer til at understøtte realiseringen af dette målbillede, med fordel kan placeres i tre temaer. Hvert tema præsenteres nedenfor med tilhørende løftestænger samt en kort argumentation for hver af disse.

Figur 6-5: Tematisk opdeling i forhold til teknologisk understøttelse af borgerens mestring af kronisk sygdom



For hver af de tre temaer, der uddybes nedenfor, vil Rambøll indledningsvist understrege flere forhold, som er væsentlige og gennemgående på tværs af temaerne. Det gælder følgende:

- Digitale løsninger kan generelt understøtte nogle borgere med kronisk sygdom i at mestre denne, men ikke nødvendigvis alle.
- Brug af borgerrettede digitale løsninger forudsætter en motivation for dette hos den enkelte borger samt et vis kognitivt funktionsniveau og basale IT-kompetencer (jf. afsnit 3.6).
- Digitalt understøttede indsatser kræver i nogle tilfælde, at borgeren ejer en device, fx smartphone, til installation og brug af den digitale løsning såsom en app.
- Digitale løsninger er reelt en bred betegnelse for meget forskellige typer af indsatser, fra apps over videokonference (kan også køre over apps) til løsninger, som tillader selvmonitorering i eget hjem.

Disse forhold understreger, at digitale borgerrettede løsninger ikke kan stå alene i understøttelsen af borgeres evne til at mestre kronisk sygdom, men at digital understøttelse kan *supplere* fysiske tilbud om bl.a. uddannelse i sygdomsmestring og potentielt frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet til at håndtere det stigende antal af mennesker med kronisk sygdom, som i fremtiden vil have behov for tilbud i sundhedsvæsenet.

Løftestænger til understøttelse af målbilledet

Rambøll vurderer med afsæt i vidensafdækningen, at der i blandt andre task forcens videre arbejde på området med fordel kan være et fokus på at fastholde den igangværende udvikling af **selvmonitoreringsløsninger** samt sikre det nødvendige vidensgrundlag for, at løsninger kan udvikles til flere sygdomsgrupper. Inden for denne ramme skal særligt fremhæves følgende løftestænger:

Løftestang: Igangsæt en systematisk undersøgelse af de resterende kroniske sygdomsgrupper for at afdække, hvilke delmålgrupper og i hvilke dele af borgerens forløb, der er potentiale for at understøtte borgerens mestring via brug af digitale løsninger til selvmonitorering.

Løftestang: Der er behov for at udbrede teknologiske løsninger til mennesker med kroniske lænderygsmærter, da der i mindre omfang anvendes digitale løsninger til at understøtte denne sygdomsgruppe. Dertil er organiseringen af området præget af mange mindre (og private) aktører, hvilket udfordrer datadelingen og den fremadrettede kvalitetsudvikling af indsatserne på området.

Løftestang: Understøt at der sikres et vidensgrundlag for, hvilke sygdomsindikatorer mennesker med multisygdom skal monitorere. Dette skal bruges i udviklingen af selvmonitoreringsløsninger til målgruppen, som understøtter dem i at mestre livet med flere samtidige kroniske sygdomme.

Der kan i det videre arbejde på området med fordel være et fokus på at fastholde den igangværende udvikling mod at mennesker med kronisk sygdom får **overblik over forløb og aftaler**. Inden for denne ramme skal særligt fremhæves følgende løftestang:

Løftestang: I forbindelse med den fortsatte udvikling af digitale løsninger er der et behov for at indtænke tidlig behovsafdækning hos målgruppen med henblik på at sikre, at de rette data udstilles, så mennesker med kronisk sygdom oplever løsningen og de udstillede data som meningsfulde og relevante i forhold til at understøtte deres liv med kronisk sygdom.

Vidensafdækningen har også vist, at der er behov for at sikre et **overskueligt udbud af digitale løsninger** til mennesker med kronisk sygdom, i de tilfælde hvor der er mange løsninger med ensartede funktioner.

Løftestang: Skab et overblik over, hvilke digitale løsninger der understøtter menneskers mestring af kronisk sygdom, for at undgå unødigt kompleksitet i udbuddet af digitale løsninger. Dette overblik kan være vejledende for fremtidige tiltag på området.

Løftestang: Overvej at realisere potentialet med at understøtte flere borgere med digitale løsninger ved at videreudvikle eksisterende borgerrettede digitale løsninger til at omfatte flere funktioner eller flere sygdomsgrupper.

Baggrunden for løftestængerne er udfoldet i nedenstående afsnit.

G: Selvmonitorering af kronisk sygdom

Afsættet for de tre løftestænger under dette tema er resultater fra vidensafdækningen, der tydeliggjorde et **potentiale i forhold til at udbrede brugen af borgerrettede teknologiske løsninger** til at understøtte mennesker med kronisk sygdom bedre. Dette da en relativ høj andel af kommunerne i begrænset omfang anvender digitale løsninger til at understøtte borgerforløb i dag. Perspektiverne for borgerrettede digitale løsninger til understøttelse af mestring af kronisk sygdom er mange, fordi den telemedicinske infrastruktur skaber en fælles platform, hvor (fremtidige) borgerrettede digitale løsninger kan opkobles.

Borgere med KOL bliver den første målgruppe for en landsdækkende indsats.

Resultater fra vidensafdækningen indikerer også, at en sådan adgang til egne sundhedsdata kan være med til at **engagere og styrke patienternes aktive deltagelse i deres eget behandlingsforløb**.

Et eksempel på en indsats fra casekataloget, der illustrerer potentialerne ved selvmonitorering er den virtuelle klinik, *VisoKlinikken* (case nr. 2), hvor borgerne får udleveret måleudstyr til selvmonitorering af deres kroniske sygdom og data sendes til klinikken i realtid. I klinikken fastlægger sundhedspersonale behovet for eventuelle indsatser løbende. Som et resultat heraf er borgerens forbrug af akutydelser i sundhedsvæsenet faldet markant, fordi de via klinikken understøttes i at håndtere ængstelse eller forværring af deres tilstand. Et andet eksempel er *LIVA-appen* (case nr. 7), der anvendes til digital sundhedsvejledning af borgere med motivation for at ændre livsstil, fx som følge af at de er blevet diagnosticeret med en kronisk sygdom. Her virker selvmonitoreringen og deling af data som en motiverende faktor for nogle borgere for at fastholde sin påbegyndte livsstilsændring.

I takt med at infrastrukturen til at udvikle digitalt understøttede indsatser etableres, er det væsentligt, at der etableres et tilstrækkeligt vidensgrundlag for at udbrede selvmonitoreringsløsninger, så det afdækkes, hvor potentialerne er. Herunder viden om, hvornår i forløbet selvmonitorering kan understøtte mestring af sygdommen, samt hvilke delmålgrupper der er motiverede for deltagelse.

Vidensafdækningen peger især på, at der mangler et tilstrækkelig vidensgrundlag for at kunne udvikle digital understøttede indsatser som selvmonitoreringsløsninger til borgere med multisygdom. Der mangler bl.a. viden om, hvilke sygdomsindikatorer der er hensigtsmæssige at monitorere for borgere med multisygdom.

H: Overblik over forløb og aftaler for mennesker med kronisk sygdom (og pårørende)

Afsættet for løftestangen under dette tema er resultater fra vidensafdækningen, der peger på, at adgang til og overblik over en række informationer vedrørende deres forløb kan være med til at understøtte mennesker i at være en aktiv aktør i eget forløb. Derudover vidner fund fra vidensafdækningen om, at **empowerment af borgere og eventuelt deres pårørende** i form af adgang til information og overblik over aftaler og planer imødekommer et behov hos nogle mennesker med kronisk sygdom, som besidder de nødvendige kompetencer og motivation for at anvende de digitale løsninger hertil.

Vidensafdækningen tydeliggjorde dog også vigtigheden **af tidlig og grundig behovsafdækning** i forbindelse med udvikling af disse digitale løsninger, hvis de reelt skal ibrugtages og understøtte mestring af sygdommen. Fx oplever de interviewede almen praktiserende læger, at relativt få patienter reelt bruger den digitale forløbsplan, selvom de takker ja til den. Derfor er tidlig og grundig behovsafdækning i form af forundersøgelser og pilottests vigtige i forbindelse med udviklingen af disse løsninger.

Potentialet i forhold til at skabe digitalt overblik over forløb og aftaler ses i casen *MinSP* (case nr. 5), som er en app, der sikrer adgang til informationer fra den fælles elektronisk patientjournal for sygehuse i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Data viser her, at de borgere, der hyppigst gør brug af appen, er borgere med kronisk(e) sygdom(me) eller borgere, som er i længerevarende forløb. Hvilket indikerer, at sådanne digitale løsninger imødekommer et behov hos mennesker med kronisk sygdom.

I: Overskueligt udbud af borgerrettede digitale løsninger

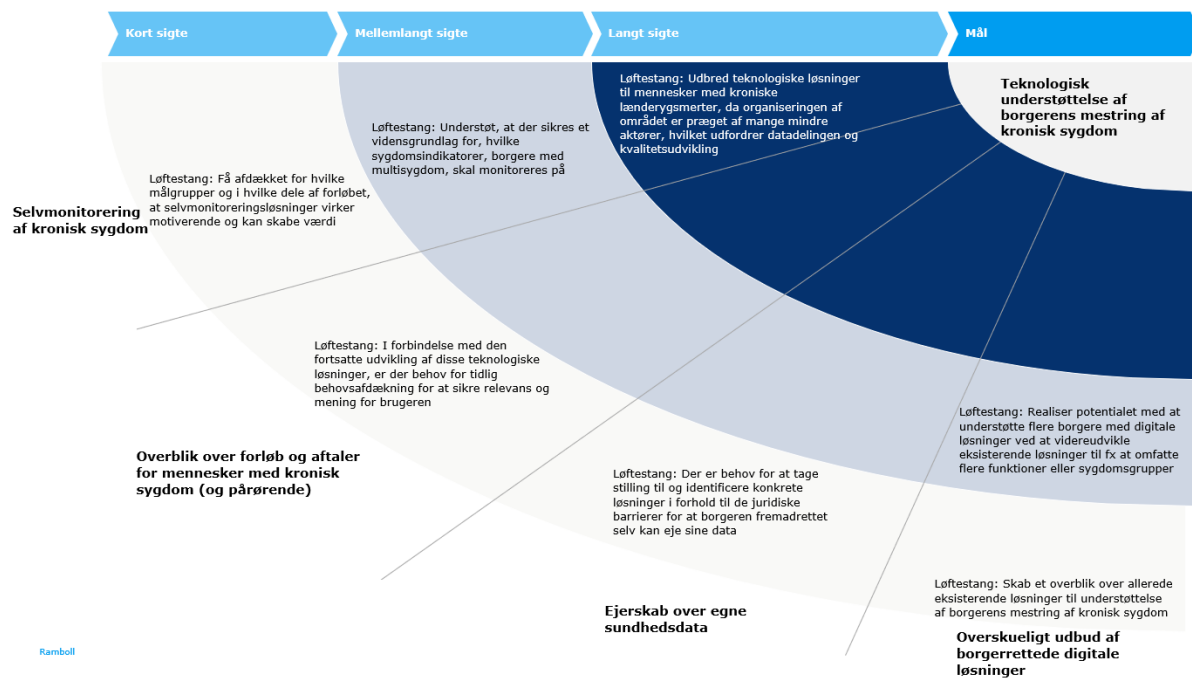
Afsættet for de to løftestænger under dette tema er vidensafdækningen, som viser, at der er et stort udbud af digitale løsninger til borgere i Danmark. I interviews fremhæver flere, at nogle borgere med kronisk sygdom kan have **vanskeligt ved at gennemskue, hvilke digitale løsninger de skal anvende til hvad**. Det kan skyldes, at flere af de eksisterende løsninger anvendes i forskellige sektorer (fx Digitale forløbsplaner anvendes i almen praksis til udvalgte målgrupper med kronisk sygdom, mens *LIVA-appen* (case nr. 7) anvendes i flere danske kommuner til borgere med ønske om støtte til livstilsændringer) og indeholder forskellige funktioner (fx MinSundhed, der udstiller borgere sundhedsdata og helbredsoplysninger registreret på tværs af sundhedsvæsenet, hvorimod *MinSP* (case nr. 5) kun udstiller regionale data, men samtidig rummer løsningen andre funktioner fx besvarelser af PRO-skemaer).

En udfordring, der kan tænkes at blive større i takt med, at flere digitale løsninger, såsom apps, udvikles. Særligt hvis de digitale løsninger målrettes en specifik kronisk sygdom, og borgere har flere samtidige sygdomme. Denne udfordring forstærkes alt andet lige i relation til social ulighed, da borgere med lav socioøkonomisk position og eventuel social udsathed traditionelt har vanskeligere ved at håndtere den kompleksitet, som opstår her.

Vidensafdækningen afdækker potentialerne ved at understøtte flere borgere med teknologiske løsninger. Antallet af allerede eksisterende løsninger taget i betragtning, ses der dog muligheder for at **udbrede de allerede eksisterende digitale løsninger**, hvor de ikke udbydes for nuværende. Der er derfor behov for at foretage en konkret vurdering af, om eksisterende løsninger kan tilpasses og videreudvikles, inden der igangsættes nyudvikling.

I figuren nedenfor er målbillede, temaer og dertilhørende løftestænger angivet grafisk. Løftestængerne illustrerer et mulighedsrum af initiativer på kort, mellemlangt og langt sigt til inspiration for det videre arbejde med at realisere målbilledet.

Figur 6-6: Målbillede og løftestænger i form af mulige initiativer til at styrke arbejdet for teknologisk understøttelse af borgeres mestring af kronisk sygdom



6.4 Målbillede 4: Reduktion af social ulighed i forløb

I dette afsnit udfoldes perspektiverne for det fremadrettede arbejde med at **reducere ulighed i indsatser og forløb** for borgere med kronisk sygdom. Selve målbilledet er opsummeret i tekstboksen nedenfor.

Boks 6-6: Målbillede for reduktion af social ulighed i forløb

Målet er at sikre let og lige adgang til sundhedsindsatser for alle borgere uanset socioøkonomisk position og livsomstændigheder, da forskelle på netop disse punkter i praksis betyder, at der ikke reelt er lige adgang til sundhedsindsatser for alle. For nuværende er der social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet bl.a. i forhold til hvem der deltager og profiterer af sundhedsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom. Målet er at reducere denne ulighed gennem en differentieret rekruttering og en mere individualiseret mulighed for deltagelse, som tager højde for, at mennesker har forskellige forudsætninger for mestre livet med kronisk sygdom, herunder opsøge, deltage og profitere af de eksisterende, standardiserede tilbud og indsatser.

Det er Rambølls vurdering, at løftestængerne, dvs. mulige initiativer til at understøtte realiseringen af dette målbillede, med fordel kan placeres i tre temaer. Hvert tema præsenteres nedenfor med tilhørende løftestænger samt en kort argumentation for hver af disse. De tre temaer afspejler samtidig en form for patientrejse fra rekruttering/opsøgende indsats over indretning og tilpasning af indsatsen til den enkeltes behov til aktiviteter målrettet fastholdelse, herunder sikring af fornøden koordination.

Figur 6-7: Tematisk opdeling i forhold til reduktion af social ulighed



Løftestænger til understøttelse af målbilledet

Rambøll vurderer med afsæt i vidensafdækningen, at der i blandt andre task forcens videre arbejde for at styrke området med fordel kan være et fokus på at sikre en **mere differentieret målgruppeafgrænsning** og efterfølgende rekruttering (og fastholdelse) af mennesker med kronisk sygdom. Inden for denne ramme skal særligt fremhæves følgende løftestænger:

Løftestang: Der er i forhold til udvikling af indsatser og/eller projekter et behov for at overveje afgrænsning af målgruppen i mindre segmenter, set i forhold til om der vil være delmålgrupper, som ikke vil profitere af tilbuddet uden en særligt opsøgende (håndholdt) indsats.

Løftestang: Afsøg mulighederne for inden for rammerne af persondatalovgivningen at bruge data (som fx journaludtræk), der er anvendelige til at identificere mennesker med kronisk sygdom, som potentielt vil have gavn af sundhedsindsatser, men som ikke selv har ressourcerne til at henvende sig til almen praksis eller kommunen eller at deltage i sammenhængende forløb på tværs af sektorer uden ekstra opmærksomhed fra de sundhedsfaglige aktører.

Løftestang: Der er behov for et skærpet fokus på udvikling af metoder til at møde mennesker med kronisk sygdom i sårbare eller udsatte livsomstændigheder, hvor de er. Vurdér i den forbindelse konkret i relation til specifikke delmålgrupper af mennesker med kronisk sygdom, om der er behov for en særlig håndholdt indsats i forhold til det opsøgende arbejde.

Med afsæt i vidensafdækningen kan der med fordel også være et fokus på at sikre **individualiserede og håndholdte forløb** for de særligt sårbare grupper af mennesker med kronisk sygdom. Inden for denne ramme skal særligt fremhæves følgende løftestænger:

Løftestang: Skab et øget fokus på at tilpasse indsatserne til de konkrete individuelle behov hos de forskellige delmålgrupper af mennesker med kroniske sygdomme. Dette vil for nogle delmålgrupper kræve relativt håndholdte indsatser, mens der for andre delmålgrupper er et oplagt potentiale i at arbejde empowerment-orienteret. Dvs. at øge differentieringen af indsatsen. Herunder kan indsatserne på flere områder med fordel gøres praksisnære for at øge sandsynligheden for fastholdelse af adfærdsændringer.

Løftestang: Der er behov for mere systematisk viden om konkrete metoder til individualisering, herunder både i den håndholdte og den mere empowerment-orienterede retning samt for spredning af denne viden blandt de sundhedsprofessionelle som inspiration og vejledning.

Løftestang: Individualisering vil for nogle delmålgrupper bl.a. omfatte indsatser for at reducere kompleksiteten i mennesker med kronisk sygdoms håndtering af egen situation. Herunder kan med fordel afsøges mulighederne for samarbejde med patientforeninger og frivillige i forhold til at hjælpe til at kunne navigere i kompleksiteten.

Afslutningsvis vurderes det, at der i det videre arbejde på området med fordel kan være et fokus på at **koordinere og fastholde de særligt sårbare borgergrupper** med kronisk sygdom i sundhedstilbud. Inden for denne ramme skal særlige fremhæves følgende løftestænger:

Løftestang: Det kan med fordel være et omdrejningspunkt for udvikling af nye indsatser, at informationsbyrden fjernes fra patienten og i stedet understøttes af datadeling på tværs af sektorer (kommune, region, almen praksis), samt at de sundhedsprofessionelle understøttes i at kunne varetage en sådan rolle. Se i øvrigt målbilledet for at understøtte sammenhæng på tværs af sektorer.

Løftestang: Der er et behov for at arbejde mere systematisk med understøttelse af særligt sårbare i forhold til fastholdelse via faste kontaktpersoner eller evt. faste behandlere på tilbudsniveau for derigennem at øge den relationelle tilknytning og tillid. Se også løftestang ovenfor om samarbejde med frivillige.

Løftestang: Der er et behov for mere specifik og individuel afstemning af valg af kommunikationsstrategi med afsæt i den enkelte borgers behov på indsatsniveau, således at *informationsindsatsen* (dvs. videreformidling af information) kombineres med relationsbåret formidling til og dialog med særligt sårbare grupper af borgere.

Baggrunden for løftestængerne er udfoldet i nedenstående afsnit.

J: Målgruppeafgrænsning og rekruttering

Afsættet for de tre løftestænger under temaet 'målgruppeafgrænsning og rekruttering' er resultater fra, at vidensafdækningen, der viser, at en potentiel konsekvens af menneskers forskellige for-

udsætninger for at mestre livet med kronisk sygdom, er en øget risiko for borgere i sårbare livs- og omstændigheder for tidlig sygdomsudvikling, for komplikationer i forbindelse med sygdom og for ikke at blive tilbudt eller for manglende deltagelse i behandling og rehabilitering.

Det er derfor centralt for reduktion af social ulighed at finde andre veje til identifikation af både sygdom og relaterede komplikationer. Forklaringen er velkendt og illustreret i case-kataloget: Der er borgere, hvor den gængse kombination af forebyggelse, undersøgelse/diagnose, behandling og evt. rehabilitering i praksis ikke er et tilbud, der gøres brug af i det omfang, det er socialt og sundhedsmæssigt hensigtsmæssigt.

For at undgå underdiagnosticering og/eller ubehandlet kronisk sygdom og den heraf afledte overdødelighed blandt målgruppen er der derfor **behov for en særlig indsats i det opsøgende arbejde** – og i nogle tilfælde også for fastholdelse efter den første rekruttering. Der er indikationer, om end evalueringsgrundlaget fortsat er sparsomt, på et ikke uvæsentligt økonomisk potentiale i tillæg til de sundhedsmæssige gevinster.

Fra dybdeafdækningen illustrerer indsatsen *Diabetesbussen* (case nr. 9) en relativt vidtgående håndholdt indsats med mobil komplikationsscreening til borgere med diabetes og som er socialt udsatte, hvor bussen besøger bosteder, herberger, fængsler mv. for sikre målgruppen lettilgængelig adgang til undersøgelse for senkomplikationer, der kan opstå som konsekvens af diabetes. Diabetesbussen reducerer konkret den geografiske afstand til sundhedsvæsenet. Casen er samtidig relativt intensiv og omkostningsfuld og illustrerer derfor også behovet for en tydelig målgruppeafgrænsning, så indsatsen målrettes de borgere, der har mest brug for den.

Et andet bud på rekruttering af sårbare borgere er den **databaserede, proaktive rekruttering**, hvor data om borgernes adfærd (fx oplysning om manglende indløsning af recepter eller adgang til behandlingsplaners oplysninger om manglende opnåelse af behandlingsmål) vil kunne anvendes til en målrettet identifikation af borgere i risiko for manglende behandling.

En konkret case her er *HjerteKomMidt* (case nr. 4), hvor kommunerne i regionen med udgangspunkt i data ønsker at arbejde på at øge henvisningerne fra sygehus til rehabilitering i kommunalt regi. Tilsvarende er der i *Sammen om dit helbred* (case nr. 10) arbejdet med anvendelsen af systematisk patientudtræk foretaget i de deltagende alment praktiserende lægers elektroniske patientjournaler med henblik på at identificere borgere i målgruppen til at deltage i indsatsen, som er målrettet udvalgte kroniske somatiske sygdomme hos borgere med en svær psykisk lidelse (diagnosticeret skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse). Sidstnævnte case viser dog også en af begrænsningerne, da erfaringerne særligt har været positive for den delmængde af målgruppen, der allerede har en god kontakt med deres alment praktiserende læge og er forholdsvis velbehandlede. Omvendt er det **vanskeligere at rekruttere borgere med lav eller ingen kontakt til deres alment praktiserende læge**, og som generelt har vanskeligt ved at mestre livet med somatisk kronisk sygdom. Dermed indikerer projektets resultater, at der bør tages andre indsatser i brug for at opspore og behandle de allermest sårbare, jf. de to første løftestænger.

K: Individualiserede og håndholdte forløb

Afsættet for disse løftestænger er en konstatering i flere cases af, at sundhedsvæsenet stiller en række krav til det enkelte menneske med kronisk sygdom, som vi har forskellige forudsætninger for at honorere. Derfor opstår der social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, hvilket bl.a. medfører mennesker i sårbare livssituationer og med kronisk sygdom har meget vanskeligt ved at få fuldt udbytte af det etablerede sundhedssystem. Nogle har svært ved at kommunikere med og anvende systemet, mens andre i højere grad har svært ved at tage initiativet og komme i sundhedstilbuddet. Komplexiteten er grundlæggende høj.

Det fremhæves i flere cases som nødvendigt for at reducere den social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, at særligt de mest sårbare borgere med kronisk sygdom får en målrettet indsats, der tager højde for den enkeltes behov, så der ikke er tale om et på forhånd fastlagte pakkeforløb, men at der er mulighed for at give individuelle tilpasninger.

I flere af de undersøgte cases fremhæves det, at et særligt perspektivrige element i opgaveløsningen over for de mest sårbare borgere med kronisk sygdom er **muligheden for at tilrettelægge en særlig individuel og håndholdt indsats**. Dette har kommunerne i højere grad mulighed for at levere inden for det kommunale selvstyre, da rammerne tillader, at indsatsen tilrettelægges ud fra det lokale behov. Dette skaber imidlertid et dilemma i forhold til behovet for øget ensartethed i tilbudsløsningen og herunder den øgede brug af kvalitetsstandarder i de kommunale sundhedsindsatser med henblik på at sikre tilstrækkelig rekruttering til indsatserne fra øvrige sundhedsaktører.

Diabetesbussen (case nr. 9) er et eksempel på en meget håndholdt og målrettet indsats. Et andet eksempel er *Sammen om diabetes* (case nr. 13), hvor indsatsen foregår på et antal forskellige sprog med henblik på at sikre, at borgere med dansk som andet sprog også kan profitere af indsatsen. I begge indsatser bliver praksisnære øvelser også fremhævet som virkningsfulde, da borgeren selv får lov at afprøve, hvilken betydning fx motion har for borgerens blodsukker.

I forlængelse af dette påpeges det som værende væsentligt, at **indsatsen opleves som meningsfuld for borgeren, hvilket kan opnås ved at skræddersy indsatsen**. I flere cases arbejdes med længere varighed af konsultationen for at sikre tid til en personcentreret tilgang. I indsatsen *Fleksible konsultationer* (case nr. 11) arbejdes med meningsskabelsen via medbestemmelse til patienten i forhold til hyppigheden af konsultationer og en fælles dagsordensættelse.

L: Koordinering og fastholdelse i sundhedstilbud

Afsættet for løftestænger hørende under dette tema er en konstatering af, at mennesker med kroniske sygdom ofte både har behov for en vedvarende behandlingsindsats og en indsats, der trækker på ydelser på tværs af sundhedsvæsenet. Det stiller krav til koordinationen på tværs af aktører, og her oplever mange mennesker med kronisk sygdom, at de selv skal fungere som tovholder i forhold til både behandling, rehabilitering, medicinering og lignende. Det stiller store krav til den enkeltes ressourcer og som tidligere nævnt har mennesker forskellige forudsætninger for at mestre livet med kronisk sygdom, hvilket kan medføre, at borgeren ikke kan overskue sit forløb og ikke får den nødvendige hjælp.

De tre løftestænger adresserer dette ved dels **at fjerne en del af informationsbyrden fra patienterne**, dels at **understøtte forløbet gennem faste kontaktpersoner** (som også kan bære informationer videre) og ved at **kommunikere præcist og målrettet**.

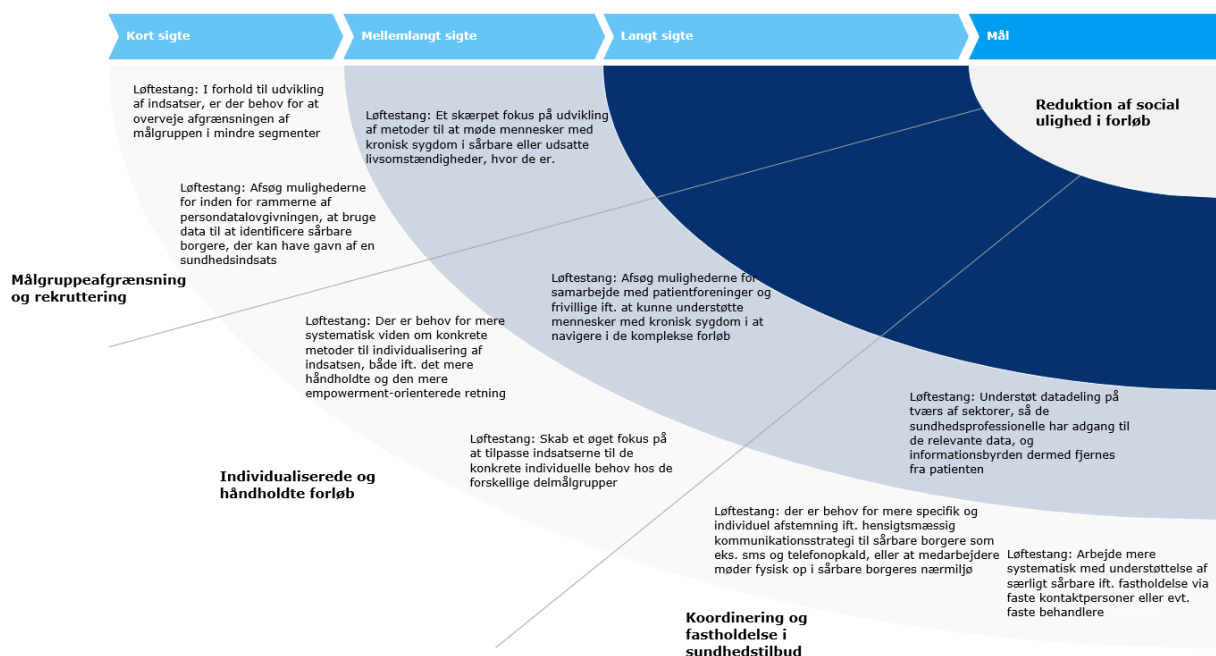
Fra casekataloget kan nævnes indsatsen *Samblik* (case nr. 1), hvor en teknologisk løsning deler sygdomsspecifikke data mellem sundhedsprofessionelle, som behandler borgere med type 2-diabetes. Hermed klædes de sundhedsprofessionelle bedre på til at understøtte borgerne i at komme til deres aftaler og følge deres forløb, og indsatsen understøtter dermed fastholdelsen. I indsatsen *BackTrace* (case nr. 8) skal en app gøre det muligt for borgeren at dele sundhedsoplysninger med aktører som fx jobcentret og dermed skabe bedre sammenhæng i tværgående forløb. Endelig viser indsatsen *V4M* (case nr. 6), hvordan et videomøde om en ældre patients hospitalsindlæggelse muliggør udveksling af viden om patientens livs- og sygdomshistorie, så det undgås, at patienten skal være den primære informationsbærer.

Understøttelse af de sårbare borgere i deres forløb af fx en fast kontaktsygeplejerske eller fast behandler, der agerer tovholder, kan være virkningsfuldt i forhold til at opbygge en tillidsfuld relation, skabe kontinuitet og fastholde borgeren i indsatsen. I indsatsen *Navigatortilbud* (case nr. 12) får socialt sårbare kræftpatienter tilknyttet en frivillig navigator, som støtter dem i deres kræftforløb fra diagnose og behandling på sygehuset til kommunal rehabilitering. Et lignende eksempel er i indsatsen *Sammen om diabetes* (case nr. 13), hvor der tilbydes brobygningsforløb til sårbare borgere, som kan få følgeskab til besøg i sundhedsvæsenet, træningsaktiviteter og foreningsliv.

Vidensafdækningen viser endelig behov for grundigt at overveje valg af kommunikationsstrategi til mennesker med kronisk sygdom, da vi som nævnt har forskellige forudsætninger for at mestre livet med kronisk sygdom, herunder at forstå information fra sundhedsvæsenet. Der er flere eksempler på, at e-mails og den traditionelle kommunikationsform ikke virker hensigtsmæssigt for mennesker i sårbare eller udsatte livsomstændigheder, fx pga. sprogbarrierer eller psykiske barrierer. Som i eksemplerne ovenfor kan den håndholdte og relationsbårne kommunikation over for målgruppen medvirke til at sikre fastholdelse. Dette ses bl.a. i indsatsen *Sammen om dit helbred* (case nr. 10), hvor borgeren modtager et påmindelsesopkald på dagen for konsultationen, eller i indsatsen *Fleksible konsultationer* (case nr. 11), hvor der anvendes sms og telefonopkald imellem konsultationer, som også medvirker til en kontinuerlig håndholdt støtte og fastholder borgeren i indsatsen.

I figuren nedenfor er målbillede, temaer og dertilhørende løftestænger angivet grafisk. Løftestængerne illustrerer et mulighedsrum af initiativer på kort, mellemlangt og langt sigt til inspiration for det videre arbejde med at realisere målbilledet.

Figur 6-8: Målbillede og løftestænger i form af mulige initiativer til at understøtte reduktion af social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet



7. BILAG 1 – METODE

For at sikre en solid vidensafdækning er der taget udgangspunkt i forskellige dataindsamlingsmetoder, der skal sikre bredden i den viden, der kortlægges, samt dybden i afdækningen af de udvalgte cases. Følgende dataindsamlingsaktiviteter er gennemført:

- En *kommunal spørgeskemaundersøgelse* til at sikre bredden af indsatser og erfaringer i forhold til borgere med kronisk sygdom i kommunalt regi.
- En *desk research* for at skabe overblik over eksisterende forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorer samt sikre bredden af viden i forhold til igangværende projekter, initiativer og puljer, der har forløb for mennesker med kronisk sygdom.
- Derudover er der foretaget *interviews* med flere forskellige aktører og videnspersoner, heriblandt regionale aktører, alment praktiserende læger, patientorganisationer og eksperter.
- Endelig er der i dybdeafdækningen benyttet en *casebaseret tilgang*, hvor der er foretaget dybdegående interviews med de relevante aktører i de udvalgte cases.

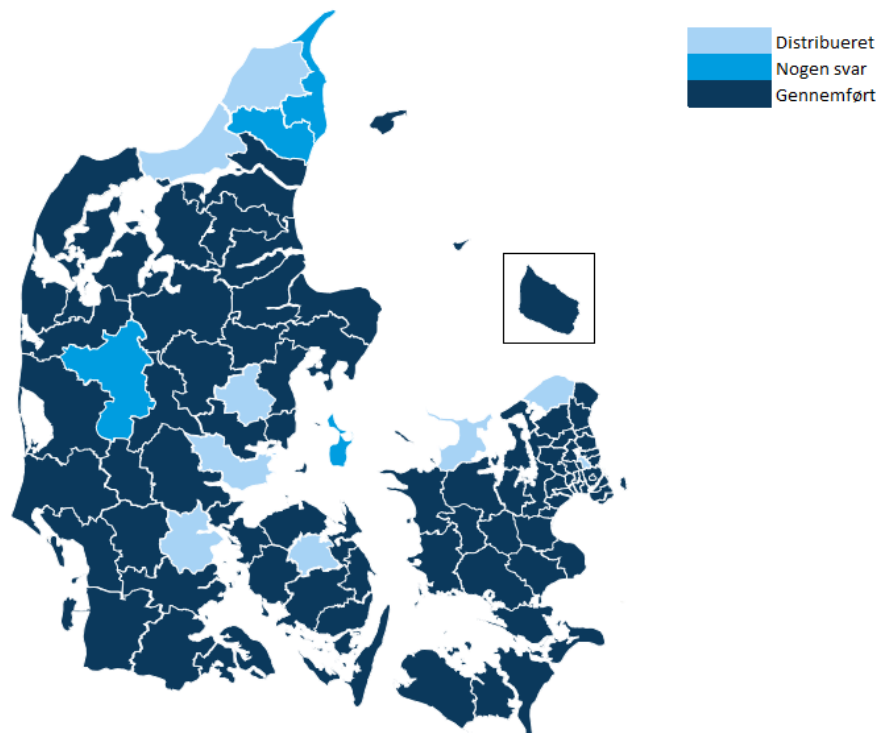
Kommunal spørgeskemaundersøgelse

Som led i breddeafdækningen er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedschefer/-direktører i alle landets 98 kommuner. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var dels at tilvejebringe viden om kommunernes implementering af nationale og regionale anbefalinger for indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom, dels at indsamle viden i bredden om kommunernes arbejde med og vurdering af deres egne indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom.

Spørgeskemaet er udsendt til sundhedschefer i kommunerne, men det er i distributionsmailen blevet italesat, at spørgeskemaet skal besvares af en medarbejder, der ved, hvordan man i kommunen arbejder med indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom. Sundhedschefen har derfor haft mulighed for at videresende mailen til kollegaer i kommunen, såfremt de har vurderet, at andre har haft bedre forudsætninger for at svare på de enkelte spørgsmål. Det er en mulighed, som mange kommuner har gjort brug af (jf. Figur 8-1 i bilag 2).

Det er alt i alt 85 ud af 98 kommuner, der har gennemført spørgeskemaundersøgelsen. Det giver en tilfredsstillende svarprocent på 87 pct. Der er yderligere fire kommuner, der har gennemført dele af spørgeskemaundersøgelsen, mens de sidste ni kommuner ikke har besvaret alle spørgsmål. Figuren nedenfor giver et overblik over, hvilke kommuner der har gennemført spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 7-1: Kommunernes deltagelse i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse



Note: Analyserne i indeværende kortlægning er alene baseret på besvarelser fra de 85 kommuner, der har gennemført hele spørgeskemaundersøgelsen.

Selvom der i spørgeskemaundersøgelsen er tilvejebragt en tilfredsstillende svarprocent, der bidrager til at styrke kortlægningens udsagnskraft, så skal analyserne fra den kommunale spørgeskemaundersøgelse læses med forbehold for, at det er kommunerne selv, der vurderer deres arbejde.

Kommunerne er blevet gjort bekendt med, at Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen får adgang til besvarelser fra den enkelte kommune, og det kan derfor ikke afvises, at nogle kommuner potentielt har afgivet deres svar med dette *in mente* (jf. generelle udfordringer med social desirability bias i spørgeskemaundersøgelser). Det ændrer dog ikke ved, at spørgeskemaundersøgelsen bidrager med vigtig viden i bredden om kommunernes arbejde med kronikerområdet, der sammen med de øvrige datakilder i breddeafdækningen er med til at skabe overblik over eksisterende indsatser og initiativer målrettet borgere med kronisk sygdom.

Desk research

Formålet med desk researchen er at supplere og understøtte data fra survey og interviews med henblik på at give et samlet overblik over indsatser for borgere med de udvalgte kroniske sygdomme på tværs af centrale aktører i sundhedsvæsenet (regioner, kommuner, patientforeninger og praktiserende læger). Med desk researchen ønsker Rambøll at:

- 1) skabe en oversigt over eksisterende forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser målrettet de udvalgte kroniske sygdomme, der eksisterer på nationalt plan, i kommuner, regioner og almen praksis samt i patientforeninger og i privat regi.
- 2) afdække igangværende og relevante projekter, initiativer og puljer, der involverer forløb for mennesker med kronisk sygdom.
- 3) afdække social ulighed i sundhedsindsatserne samt initiativer, der har til formål at reducere denne.

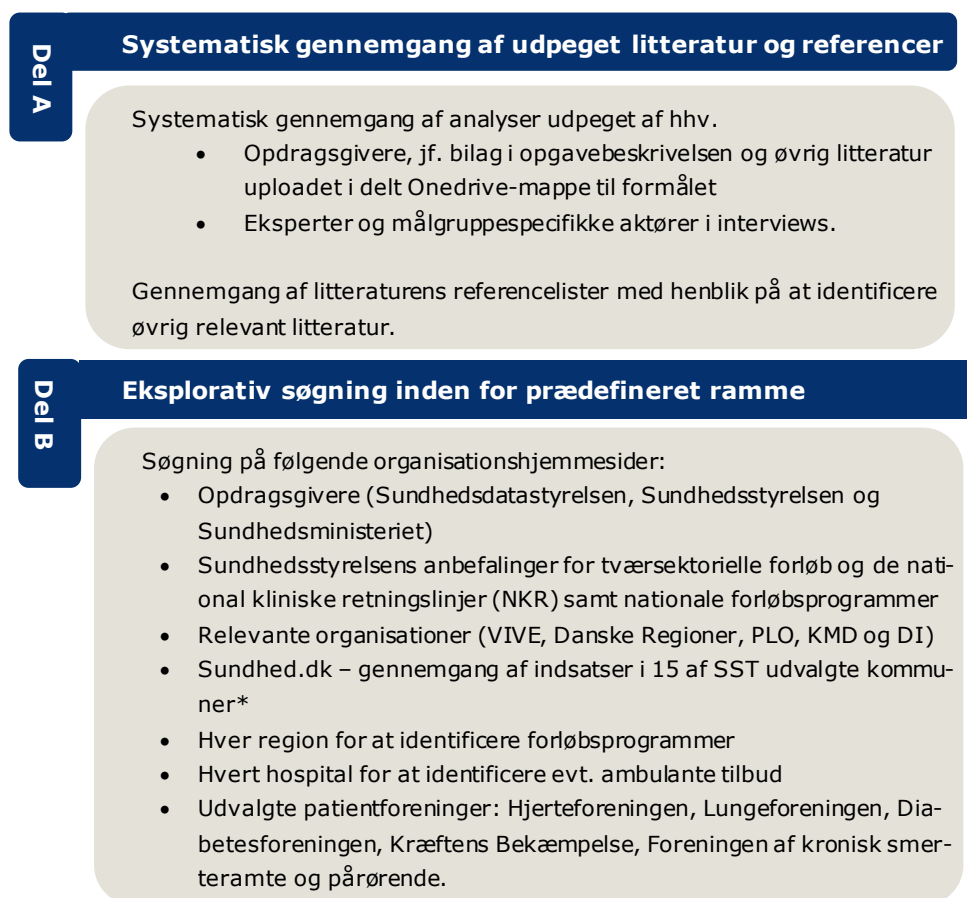
- 4) afdække anvendelse af teknologiske løsninger og datapraksis og -understøttelse i forløb til mennesker med kronisk sygdom.

Desk researchen er inddelt i en del A og en del B. Der er i forbindelse med søgningen oprettet **en datamatrix** til at skabe overblik over indsatser og vidensbidrag. Her er indsatsbeskrivelser og relevant materiale indsat og beskrevet ud fra en række parametre, alt afhængig af om de hører til del A eller del B.

Del A indeholder en systematisk gennemgang af litteratur angivet i bilaget "opdragsgiveres opgavebeskrivelse" og af litteratur udpeget i ekspert- og målgruppespecifikke interviews. Størstedelen af det identificerede vidensbidrag i del A indeholder derfor beskrivelser, evalueringer og analyser af teknologi og datadeling på tværs af sundhedssektoren. I datamatrixen er den relevante viden for del A vurderet og beskrevet ud fra parametre, såsom hvorvidt data understøtter den primære sektor (borgere og sundhedsprofessionelle) eller den sekundære sektor (på beslutnings-, koordinerings- og monitoreringsniveau) samt de tekniske forudsætninger for datadeling.

Del B indeholder en specifik søgning på opdragsgiveres samt øvrige relevante organisationers hjemmesider ved hjælp af en række søgeord inden for prædefinerede kategorier (se tabel 1). Derudover indgår hjemmesiderne for de fem regioner i søgningen.

Figur 7-2: Kommunernes deltagelse i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse



I samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen er en række kommuner, organisationer og foreninger udpeget som mål for søgningen. De udvalgte kommuner er følgende:

- Region Hovedstaden: Gentofte, Gribskov, Høje-Taastrup
- Region Sjælland: Roskilde, Sorø, Lolland
- Region Syddanmark: Odense, Vejen, Kerteminde
- Region Midtjylland: Lemvig, Aarhus, Ikast-Brande
- Region Nordjylland: Aalborg, Morsø, Hjørring.

De udvalgte organisationer og foreninger er desuden: VIVE, Danske Regioner, PLO, KMD, Dansk Industri, Hjerteforeningen, Lungeforeningen, Diabetesforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Foreningen af Kronisk Smerteramte og Pårørende.

Tabel 7-1: Søgeord til brug i eksplorative søgninger på hjemmesider med en søgefunktion

Kategori	Søgeord
Kroniske sygdomme	KOL /kronisk obstruktiv lungesygdom, diabetes /sukkersyge Hjertesygdom /iskæmisk hjertesygdom/hjertesvigt/hjerteinsufficiens/hjerteklapsygdom/hjerterytmeforstyrrelse/atrieflimren, kroniske lænderygsmarter /rygsygdom, kræft /cancer, multisygdom /komorbiditet.
Social ulighed	Social gradient, social ulighed, social position, systematisk skævhed.
Teknologi og data	Telemedicin, informations- eller kommunikationsteknologi, PRO, dataunderstøttelse, telemonitorering, hjemmemonitorering, distancebehandling, telerehabilitering, skærmesøg, virtuel patientkontakt.
Indsatsområde	Forebyggelse, behandling, rehabilitering, genoptræning, projekt, initiativ, forløb, pulje, satspulje.

I del B er relevante indsatser, puljer og vidensbidrag vurderet og beskrevet ud fra parametre som fokus på social ulighed, teknologi- og dataunderstøttelse samt effekten af de identificerede indsatser, projekter, initiativer og puljer.

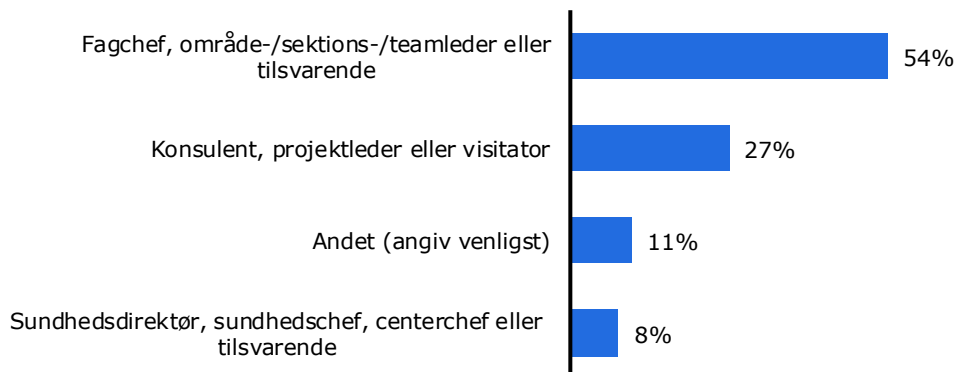
Interviews

I breddeafdækningen er der foretaget interviews med relevante aktører fra regioner og almen praksis med det formål at supplere spørgeskemaundersøgelsen og desk researchen med viden om eksisterende indsatser målrettet de udvalgte kroniske sygdomme i hhv. regionalt regi og i almen praksis, identificere indsatser rettet mod social ulighed og afdække indsatsernes teknologiske løsninger og datapraksis. Desuden er der gennemført en række målgruppespecifikke interviews med aktører fra udvalgte patientorganisationer og eksperter. Interviewene er baseret på semistrukturerede spørgeguides, struktureret efter en sektortilpasset version af spørgerammen for survey. Det gør det muligt for interviewdeltagerne selv at bringe emner på banen.

I dybdeafdækningen har Rambøll foretaget kvalitative interviews med relevante aktører i de udvalgte cases. Interviewene er afholdt virtuelt. Der er afholdt 1-4 interviews pr. case baseret på semistrukturerede interviewguides, der sikrer en systematisk afdækning af de ønskede tematikker. Casene kan findes i kataloget for beskrivelsen af de udvalgte cases.

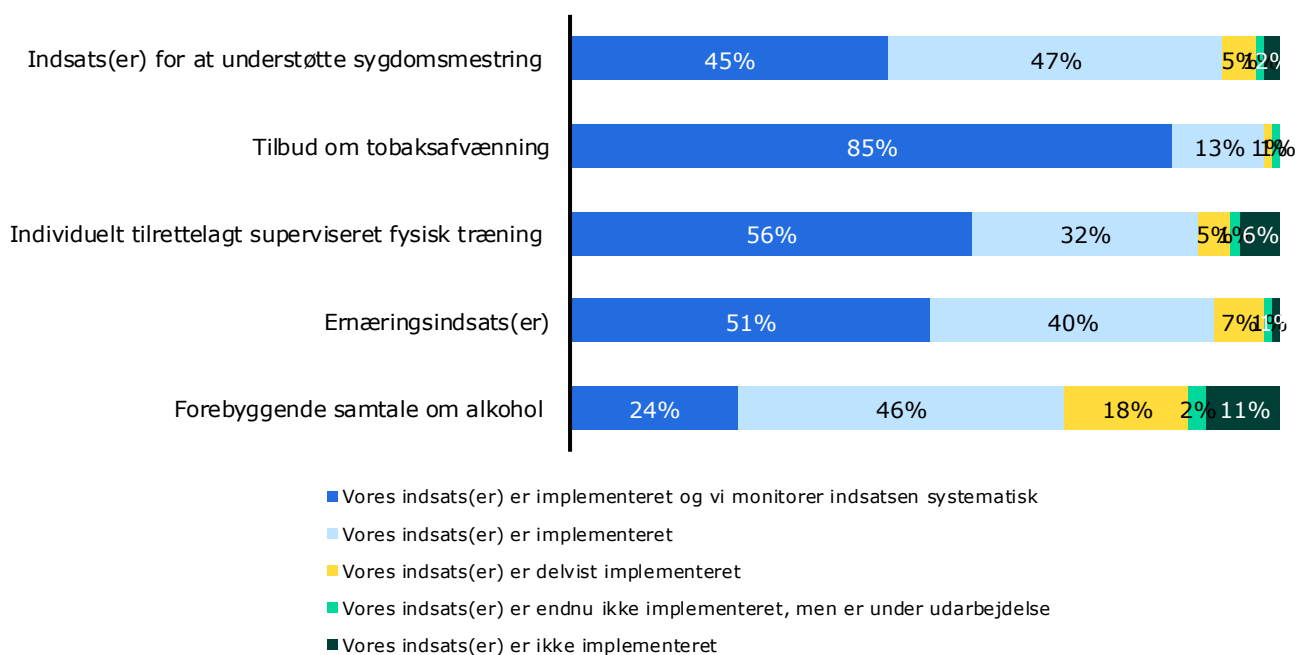
8. BILAG 2 – FIGURER FRA SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE

Figur 8-1: Respondenternes rolle i kommunen



Note: N=85. Spørgsmålsformulering: Hvad er din rolle i kommunen?

Figur 8-2: Kommunernes implementering af nationale anbefalinger for forebyggelsestilbud



Note: N=85. Spørgsmålsformulering: Hvilken af nedenstående udsagn beskriver bedst kommunens implementering af følgende forebyggelsesindsatser til borgere med kronisk sygdom efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom fra 2016? Sundhedsstyrelsen anbefalinger var tilgængelige som en del af spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 8-3: Andelen af kommuner med yderligere ikke-sygdomsspecifikke forebyggelsesindsatser



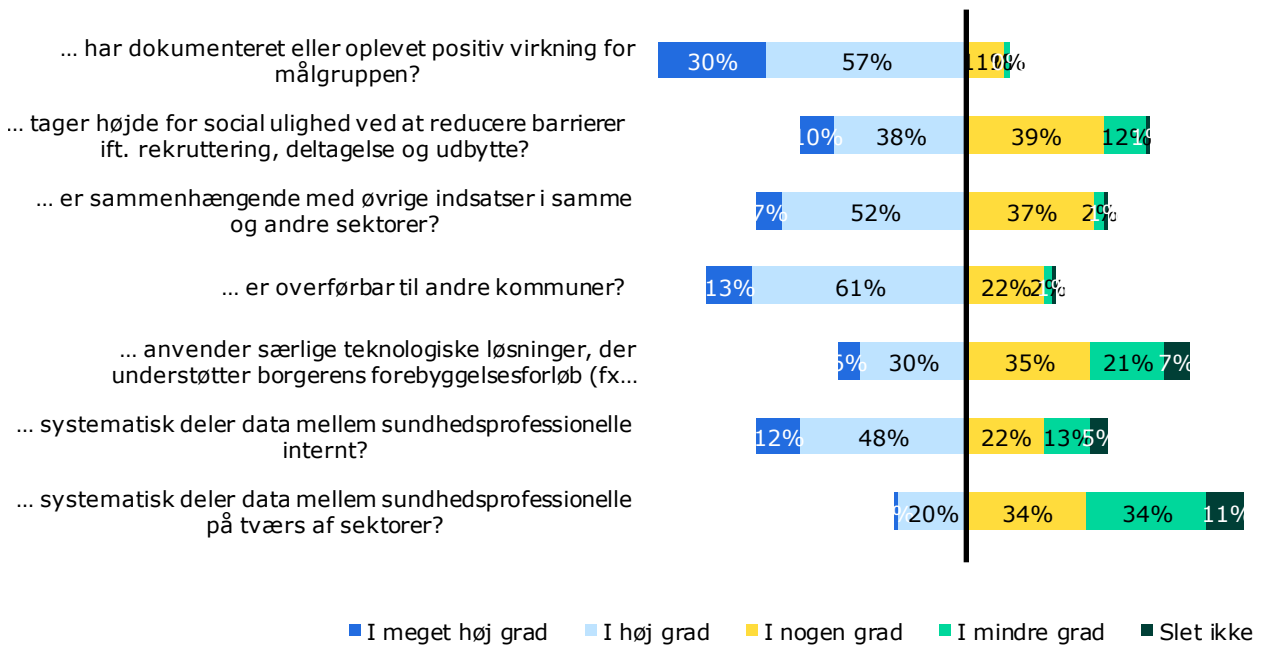
Note: N=85. Spørgsmålsformulering: Har i yderligere ikke-sygdomsspecifikke forebyggelsesindsatser rettet mod mennesker med kronisk sygdom udover de fem ovenstående indsatser?

Figur 8-4: Kommunernes brug af afklarende samtaler til opstart af forebyggelsesforløb



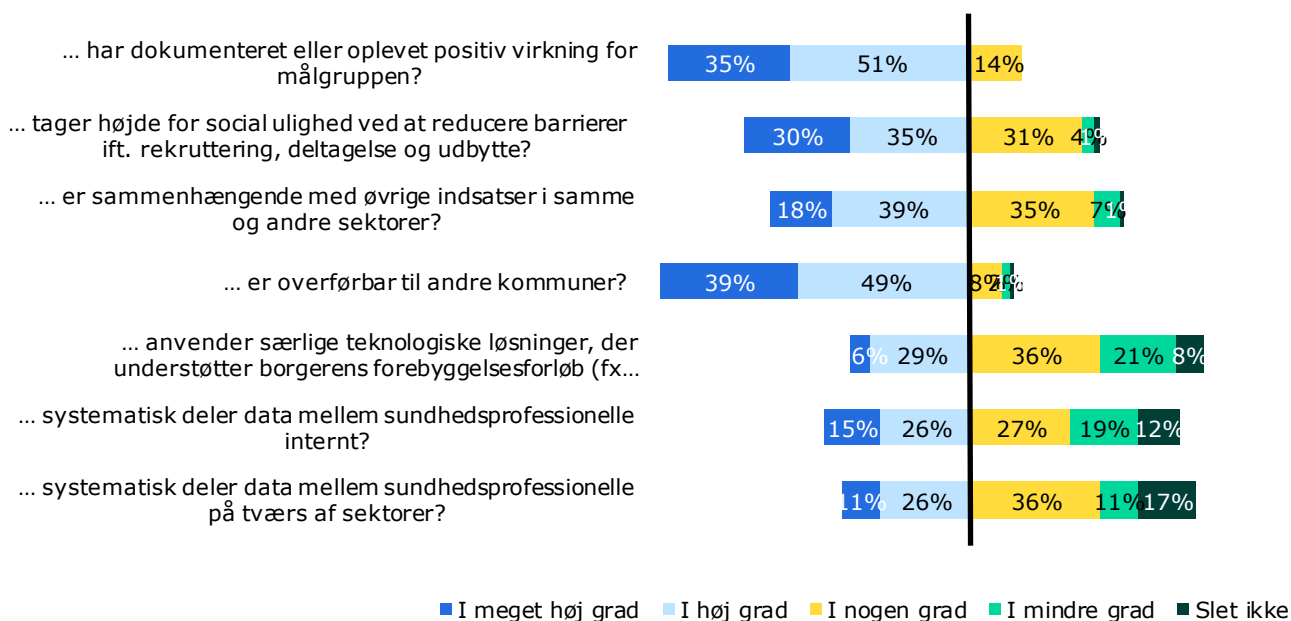
Note: N=85. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad gør kommunen brug af afklarende samtaler til opstart af forebyggelsesforløb for mennesker med kronisk sygdom?

Figur 8-5: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres indsats(er) for at understøtte sygdomsmestring ...



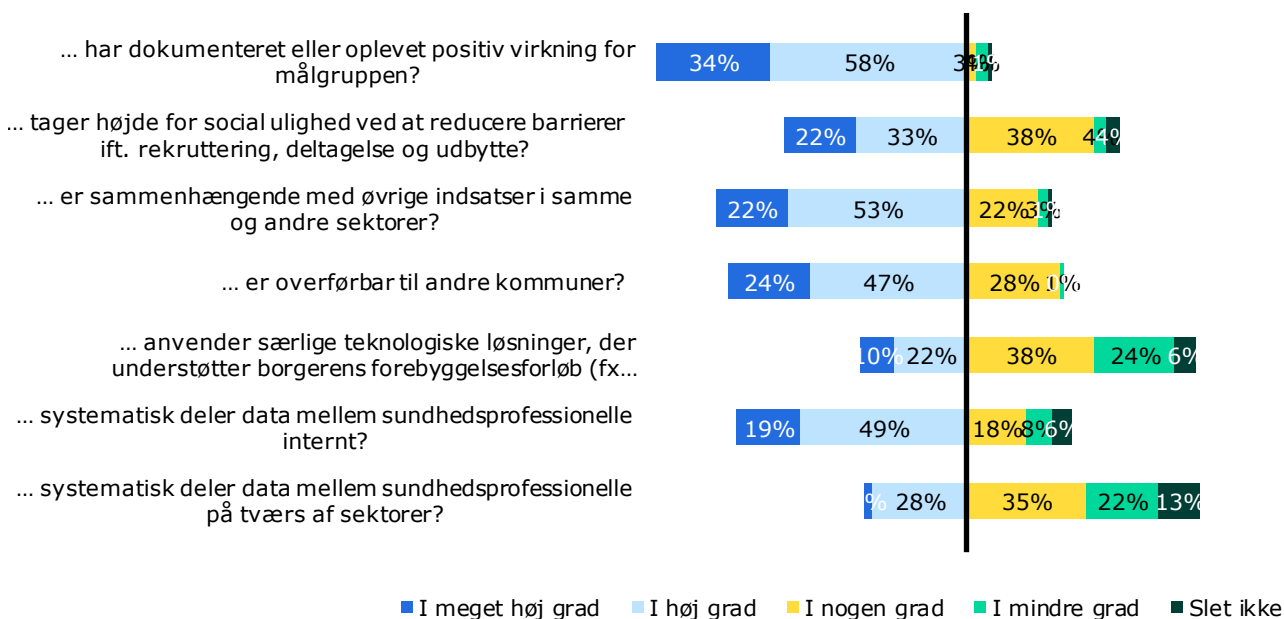
Note: N= 82. Kun kommuner, der har implementeret indsats(er) for at understøtte sygdomsmestring, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens indsats(er) for at understøtte sygdomsmestring hos borgere med kronisk sygdom ...

Figur 8-6: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres tilbud om tobaksafvænnig ...



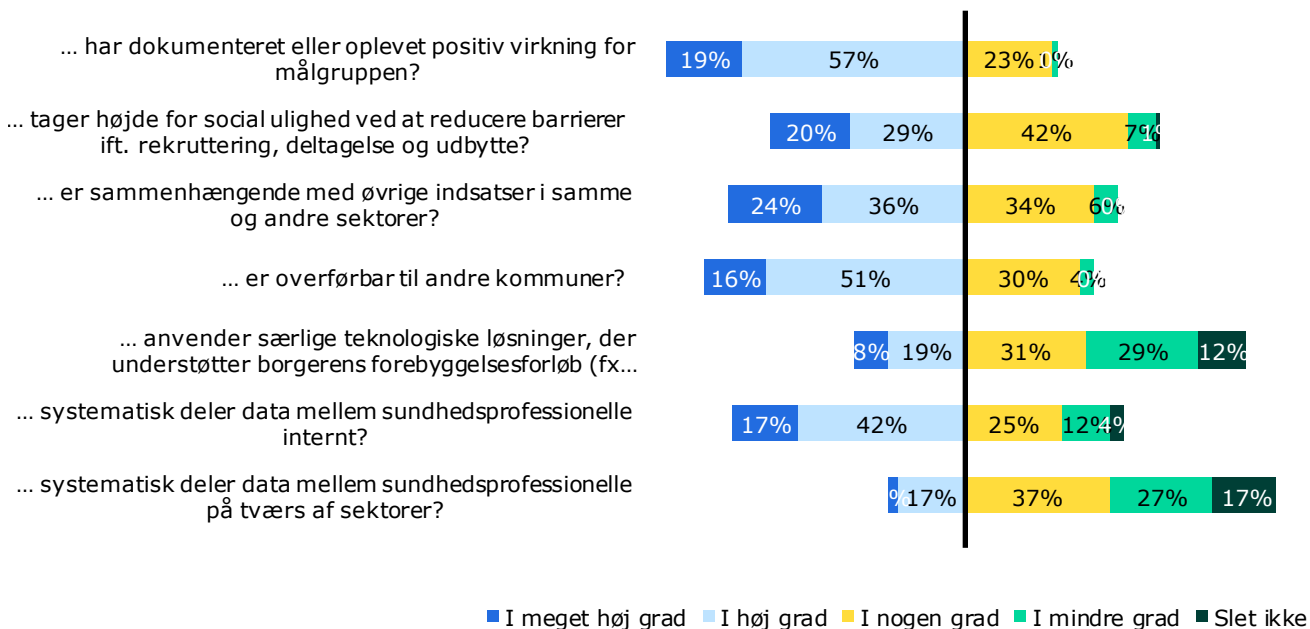
Note: N= 84. Kun kommuner, der har implementeret tobaksafvænnig, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens tilbud om tobaksafvænnig ...

Figur 8-7: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres tilbud individuelt tilrettelagt superviseret fysisk træning ...



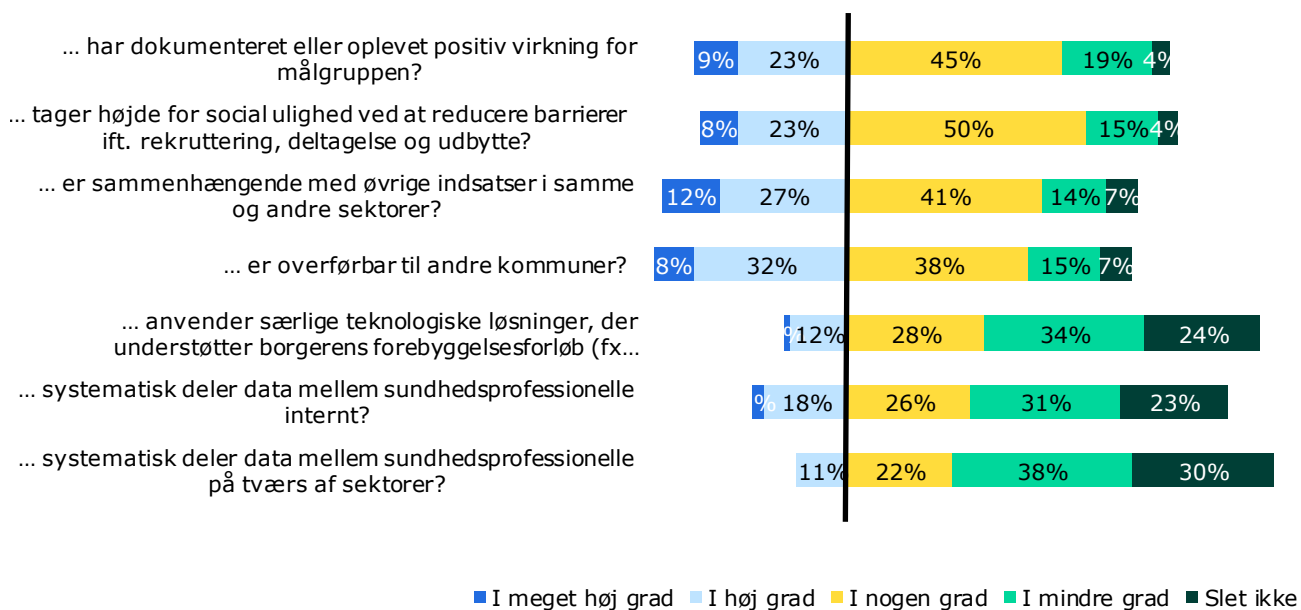
Note: N=79. Kun kommuner der har implementeret individuelt tilrettelagt superviseret fysisk træning, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens tilbud om individuelt tilrettelagt superviseret fysisk træning g...

Figur 8-8: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres ernæringsindsats(er) ...



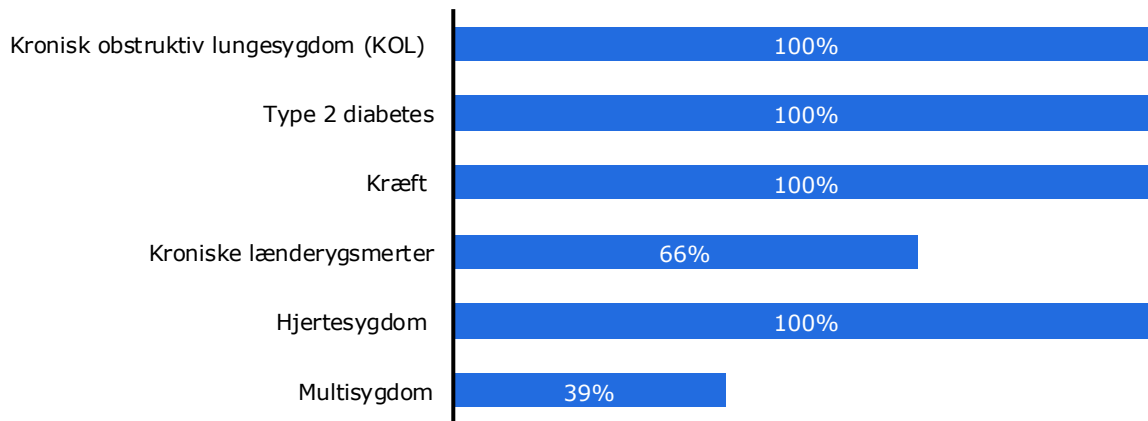
Note: N=83. Kun kommuner, der har implementeret ernæringsindsats(er), har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens ernæringsindsats(er) ...

Figur 8-9: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres indsats med forebyggende samtale om alkohol ...



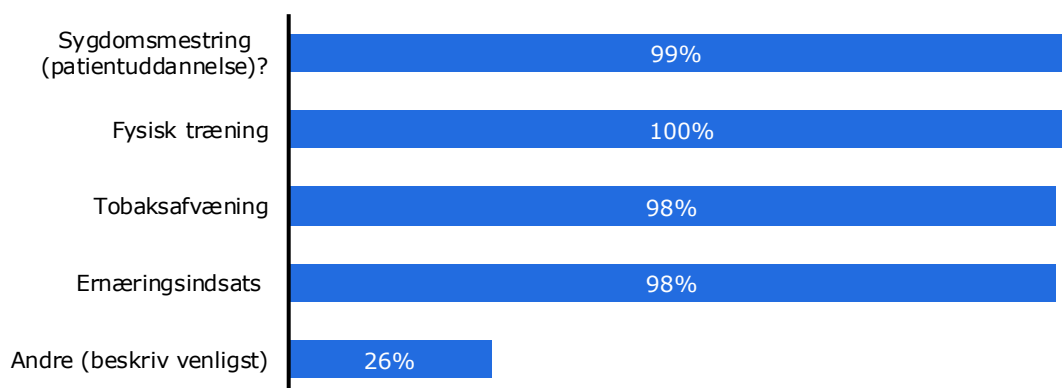
Note: N=74. Kun kommuner, der har implementeret forebyggende samtale om alkohol, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens indsats med forebyggende samtale om alkohol ...

Figur 8-10: Andelen af kommuner, der har rehabiliteringsindsatser målrettet nedenstående målgrupper



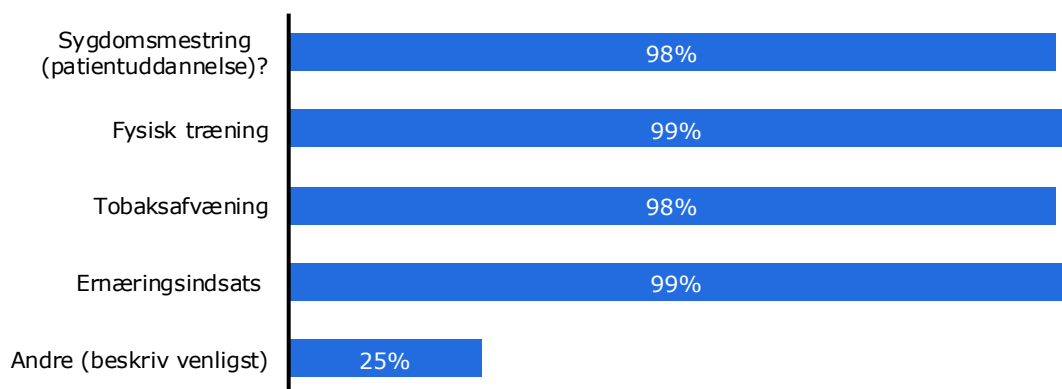
Note: N=85. Spørgsmålsformulering: Hvilken målgruppe af borgere med kronisk sygdom har kommunen sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet til?

Figur 8-11: Andelen af kommuner, der tilbyder nedenstående til sundhedsfaglige indsatser til borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)



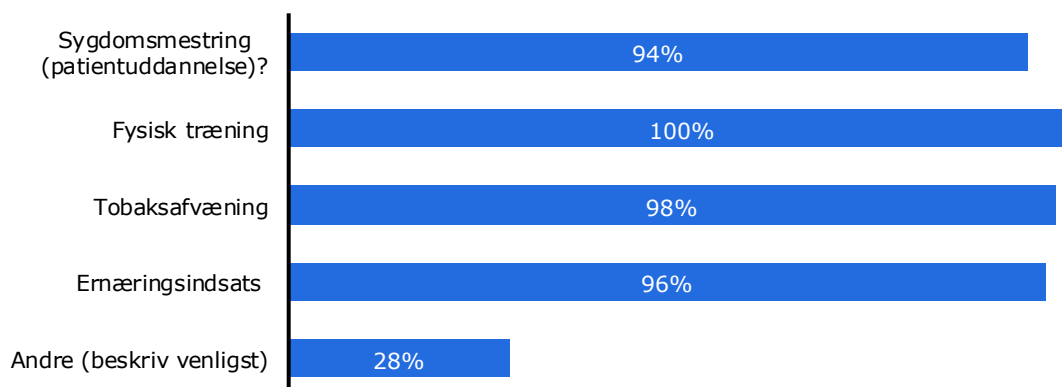
Note: N=85. Kun kommuner, der har sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet kronisk obstruktiv lungesygdom, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: Hvilke af nedenstående sundhedsfaglige indsatser tilbyder kommunen til borgere med følgende kroniske sygdomme? – Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Figur 8-12: Andelen af kommuner, der tilbyder nedenstående til sundhedsfaglige indsatser til borgere med type 2-diabetes



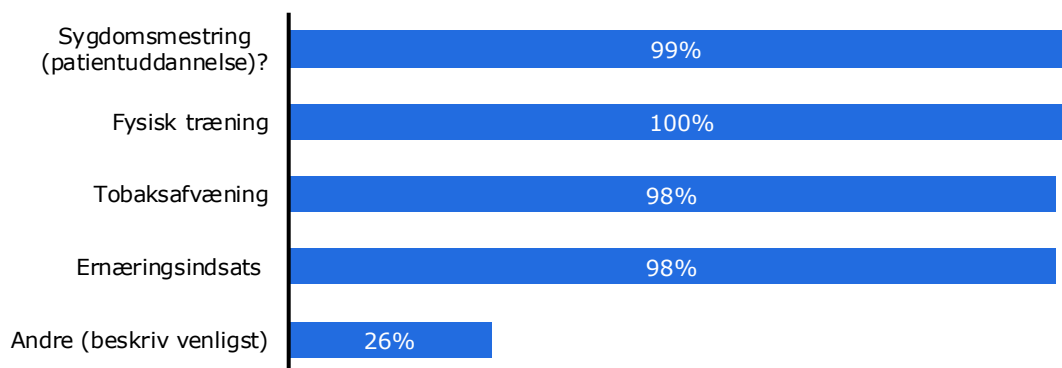
Note: N=85. Kun kommuner, der har sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet type 2-diabetes, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: Hvilke af nedenstående sundhedsfaglige indsatser tilbyder kommunen til borgere med følgende kroniske sygdomme? – Type 2-diabetes.

Figur 8-13: Andelen af kommuner, der tilbyder nedenstående til sundhedsfaglige indsatser til borgere med kræft



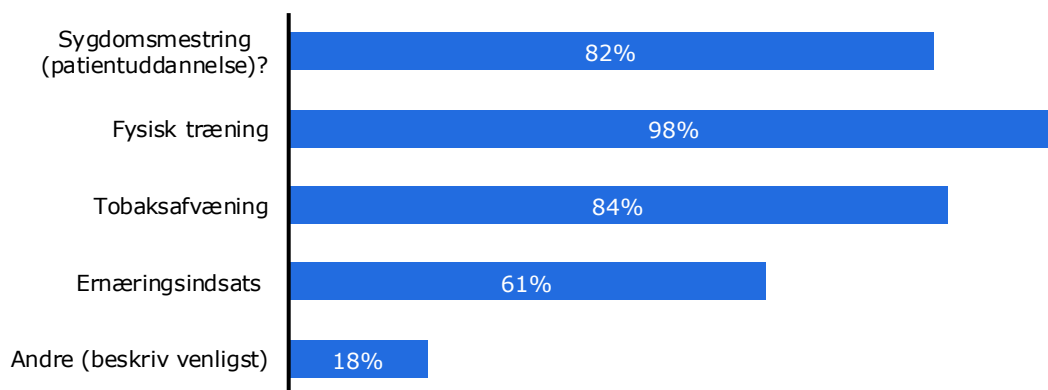
Note: N= 85. Kun kommuner, der har sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet kræft, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: Hvilke af nedenstående sundhedsfaglige indsatser tilbyder kommunen til borgere med følgende kroniske sygdomme? – Kræft.

Figur 8-14: Andelen af kommuner, der tilbyder nedenstående til sundhedsfaglige indsatser til borgere med hjertesygdom



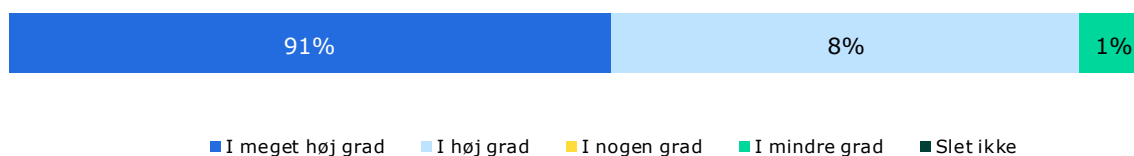
Note: N= 85. Kun kommuner, der har sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet hjertesygdom, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: Hvilke af nedenstående sundhedsfaglige indsatser tilbyder kommunen til borgere med følgende kroniske sygdomme? – Hjertesygdom.

Figur 8-15: Andelen af kommuner, der tilbyder nedenstående til sundhedsfaglige indsatser til borgere med kroniske lænderygsmærter



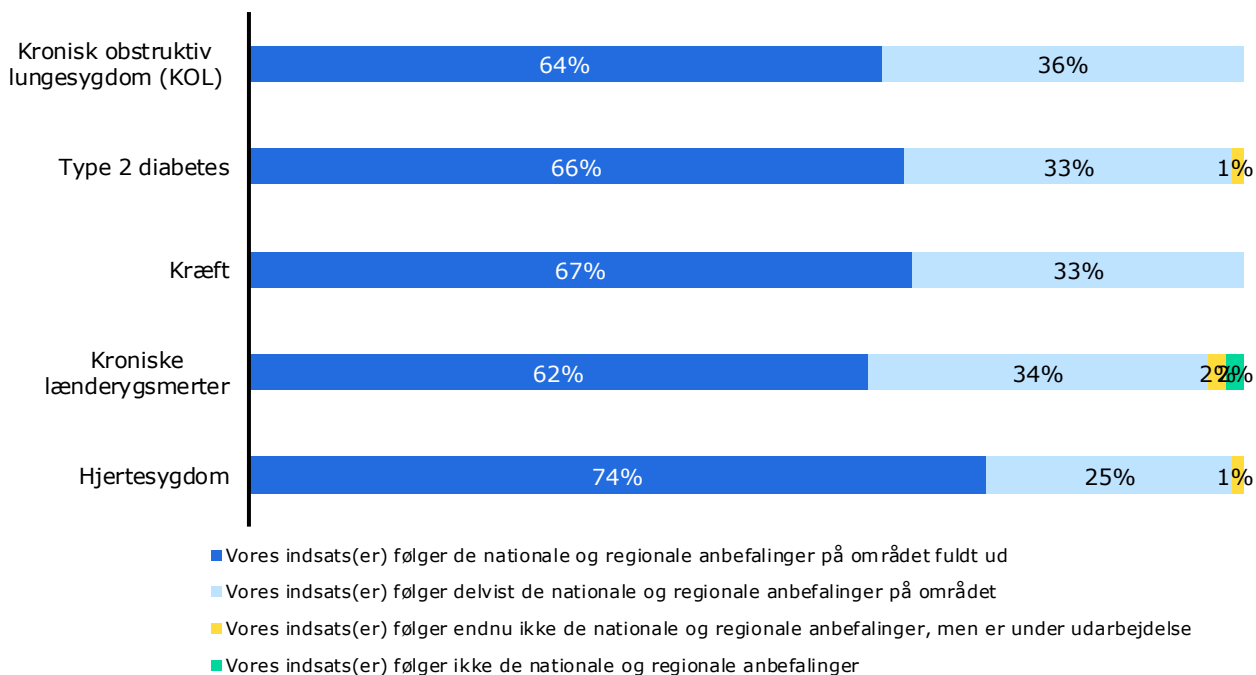
Note: N= 56. Kun kommuner, der har sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet kroniske lænderygsmærter, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: Hvilke af nedenstående sundhedsfaglige indsatser tilbyder kommunen til borgere med følgende kroniske sygdomme? – Kroniske lænderygsmærter.

Figur 8-16: Kommunernes brug af afklarende samtaler til opstart af rehabiliteringsforløb



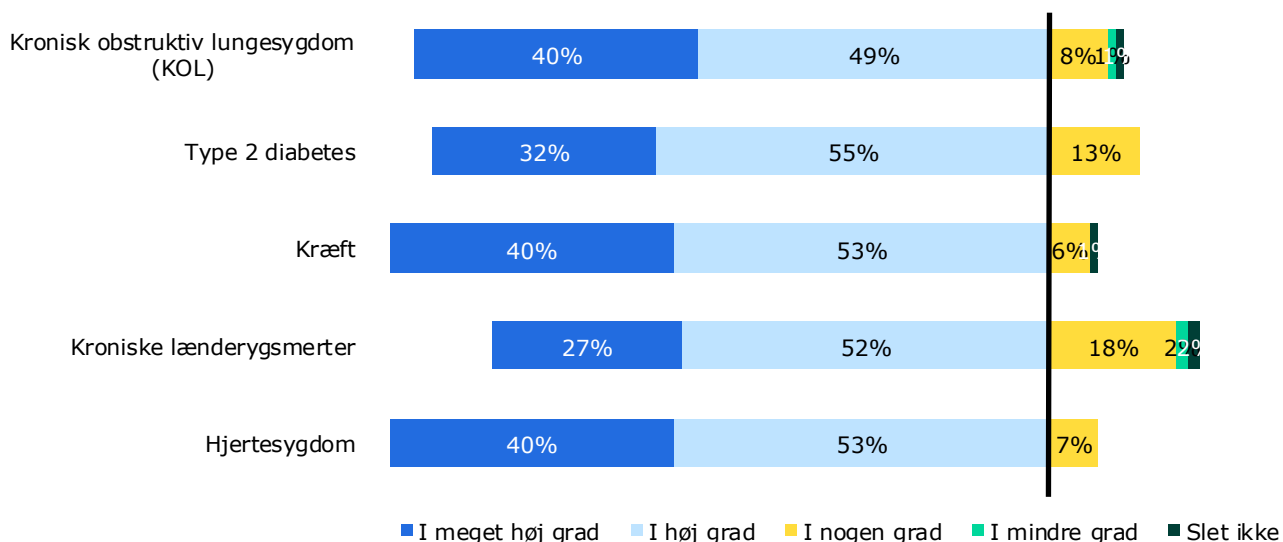
Note: N= 85. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad gør kommunen brug af afklarende samtaler til opstart af rehabiliteringsforløb for borgere med kronisk sygdom?

Figur 8-17: Kommunernes implementering af nationale og regionale anbefalinger for rehabiliteringsindsatser



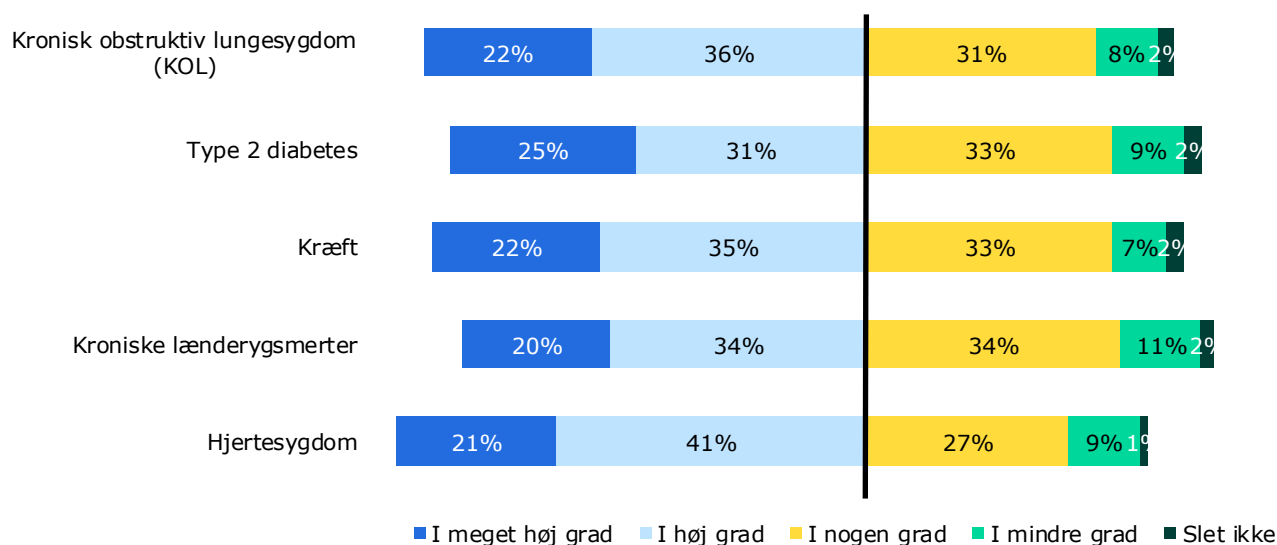
Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter, hvor N=56, da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: Hvilket af nedenstående udsagn beskriver bedst kommunens implementering af sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom], som foreskrevet i de nationale anbefalinger og retningslinjer, samt de regionale forløbsprogrammer. Du har mulighed for at læse de nationale anbefalinger og retningslinjer samt de regionale forløbsprogrammer ved at benytte links nederst på siden. De nationale anbefalinger og retningslinjer samt regionale forløbsprogrammer var tilgængelige som en del af spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 8-18: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme har positiv virkning for målgruppen



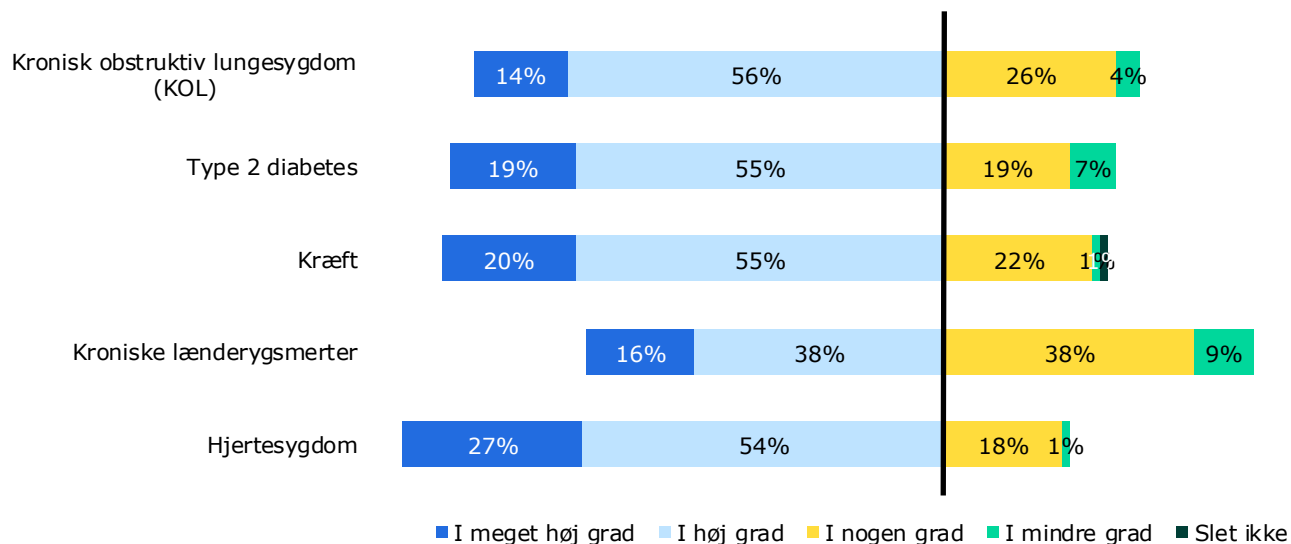
Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter, hvor N=56, da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... har dokumenteret eller oplevet positiv virkning for målgruppen?

Figur 8-19: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme tager højde for social ulighed



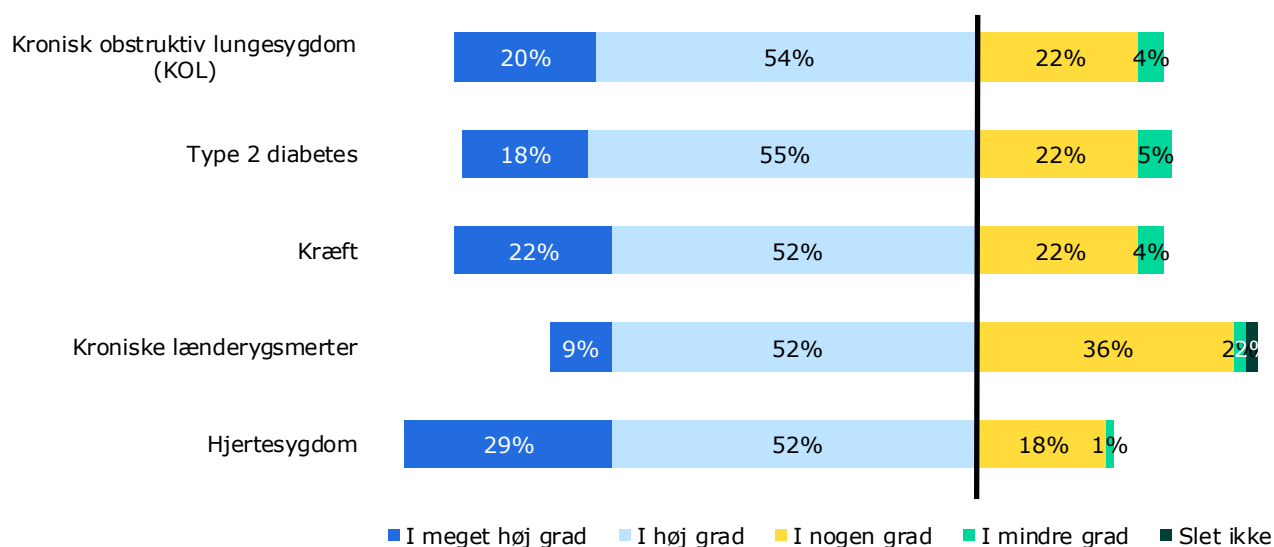
Note: N= 85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter, hvor N=56, da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... tager højde for social ulighed ved at reducere barrierer i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte?

Figur 8-20: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme er sammenhængende med øvrige indsatser i samme og andre sektorer



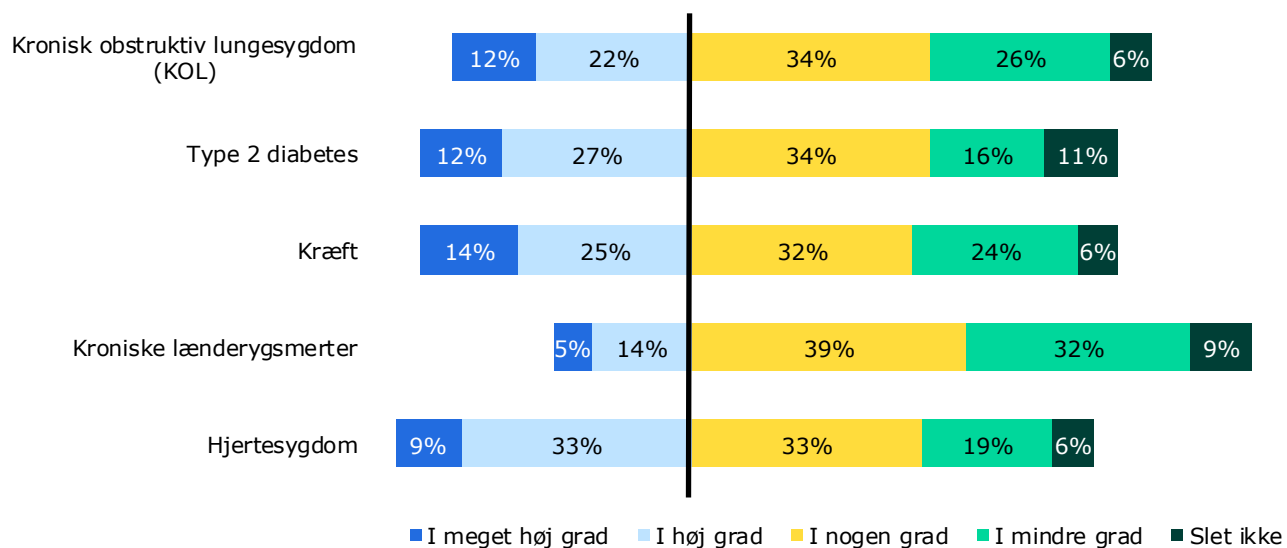
Note: N= 85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter, hvor N=56, da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... er sammenhængende med øvrige indsatser i samme og andre sektorer?

Figur 8-21: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme er overførbare til andre kommuner



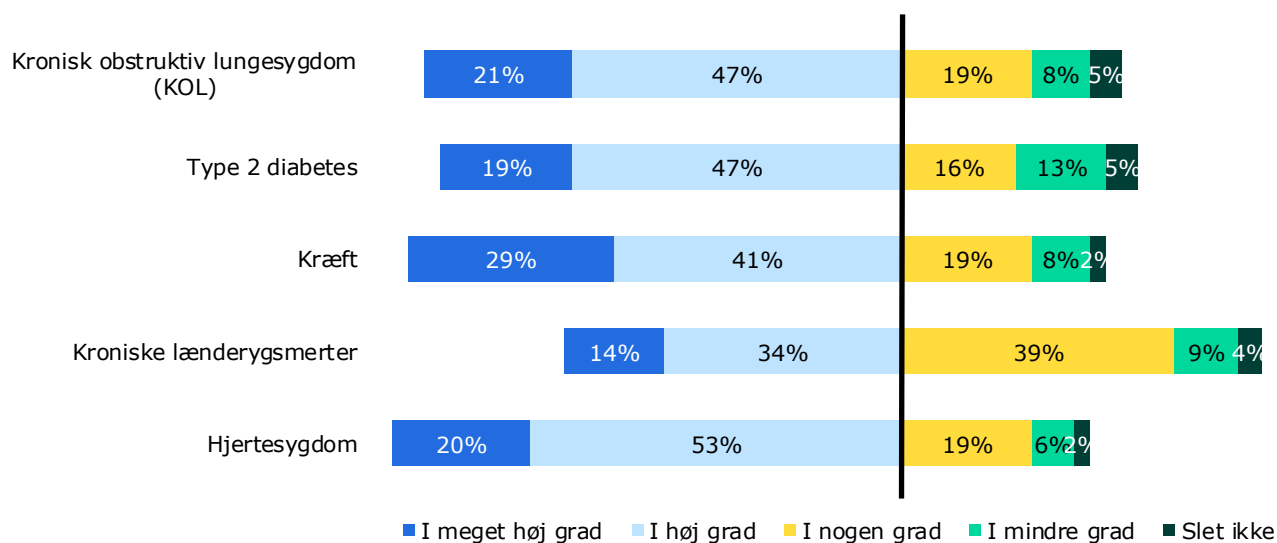
Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter, hvor N=56, da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... er overførbare til andre kommuner?

Figur 8-22: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme anvender særlige teknologiske løsninger



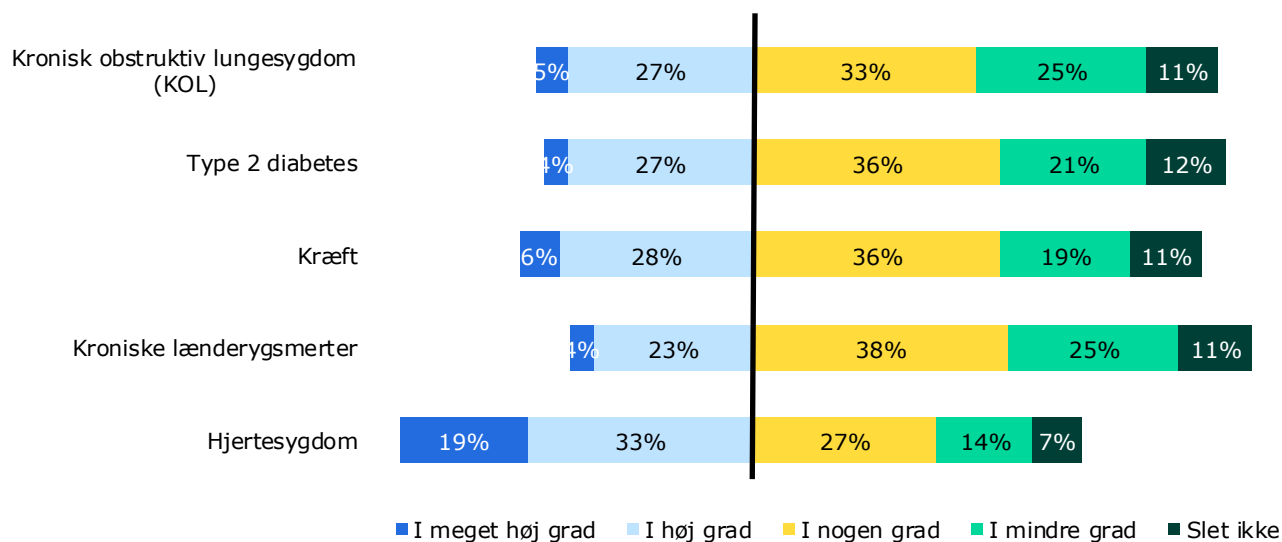
Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter, hvor N=56, da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... anvender særlige teknologiske løsninger, der understøtter borgerens forebyggelsesforløb (fx telemedicinske løsninger, sms-beskeder, PRO-data)?

Figur 8-23: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme systematisk deler data mellem sundhedsprofessionelle internt



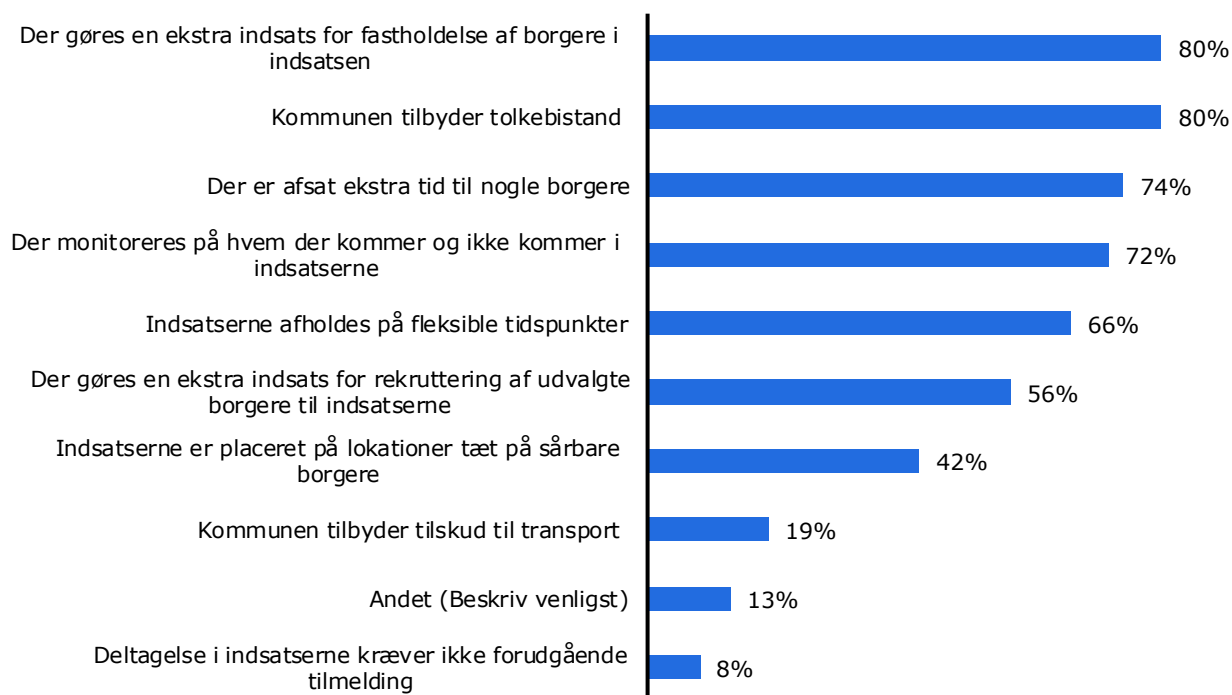
Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter, hvor N=56, da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... systematisk deler data mellem sundhedsprofessionelle internt?

Figur 8-24: Kommunernes vurdering af, hvorvidt deres rehabiliteringsindsatser målrettet følgende sygdomme systematisk deler data mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer



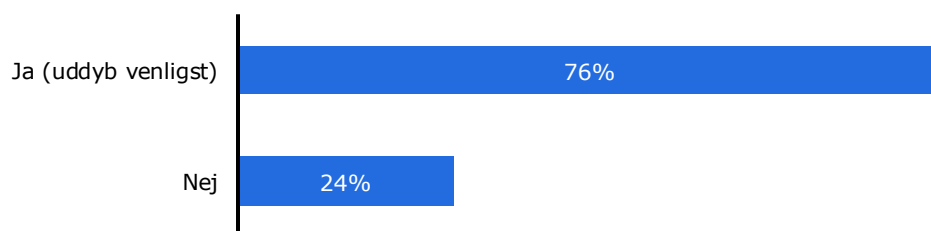
Note: N=85 for alle kroniske sygdomme undtagen kroniske lænderygmerter, hvor N=56, da det kun er kommuner, der har tilkendegivet, at de har rehabiliteringsindsatser til den givne sygdom, som har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: I hvilken grad vurderer du, at kommunens sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med [sygdom]... - ... systematisk deler data mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer?

Figur 8-25: Greb til at mindske social ulighed, der benyttes i kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom



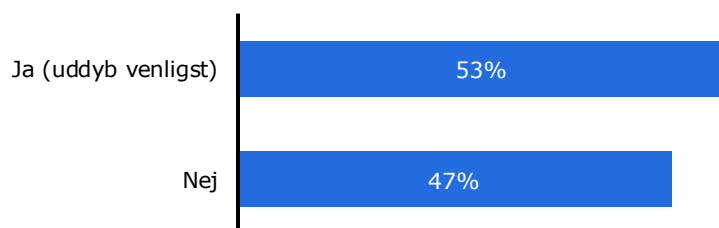
Note: N=85. Tallene kan summere til mere end 100 pct., da det har været muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmaalsformulering: Hvilke af følgende greb anvender I til at mindske social ulighed i deltagelse og udbytte af kommunens forebyggelses- og sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom?

Figur 8-26: Andelen af kommuner, der vurderer, at bestemte borgere med kronisk sygdom har større fordel af at bruge teknologiske løsninger



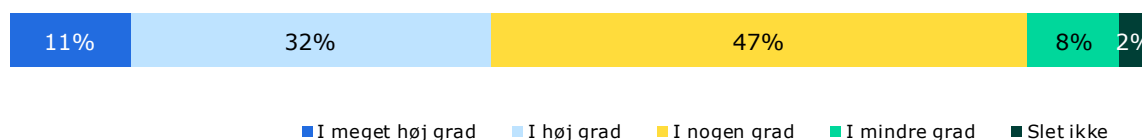
Note: N= 85. Spørgsmaalsformulering: Er der borgere med kronisk sygdom, som I vurderer, har større fordel af at bruge teknologiske løsninger end andre?

Figur 8-27: Andelen af kommuner, der har erfaring med samarbejde mellem private og offentlige aktører i forhold til teknologiske løsninger og data



Note: N=85. Spørgsmålsformulering: Har I erfaring med samarbejde mellem private og offentlige aktører i forhold til brugen af teknologiske løsninger og data?

Figur 8-28: Kommunernes oplevelse af, hvorvidt sygehuse og almen praksis henviser til kommunens forebyggelses- og sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser ved hjælp af henvisningsblanketter (XREF15/REF01).



Note: N= 85. Spørgsmålsformulering: Ihvor høj grad oplever I, at sygehuse og almen praksis henviser til kommunes forebyggelses- og sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kronisk sygdom ved hjælp af henvisningsblanketter (XREF15/REF01)?

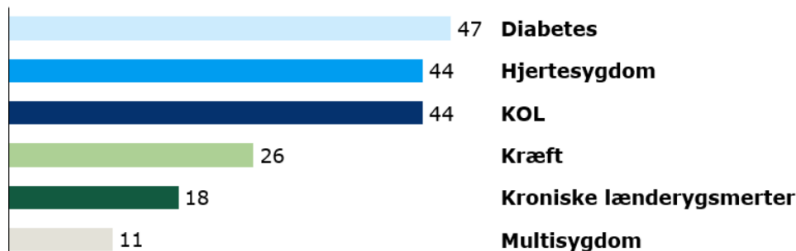
Figur 8-29: Andelen af kommuner, der må kontaktes for at høre nærmere



Note: N=85. Spørgsmålsformulering: Må vi kontakte din kommune for at høre nærmere om udvalgte forebyggelses- og sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser, hvor du har oplevet, at I virkelig er lykkedes med jeres indsatser over for borgere med kroniske sygdomme?

9. BILAG 3 – TABELLER FRA DESK RESEARCH

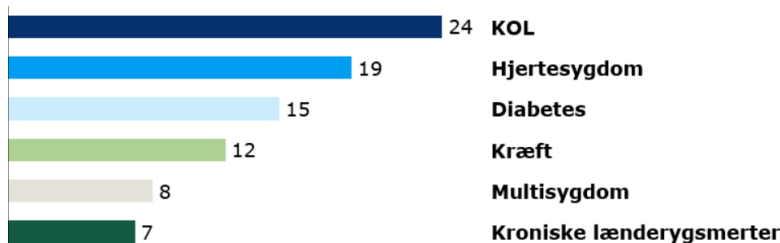
Figur 9-1: Antal identificerede indsatser fordelt på sygdomsgrupper



Note: Indsatser, der er rettet mod flere af sygdomsgrupperne, er talt en gang pr. sygdomsgruppe.

Kilde: Desk research og spørgeskemaundersøgelse med kommuner. Interviews med regionale aktører, alment praktiserende læger, patientorganisationer og eksperter.

Figur 9-2: Antal af identificerede publikationer om sundhedsindsatser (fx evalueringer, analyser, anbefalinger) fordelt på sygdomsgrupper



Kilde: Desk research.

Tabel 9-1: Identificerede puljer målrettet kroniske sygdomsgrupper

Sygdomsgruppe	Pulje	Udbyder	Årstal
Diabetes	Styrket tværsektorielt samarbejde om diabetespatienter	Sundhedsstyrelsen	Afsluttet
Diabetes	Iværksættelse af indsatser til inklusion og fastholdelse af særligt sårbare diabetespatienter	Sundhedsstyrelsen	Afsluttet
Diabetes, hjertesygdom, KOL, muskelskelet-smerter	Styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud	Sundhedsstyrelsen	Afsluttet
Kroniske lænderygmerter	Målrettet smertebehandling ved metoden Cryoneurolyse i protokollert regi	Sundhedsstyrelsen	Afsluttet
Multisygdom	Satspuljen på sundhedsområdet. Mere viden om multisygdom 3 mio. kr. ⁵⁰	Satspuljemidler	2018-2021

Kilde: Desk research.

⁵⁰ https://danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Eksteme/A_Danske%20Patienter%20%28eks-teme%29/hvidbog_multisygdom.pdf og https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/multisygdom_i_danmark

I de følgende tabeller er oplistet de infrastrukturer, som er identificeret på tværs af analyser og pilotprojekter. Det skal understreget at tabellerne ikke giver et udtømmende billede af infrastruktur og løsninger på området. Konkret er der tale om fire tabeller, som behandler følgende:

- Tabel 9-2: Infrastruktur til understøttelse af borgerniveauet.
- Tabel 9-3: Infrastruktur til understøttelse af koordinering af forløb mellem professionelle
- Tabel 9-4: Infrastruktur til understøttelse af kvalitetsudvikling og monitorering
- Tabel 9-5: Datastandarder og klassificeringer
- Tabel 9-6: Samlet overblik over identificerede vidensbidrag, herunder deres hovedpointer og anbefalinger.

Tabel 9-2: Overblik over identificerede infrastrukturer til understøttelse af borgerniveauet

Infrastrukturer	Definition	Understøttelse af borgerniveauet		
		Understøttelse af borgerniveauet	Understøttelse af sundhedsprofessionelles dataudveksling	Kvalitetsudvikling og monitorering
Infrastruktur til understøttelse på borgerniveau				
KIH XDS Repository	En del af en national infrastruktur for dokumentdeling på tværs af EPJ- og EØJ-systemer, LPS eller borgerrettede løsninger som sundhed.dk. Formålet er effektiv og sikker deling samt overblik over relevante data i et behandlingsforløb på tværs af sundhedsvæsenets aktører. Indtil videre fungerer det til opsamling og deling af hjemmemålinger og patientrapporterede spørgeskemaer, men der arbejdes på at etablere lignende profiler for det fælles stamkort samt planer og indsatser. Løsningen bygger på IHE XDS-standard.	X	X	
Fællesoffentlig telemedicinsk infrastruktur	En fællesoffentlig telemedicinsk infrastruktur er under udarbejdelse. De telemedicinske borgerløsninger gør det muligt for borgerne at foretage målinger, fx af puls, vægt og iltmætning i eget hjem, som via borgerløsningen bliver indrapporteret og via infrastrukturen og medarbejderløsningen bliver tilgængelig for de sundhedsfaglige aktører.	X	X	
Generisk Telemedicinsk Platform (GTP)	GTP er en generisk it-plattform, der opsamler, viser og deler patienternes sundhedsdata på tværs af sektorerne, almen praksis, sygehuse og den kommunale hjemmepleje – hertil kommer data opsamlet i patientens eget hjem. Det skal være med til at styrke den tværsektorielle kommunikation og skabe sammenhæng i patientforløbene. Data indsamles fra eksisterende it-system, som allerede er i brug blandt sundhedsprofessionelle.	X	X	X
PLSP (Primærsektorens Læger Service Platform)	En fælles it-plattform for udvikling af nye it-løsninger til almen praksis. Platformen giver praktiserende læger, klinikker, borgere og offentlige instanser adgang til sundhedsdata. PLSP er en del af Sundhedsdatastyrelsens nationale delingsinfrastruktur. Det er her arbejdet med forløbsplaner og Min Læge-appen ligger.	X	X	X
Sundhed.dk	Borgernes adgang til data og nationale services mangler her	X	X	
Digitale forløbsplaner (PLSP)	Et elektronisk værktøj under udvikling, som skal hjælpe borgere med kroniske sygdomme til at få overblik over forløbet og mestre egen sygdom. Løsningen findes lige nu for patienter med KOL, diabetes og hjertesygdomme. Det foregår ved, at forløbsplanen aftales og udfyldes af den praktiserende	X	X	

Infrastrukturer	Definition	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling		
		Understøttelse af borgeren	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling	Kvalitetsudvikling og monitorering
	læge i samarbejde med patienten. Der tages udgangspunkt i patientens ressourcer og motivation.			

Tabel 9-3: Overblik over identificerede infrastrukturer til understøttelse af koordinering af forløb mellem sundhedsprofessionelle

Infrastrukturer	Definition	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling		
		Understøttelse af borgeren	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling	Kvalitetsudvikling og monitorering
Infrastruktur til understøttelse af koordinering af forløb mellem sundhedsprofessionelle				
Lægepraksissy-stemer	Elektroniske journaler til brug for de alment praktiserende læger, hvor de kan dokumentere patienternes forløb og fx forløbsplaner for de enkelte patienter.	X	X	
EOJ-systemer	En elektronisk journal, hvor medarbejdere i kommunalt regi dokumenterer fakta om borgerne, om fx medicin og pleje. Der findes forskellige EOJ-systemer med forskellige funktioner, og disse varierer derfor på tværs af landets kommuner. Danmarks Statistik modtager desuden data fra EOJ, bl.a. til beregning af isiterede timer på plejehjem. I nogle tilfælde kan borgere og pårørende også tilgå en online journal, der er tilkoblet kommunens EOJ-system.	X	X	X
EPJ-systemer	En elektronisk patientjournal, hvor sundhedspersonale på sygehusene dokumenterer data om borgerne, fx vedrørende medicin. Sundhedspersonalets arbejdsgange understøttes ved at EPJ-systemet samler de funktioner, medarbejderne oftest bruger. Systemet skal sikre et sammenhængende behandlingsforløb for patienten ved at give personalet overblik over patientens forløb.	X	X	X
NSP (Den Nationale Serviceplatform)	En national platform, der understøtter direkte data-deling på tværs af journalsystemer, og gør det muligt at anvende nationale registre og services direkte i patientbehandlingen. Der er adgang til en række nationale registre som fx CPR-registret og Autorisationsregistret. Der er mulighed for tilgang til nationale services som det Fælles Medicinkort (FMK). Flere løsninger under programmet Et Fælles Patientoverblik gør også brug af platformen, som fx Stamkort, Aftaleoversigten og diagnosekort.	X	X	
eSundhed	Indeholder offentlige sundhedsdata på regions-, kommunal- og hospitalsniveau. Siden drives af Sundhedsdatastyrelsen og er tilgængelig for patienter, forskere, sundhedsfaglige m.fl. Formålet er at gøre sundhedsvæsenets resultater tilgængelige og understøtte det kliniske arbejde – dermed er det muligt, at borgernes forløb ensrettes og kvaliteten højnes.	X	X	X

Infrastrukturer	Definition	Understøttelse af kvalitetsudvikling og monitorering		
		Understøttelse af borgeren	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling	Kvalitetsudvikling og monitorering
Lukket eSundhed	Indeholder sundhedsdata, som kun er tilgængelige for fagpersoner. Her kan fagpersoner tilgå sundhedsdata på aggregeret og individniveau. Denne side drives også af Sundhedsdatastyrelsen.		X	X

Tabel 9-4: Overblik over identificerede infrastrukturer til understøttelse af kvalitetsudvikling og monitorering

Infrastrukturer	Definition	Understøttelse af kvalitetsudvikling og monitorering		
		Understøttelse af borgeren	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling	Kvalitetsudvikling og monitorering
Infrastruktur til understøttelse af Kvalitetsudvikling og monitorering				
Kliniske kvalitetsdatabaser	Der findes en række regionale og landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i Danmark, hvis formål er at måle kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til en forbedring af sundhedsvæsenets indsats og resultater. Det er aktører i sundhedsvæsenet, der registrerer og indberetter informationer i databaserne. Det er RKKP (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram), der driver og udvikler databaserne.		X	X
FLIS (Fælles kommunal ledelsesinformation)	En infrastruktur og et strategisk styringsredskab til kommunalt og tværkommunalt brug. Data trækkes direkte fra kommunernes økonomi- og fagsystemer og understøtter prioriteringer og handlinger blandt ledere og medarbejdere i kommunerne.			X
LPR3 (Landspatientregistret)	Indeholder data om danskernes kontakt med sundhedsvæsenet (primært sygehusene) og er sundhedsvæsenets mest centrale register. Formålet er at forsyne Sundhedsstyrelsen med løbende sygehusstatistik og myndigheder med nødvendigt beslutningsgrundlag ifm. sygehusplanlægningen. Sygehuset registrerer en række oplysninger om patientens kontakt med sygehuset og foretager en indberetning til LPR.		X	X
Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningsystem (SEI2)	Når praksis- og speciallæger m.fl. skal indberette til Landspatientregisteret, kan de anvende Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningsystem (SEI2). SEI2 håndterer indberetning af oplysninger såsom dødsattester, aborter, cancer, genoptræning, MRSA, tvang i psykiatrien og LPR-data.		X	X
KL-gateway	Løsning til indberetning af data fra kommunerne til national plan. Projektet befinder sig i testfasen og lanceres snart. Formålet er at stille FSIII-data til rådighed til brug for statistik og ledelsesinformation på tværs af kommuner og i Sundhedsdatastyrelsen og på sigt Danmarks Statistik, RKKP m.fl.		X	X
Prædiktionsmodeller	Prædiktionsmodeller er statistiske modeller, der kan anvendes til at identificere patienter med en høj risiko for indlæggelser. Det kan		X	X

Infrastrukturer	Definition	Understøttelse af borgeren	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-delning	Kvalitetsudvikling og monitorering
	hjælpe sygehuse, almen praksis og kommuner med at yde en mere målrettet og helhedsorienteret indsats og understøtte beslutningerne i regionerne, almen praksis eller kommunerne. Det fungerer lige nu som et analytisk værktøj for Sundhedsdatastyrelsen.			
eSundhed.dk	Sundhedsdatastyrelsens statistikbank med sundhedsdata, hvor det er muligt at tilgå data fra diverse nationale registre. Databanken understøtter statistiske formål, såsom sundhedsplanlægning og kvalitetsudvikling.		X	X

Tabel 9-5: Datastandarder og klassificeringer

Datastandarder og klassificeringer	Definition	Understøttelse af borgeren	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-delning	Kvalitetsudvikling og monitorering
FSIII	Kommunal sundhed. En fælles standard for registrering af data på sundheds- og ældreområdet i kommunen, der skal sikre ensartethed i dokumentationen blandt alle medarbejdere (myndighed og leverandører) inden for hjemmeplejen, hverdagsrehabilitering og træning samt sygeplejen. Med FSIII kan der udtrækkes data til styring, og prioritering både lokalt og nationalt. Det understøtter kommunernes EOJ-systemer gennem implementeringen af ensartede begreber, klassifikationer og tilpassede arbejdsgange. Dataudtræk gør det bl.a. muligt at sammenstille og vurdere specifikke indsatser med specifikke tilstande.		X	X
ICD-10 (dansk oversættelse i SKS-koder)	SKS (Sundhedsvæsenets Klassifikations System) bruges primært inden for sygehusvæsenet, bl.a. i forbindelse med registrering af sundhedsfaglige ydelse i journalsystemerne og efterfølgende indberetning til Landspatientregistret. SKS er dermed med til at sikre en entydig brug og fortolkning af information. I SKS indgår danske udgaver af internationale klassifikationer – fx sygdomsklassifikationen, som bygger på WHO's ICD-10.		X	X
ICPC-klassifikationen	Denne standard bruges til registrering af diagnoser mv. i almen praksis		X	X
MedCom-standarder	MedCom har udviklet en række standarder til meddelelsesbaseret dataudveksling, dokumentdeling, udveksling af elektroniske journaler og dataoverførsel. Sygehuse, hjemmeplejen, almen praksis og speciallægepraksis kan bl.a. via MedCom-standarderne dele patientaftaler og stamdata, der kan integreres med brugerens eget system.		X	X

Datastandarder og klassificeringer	Definition	Understøttelse af borgeren	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling	Kvalitetsudvikling og monitoring
IHE XDS (Cross enterprise document sharing)	En arbejdsmetode for datadeling mellem sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet, der hører under datadelingssystemet XDS.		X	
FFInst	Et pilotprojekt der er påbegyndt i 2022. Indeholder principper for modellering af en række faglige instrumenter til brug i praksis blandt frontpersonale til test eller undersøgelse af vitale parametre. Understøtter en ensartet udførelse/gennemførelse og skaber forudsætningerne for ensartede og genanvendelige data. Kan kobles på FSIII. Den datamæssige integration muliggør udtræk af sammenlignelige data på tværs af kommuner.		X	X
HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources)	En standard, der beskriver dataformater og -elementer og en applikationsprogrammeringsgrænseflade til udveksling af elektroniske sundhedsjournaler. Standarden definerer, hvordan sundhedsdata kan udveksles mellem forskellige computersystemer.		X	

Tabel 9-6: Overblik over teknologiske løsninger til tværgående datadeling

Teknologiske løsninger til tværgående datadeling	Definition	Understøttelse af borgeren	Understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling	Kvalitetsudvikling og monitoring
Fælles medicinkort (FMK)	Indeholder oplysninger om borgerens medicin, som kan tilgås af borger og sundhedsprofessionelle, der er en del af borgerens behandling. Her kan borgeren og den sundhedsprofessionelle få overblik over borgerens medicin og recepter, og borgeren kan anmode om receptfornyelse.	X	X	
Sundhedsjournalen	Indeholder sundhedsdata tilgængelig for borgeren og registreret af sundhedsvæsenet. Her kan borgeren bl.a. se sin journal fra sygehuset, finde prøvesvar, se medicinkort mm. Sundhedsjournalen er en del af Sundhed.dk.	X	X	
SAMBLIK	Et projekt i udviklingsfasen. Samler og viser diabetesrelevante helbredsdata til behandlere på tværs af region, kommune og praksissektor. Det skal bidrage til at vigtig viden ikke går tabt i overgangen mellem de tre sektorer.	X	X	
Fælles stamkort	Et digitalt delingsværktøj, hvorigennem patienter og deres pårørende kan indtaste stamoplysninger og tilgå aftaler, som derefter er tilgængelige for sundhedsprofessionelle. Formålet er at styrke datadeling på tværs af sundhedssektoren, give de forskellige aktører nem og hurtig adgang til vigtige oplysninger. Det fælles stamkort er udviklet under Program for Et Fælles Patientoverblik, der udvikler digitale løsninger til patienter, pårørende og sundhedsfaglige.	X	X	
Aftaleoversigt	En kalender, der giver patienter og deres pårørende et samlet overblik over aftaler med hospitaler, kommuner og egen læge samt sundhedsprofessionelle mulighed for at koordinere aftaler	X	X	

	på tværs. Udviklet under programmet Et fælles Patientoverblik.			
Digitale forløbsplaner (PLSP)	Et elektronisk værktøj, som skal hjælpe borgere med kroniske sygdom til at få overblik over forløbet og mestre livet med sygdommen. Løsningen findes lige nu for patienter med KOL, diabetes og hjertesygdomme. Forløbsplanen aftales og udfyldes af den praktiserende læge i samarbejde med patienten. Der tages udgangspunkt i patientens ressourcer og motivation.	X	X	

Tabel 9-7: Overblik over identificerede vidensbidrag, hovedpointer og anbefalinger

Titel	Hovedpointer og løsningsforslag	Til understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling		
		Til understøttelse af borgeren	Til understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling	Kvalitetsudvikling og monitorering
Pilotprojekt vedrørende implementering af FSIII på § 140 og § 119 samt sammenhængen til øvrige funktionsområder i FSIII og værktøjerne i FFInst	<p>Vedrører FSIII-klassificeringen til brug for standardiseret dokumentation af kommunale rehabiliteringsindsatser og genoptræning, og hvordan data registreret i kommunale EOJ gøres mere tilgængelig i og på tværs af kommuner og øvrige sundhedsaktører.</p> <p>Der foreslås en udvidelse af KL Gateway, så denne også rummer klassificerede data fra FFInst og §§ 119 og 140 i FSIII. Data skal desuden kunne leveres til andre aktører, som fx SDS og RKKP ved bl.a. at koble FSIII-data til LPR3 og inkludere kommunale data i RKKP-databaser.</p> <p>Kommunerne kan dermed arbejde med kvalitetsmonitorering på rehabiliteringsområdet og få gavn af datadeling på tværs af kommuner og øvrige sundhedsaktører.</p>		X	X
Kommunal adgang til sundhedsjournalen (pilotprojekt)	<p>Afdækker, hvordan uddata kan understøtte sygeplejepersonalet i at arbejde med et mere individualiseret billede af borgerens situation.</p> <p>Det foreslås, at kommunale sygeplejersker får adgang til sundhedsjournalen, og at denne dermed opdateres med et digitalt overblik over borgerens aftaler i sundhedsvæsenet samt nem og hurtig adgang til laboratoriesvar, stamdata og vaccinationer.</p> <p><i>Understøttes af sundhedsjournalen, FSIII, EOJ-systemer.</i></p>		X	
Kommunernes adgang til sundhedsjournalen (analyse)	<p>Afdækker de kommunale parter behov for adgang til digitale sundhedsoplysninger via sundhedsjournalen, og hvilke kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger andre parter, fx sygehuse og almen praksis, har behov for at kunne tilgå.</p> <p>Der gøres opmærksom på, at der i det videre arbejde med udvidelsen af sundhedsjournalen skal være fokus på de etiske overvejelser i forbindelse med kommunale sygeplejerskers adgang til oplysninger på sundhedsjournalen.</p> <p>Bedre brug af uddata kan understøtte et mere individualiseret billede af borgerens situation og oplyse akutfunktionen om, hvordan andre med tilsvarende helbredsstatus er håndteret. Dette kan også bidrage til bedre ledelsesbeslutninger.</p> <p><i>Understøttes af sundhedsjournalen, EOJ-systemer, Med-Com-standards.</i></p>		X	X

Titel	Hovedpointer og løsningsforslag	Til understøttelse af sundhedsprofessionelles data-delning og kvalitetsudvikling og monitoring		
		Til understøttelse af borgeren	Til understøttelse af sundhedsprofessionelles data-delning	Kvalitetsudvikling og monitoring
Foranalyse vedrørende kommunale sundhedsdata	<p>Vedrører national indberetning af strukturerede kommunale FSIII-data.</p> <p>Kommunale data kan bidrage til et mere fuldstændigt billede af borgerens kontakter på tværs af sektorer.</p> <p>Det foreslås, at KL Gateway og FSIII indrettes sådan, at de understøtter national indberetning. Her skal der bl.a. arbejdes med struktureringen af den kommunale dokumentation, der lige nu er udfordret pga. frivillige og fritkstfelter i FSIII.</p> <p><i>Understøttes af FSIII, KL-Gateway, LPR3.</i></p>			X
Dataunderstøttelse af kommunale akutfunktioner (foranalyse)	<p>Afdækker, hvordan uddata kan understøtte sygeplejepersonalet i at arbejde med et mere individualiseret billede af borgerens situation, og hvordan uddata fra kommunale akutfunktioner kan afgrænses og opdeles, så der fremover kan arbejdes fælleskommunalt vha. datadeling.</p> <p>Bedre brug af uddata kan resultere i et mere individualiseret billede af borgeren og samtidig understøtte bedre ledelsesbeslutninger.</p> <p>Det foreslås bl.a., at der arbejdes med opdeling af uddata, som også kræver en videreudvikling af FSIII og en bedre integrering af FSIII i EOJ.</p> <p><i>Understøttes af FSIII, EOJ-systemer.</i></p>		X	X
Analyse af data fra akutfunktioner	<p>Vedrører tværkommunal indsamling af data. Dette taler ind i kommunernes voksende rolle i forhold til pludselig opståede behov, hvilket i høj grad løses af de kommunale akutfunktioner.</p> <p>Den nationale indsamling af information kan ske via den kommunale Gateway. Det kræver dog en videreudvikling i form af en udvidelse i forhold til den eksisterende definition af data, der deles via den kommunale Gateway.</p> <p><i>Understøttes af FSIII, EOJ-systemer, KL-Gateway.</i></p>		X	
Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata	<p>Afdækker den overordnede anvendelse af sundheds- og ældredata samt områdeanalyser for en række fagområder, herunder genoptrænings- og forebyggelsesområdet.</p> <p>Det foreslås, at der arbejdes på at udbyde bedre sundhedsdata til styring og kvalitetsudvikling på hjemmesygepleje- og hjemmeplejeområdet samt på genoptræningsområdet.</p> <p>På genoptræningsområdet er der stort behov for data om resultater og effekt som led i den fremtidige kvalitetsudvikling. Også PRO-data og data fra tilfredshedsundersøgelser. Det samme gælder for forebyggelsesområdet, hvor det også er vigtigt for kommunerne at kunne kombinere disse data med data fra andre velfærdsområder.</p>			X

Titel	Hovedpointer og løsningsforslag	Til understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling og kvalitetsudvikling og monitoring		
		Til understøttelse af borgeren	Til understøttelse af sundhedsprofessionelles data-deling	Kvalitetsudvikling og monitoring
National data-indberetning fra praksissektor og kommuner (analyse)	<p>Afdækker sundhedsaktørernes behov for data fra almen praksis og kommuner samt udvalgte tværsektorielle datakilder, der i fremtiden vil kunne bidrage til at understøtte mere sammenhængende patientforløb, kvalitetsudvikling samt styring og opfølgning.</p> <p>Indsamling af FSIII-data via Gateway, en udvidelse af FSIII-data og en teknisk tilføjelse til PLSP er foreslåede løsninger, der skal understøtte aktørernes behov for at vide mere om, hvordan opgaver løses i andre sektorer til optimering og kvalitetsudvikling af sundhedssektoren.</p> <p><i>Understøttes af FSIII, PLSP, KL-Gateway, eDelivery.</i></p>		X	X
Digital understøttelse af tværgående komplekse patientforløb (rapport)	<p>Afdækker udfordringer hos sundhedsaktører, patienter og pårørende i samarbejdet om komplekse patienter på tværs af sektorer.</p> <p>Der findes allerede god it-understøttelse af store dele af den tværgående kommunikation på sundhedsområdet, men denne fokuserer primært på at videresende strukturerede gennem systemet frem for at understøtte et løbende samarbejde med og om patienter og pårørende.</p> <p>Det foreslås bl.a., at der udvikles på en national samtykkefunktion og en digital fuldmagt.</p> <p>Det skal medvirke til et mere sammenhængende forløb, styrke inddragelsen af patienten i eget forløb og bidrage til bedre koordinering både mellem sundhedsprofessionelle og mellem den sundhedsprofessionelle og patienten.</p>	X	X	
Foranalyse vedrørende indberetning fra almen praksis og praktiserende speciallæger	<p>Afdækker, hvordan indberettede data kan styrke arbejdet med kvalitet, særligt i almen praksis og i regi af klyngesamarbejdet og beskriver, hvordan datadeling via LPR kan understøtte klyngesamarbejdet i almen praksis.</p> <p>En national indberetning til LPR kan gøres på forskellige måder. Der foreslås bl.a. en modernisering af LPR, der muliggør visning og anvendelse af data i praksis.</p> <p><i>Understøttes af LPR, eSundhed.</i></p>		X	