



KONSULENTVIRKSOMHED

Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata

Analyseresultater og konklusioner

25. januar 2019

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion.....	3
1.1	Rapportens formål og opbygning.....	3
2	Analyseresultater.....	4
2.1	Udbredelse og systematik i anvendelsen af sundheds- og ældredata på fagområderne.....	4
2.1.1	Dataanvendelse og kommunestørrelse.....	5
2.1.2	Systematik i anvendelsen af data fra forskellige kilder.....	6
2.2	Hvad anvendes sundheds- og ældredata til.....	8
2.2.1	Hvad viste casene om anvendelse.....	10
2.3	Hvilke typer sundheds- og ældredata anvendes?.....	12
2.4	Hvem anvender sundheds- og ældredata?.....	13
2.5	Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundheds- og ældredata.....	15
2.5.1	Sammenhæng mellem anvendelse og oplevelse af barrierer.....	17
2.5.2	Barrierer beskrevet i casestudierne.....	18
2.5.3	Kritiske succesfaktorer.....	19
2.6	Hvad er de fremtidige behov og ønsker.....	19
2.6.1	Til hvilke formål og datatyper ønsker kommunerne bedre sundheds- og ældredata?.....	20
2.7	Behov for benchmark.....	21
3	Konklusion.....	22

1 Introduktion

Denne rapport præsenterer en kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata på tværs af seks specifikke fagområder. Kortlægningen er en del af Initiativ 2 under Sundhedsdataprogrammet. Sundhedsdataprogrammet er et nationalt udviklingsprogram med fokus på udvikling af IT-infrastruktur og samarbejde omkring brug og deling af sundhedsdata på tværs af stat, regioner og kommuner. Visionen for Sundhedsdataprogrammets er "Bedre sundhed gennem brug af data".

Kortlægningen skal bidrage til at understøtte arbejdet med at skabe adgang til data, som kan understøtte udviklingen i det nære sundhedsvæsen i kommunerne og tværsektorielt. Kortlægningen bidrager ved at afdække og analysere den nuværende anvendelse af sundheds- og ældredata i kommunerne. Kortlægningen er dermed med til at beskrive det udgangspunkt, som man på de seks kortlagte fagområder arbejder ud fra. En viden, som er vigtig, når der skal tages stilling til, hvordan data bedst stilles til rådighed på en måde, så det kan understøtte arbejdet på sundhedsområdet i kommunerne. Kortlægningen giver et overblik over på hvilke områder og måder data anvendes, fra hvilke typer af kilder data udtrækkes fra, de konkrete barrierer kommunerne oplever for anvendelsen af data samt hvilke datatyper kommunerne oplever det største behov for forbedring af.

1.1 Rapportens formål og opbygning

Følgende kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata på tværs af seks fagområder er opbygget efter følgende spørgsmål:

- Hvor udbredt er anvendelsen af sundheds- og ældredata?
- Hvad anvendes sundheds- og ældredata til?
- Hvilke typer af sundheds- og ældredata anvendes?
- Hvem anvender sundhedsdata?
- Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundheds- og ældredata?
- Hvad er de fremtidige behov og ønsker og på hvilke områder har kommunerne behov for at kunne benchmarke sig med andre kommuner?

De kortlagte fagområder omfatter hjemmepleje- og hjemmesygepleje, genoptræningsområdet, forebyggelsesområdet, tandplejen, sundhedsplejen samt området for misbrugsbehandling. Kortlægningen er foretaget gennem spørgeskemaundersøgelser, som er sendt til alle kommuner samt via dybdegående analyser baseret på udvalgte casestudier.

Kortlægningen er baseret på spørgeskemaundersøgelser vedrørende kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata, samt ni casestudier udarbejdet på baggrund af interview med og materiale fra fem kommuner. For nærmere metodemæssige overvejelser, henvises til rapporten *Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata – inkl. områdeanalyser*.

Sundheds- og ældredata er i kortlægningen defineret som data om kommunens borgernes sundhedstilstand/ behov, sundhedsydelser og ydelser indenfor sundheds- og ældreområdet. Den *anvendelse* af sundheds- og ældredata, som undersøgelsen omfatter, er brug af data i aggregeret form som en aktiv del af beslutningsprocessen på medarbejder-, leder- og/eller toplederniveau til f.eks. styring, planlægning og kvalitetsudvikling. Undersøgelsen omfatter således ikke brug af data på individniveau med henblik på sagsbehandling og afgørelser i forhold til den konkrete borger.

Denne rapport indeholder analyseresultater og hovedkonklusioner fra kortlægningen, som findes i sit fulde omfang i rapporten *Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata – inkl. områdeanalyser*. Først præsenteres analyseresultater og afslutningsvis opsamles disse i et konkluderende afsnit, hvor hovedresultaterne kobles med overvejelser om, hvordan disse kan understøtte det fremtidige arbejde med at lave bedre uddata. De områdespecifikke analyser findes i *Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata – inkl. områdeanalyser*. Her findes også en gennemgang af rapportens metode samt et kapitel med fokus på den overordnede anvendelse af sundheds- og ældredata i kommunerne.

2 Analyseresultater

2.1 Udbredelse og systematik i anvendelsen af sundheds- og ældredata på fagområderne

I udgangspunktet er det undersøgt hvor udbredt anvendelsen af sundheds- og ældredata er på tværs af de seks kortlagte fagområder, hvilke overordnede formål data anvendes til samt fra hvilke kilder data anvendes mest systematisk. Formålet med dette er at skabe indblik i eventuelle forskelle på tværs både i forhold til anvendelsesgrad og formål for dermed at skabe indsigt i områdernes erfaring med at bruge og arbejde med sundheds- og ældredata.

Overordnet viser kortlægningen, at langt de fleste kommuner arbejder med sundheds- og ældredata på de kortlagte fagområder. Faktisk anvender 95% af kommunerne sundheds- og ældredata i en eller anden grad til planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Se Tabel 1. Der er dog stor variation fra fagområde til fagområde når det kommer til med hvilken grad sunds- og ældredata anvendes og ikke mindst i forhold til hvilke konkrete formål data bruges til.

Tabel 1 Andel af kommunerne, der anvender data til planlægning, styring og kvalitetsudvikling

Anvender data:	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrug
Gennemsnit for planlægning, styring og kvalitetsudvikling	95%	99%	100%	97%	94%	99%	83%

Med henblik på at nuancere billedet af graden af anvendelse på tværs af områder og formål er det undersøgt, for hvilke områder og formål data anvendes henholdsvis meget (i høj og meget høj grad) samt slet ikke. Tabel 2 viser fordelt på formål og områder, hvor stor en andel af de kommuner, som har svaret på spørgeskemaundersøgelsen, der har svaret, at de anvender data i høj eller i meget høj grad på den ene side og slet ikke på den anden side. Det fremgår, at flest kommuner anvender sundheds- og ældredata i høj eller meget høj grad til planlægning (60 pct.), dernæst til styring (56 pct.) mens færrest kommuner anvender sundheds- og ældredata i høj eller meget høj grad til kvalitetsudvikling (53 pct.).

Tabel 2 Andel af kommunerne, der anvender data i høj grad eller meget høj grad samt slet ikke fordelt på formål

Planlægning		Styring		Kvalitetsudvikling		Gennemsnit	
i høj og meget høj grad	slet ikke	i høj og meget høj grad	slet ikke	i høj og meget høj grad	slet ikke	Gns. (i høj og meget høj grad)	Gns. (slet ikke)

Alle områder	60%	4%	56%	4%	53%	4%	56%	4%
Hjemmepleje og hjemmesygepleje	64%	0%	72%	0%	57%	0%	64%	0%
Genoptræning	61%	1%	63%	0%	51%	0%	59%	0%
Forebyggelse	68%	1%	54%	1%	65%	1%	63%	1%
Tandpleje	72%	4%	65%	5%	59%	4%	65%	5%
Sundhedspleje	61%	3%	55%	0%	55%	0%	57%	1%
Misbrug	33%	13%	26%	14%	30%	17%	30%	15%

Tabellenote: Procenter er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune? Anvender mere end 2/3 af kommunerne data i høj grad eller meget høj er andelen markeret med fed. Hvis mindre end 1/3 af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad er andelen markeret med grå skrift.*

I tabellen ses det, at det fagområde, hvor flest kommuner anvender sundheds- og ældredata er tandplejeområdet. Her er det i gennemsnit 65 pct. af kommunerne, som angiver, at de anvender sundheds- og ældredata i høj eller meget høj grad til planlægning, styring og kvalitetsudvikling.

På hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet samt forebyggelsesområdet er der henholdsvis 64 pct. og 63 pct. af kommunerne, som i gennemsnit anvender data i høj grad eller meget høj grad. Samtidig er der ingen af de adspurgte kommuner, der angiver ikke at anvende sundheds- og ældredata til både planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Forskellene til de områder hvor 1-5 pct. af de adspurgte kommuner angiver ikke at anvende data består dog i ganske få kommuners svar. Forebyggelsesområdet skiller sig ud ved at have en forholdsvis høj anvendelsesgrad i forhold til kvalitetsudvikling sammenlignet med de øvrige fagområder.

På genoptrænings- og sundhedsplejeområderne er det 59 pct. og 57 pct. af kommunerne, som i gennemsnit angiver at anvende sundheds- og ældredata i høj eller meget høj grad samtidig med, at det også på disse områder er ganske få kommuner, der angiver ikke at anvende sundheds- og ældredata.

Det fagområde, hvor kommunerne i lavest grad anvender sundheds- og ældredata til planlægning, styring og kvalitetsudvikling er misbrugsområdet. Her er det blot ca. 30 pct., som anvender data i meget høj grad eller i høj grad. Det vil sige, knap en halv så stor andel sammenlignet med gennemsnittet for de øvrige fagområder (56 pct.).

Det er undersøgt, hvorvidt der er sammenhæng i omfanget af anvendelse på ét fagområde, sammenlignet med anvendelsen på tværs af alle fagområder. Det vil sige, om der er en sammenhæng mellem, hvorvidt kommuner med en høj anvendelsesgrad på et område også anvender data meget på tværs af alle områder.

Kortlægningen viser, at de 76 kommuner, som bruger data *meget* på ét område, også bruger data *meget* på tværs af flere andre fagområder (48 pct. af fagområderne). Omvendt ses det for de 64 kommuner, som bruger data *lidt* på ét område, at de kun bruger data *lidt* på 38 pct. af alle fagområderne.

Om end der er en lille tendens til, at kommuner som bruger data meget på ét område, også gør det på andre områder sammenholdt med den omvendte analyse, kan det dog ikke konkluderes, at fordi en kommune på ét fagområde er god til at bruge data gør dette sig ligeledes gældende på de øvrige fagområder. Tallene viser derimod at graden af anvendelse er mere fagområdeafhængigt end kommuneafhængigt.

2.1.1 Dataanvendelse og kommunestørrelse

Det er undersøgt, om kommunernes forskellige størrelse bidrager til, at kommunerne har forskellige udgangspunkter, hvad angår anvendelsen af sundheds- og ældredata. Det har i denne sammenhæng været en hypotese, at større kommuner i højere grad

anvender sundheds- og ældredata sammenlignet med mindre kommuner. Dette bygger på en antagelse om, at behovet for at beskrive områder og udviklingen herpå med ledelsesinformation og data, forventes at være større des flere enheder, personale og borgere/brugere området har.

Kortlægningen viser, at der er en vis sammenhæng mellem anvendelse af data og kommunestørrelse. Således er det 64 pct. af de største kommuner, der i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata på tværs af de tre anvendelsesformål (planlægning, styring og kvalitetsudvikling), mod 50 pct. af de mindre kommuner. Anvendelsesgraden hos de mellemstore kommuner er nærmest lig den, som ses i de største kommuner. Her er det 60 pct. af kommunerne, der i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata.

Kortlægningen viser, at det på fire ud af seks fagområder er de otte største kommuner, som anvender sundheds- og ældredata mest. Det gælder på hjemmepleje og hjemme-sygeplejeområdet, på forebyggelsesområdet, på sundhedsplejeområdet og på misbrugsbehandlingsområdet. På de resterende to fagområder, genoptrænings- og tandplejeområdet, er det de mellemstore kommuner, som har den største anvendelsesgrad i forhold til brugen af sundheds- og ældredata.

Kortlægningens resultater understøtter således i nogen grad hypotesen om, at anvendelsen af sundhedsdata er størst hos de større kommuner. De små kommuner følger dog godt med og forskellen på, hvor stor en andel af kommunerne, der i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata, er på 14 procentpoint i forhold til de største kommuner og 10 procentpoint i forhold til de mellemstore kommuner.

2.1.2 Systematik i anvendelsen af data fra forskellige kilder

Som en del af kortlægningen er det undersøgt, hvor systematisk brugen af sunds- og ældredata fra specifikke kilder er. Dette omfatter sundheds- og ældredata fra fagsystemer, data indsamlet fra lokale løsninger samt sundheds- og ældredata fra regionen og andre myndigheder. Dette skal bl.a. bidrage til at indkredse, hvori opgaven består, når valide data på sundheds- og ældreområdet skal gøres tilgængelige samt i forbindelse med, at det skal vurderes, hvordan disse data fremadrettet kan suppleres og/eller beriges med øvrige relevante data.

For de områder, hvor data fra fagsystemer anvendes mest systematisk til at understøtte planlægning, styring og kvalitetsudvikling vil opgaven bestå i at bidrage til at gøre de data, der allerede findes i fagsystemerne mere valide og tilgængelige for kommunerne på tværs. Anvendes data, som er indsamlet og registreret i lokale løsninger, kan en del af opgaven bestå i at vurdere, om disse løsninger anvendes for at kompensere for udfordringer kommunerne har med fagsystemerne f.eks. data registreres som fritekst, er vanskelige at udtrække på de relevante enheder, der mangler oplysninger etc., eller hvorvidt løsningerne anvendes til mere midlertidige formål som f.eks. de målinger på arbejdsgange, der foretages i forbindelse med projektet *I sikre hænder* i Sønderborg Kommune for at indarbejde arbejdsgange.

Endelig vil opgaven med at stille valide data til rådighed på områder, hvor de anvendte data kommer fra regioner og andre offentlige myndigheder, være en tværsektoriel opgave. Det skyldes bl.a. at validiteten af data, der ikke skabes i kommunerne, ikke kan forbedres i den kommunale kontekst.

I nedenstående analyse fokuseres på data fra de kilder, som kommunerne anvender systematisk. Der er i analysen fokuseret på den systematiske brug af data, da denne brug af data er central, når valide data skal stilles til rådighed for planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Det skyldes bl.a. at f.eks. tidsserier, opfølgning etc. skal baseres på samme definitioner over tid, for at understøtte planlægning, styring og kvalitetsudvikling.

I Tabel 3 ses det, at den sundheds- og ældredata, som anvendes mest systematisk især hentes fra fagsystemerne. Et resultat, som går på tværs af alle seks fagområder. Lidt over halvdelen af kommunerne (55 pct.) anvender data, som er hentet ud af fagsystemerne systematisk. Den systematiske brug af data, som indsamles og/eller registreres i lokale løsninger er lidt lavere. 44 pct. af kommunerne svarer, at de systematisk anvender data fra disse kilder. Data, hentet fra regioner eller andre myndigheder, er den datakilde, som færrest kommuner angiver, at de bruger systematisk. 39 pct. af kommunerne angiver, at de systematisk anvender data fra disse kilder.

Tabel 3 Andel kommuner, som systematisk anvender sundheds- og ældredata fra følgende kilder

	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrugsbehandling
Systematisk brug af data fra fagsystemer	55%	83%	76%	50%	34%	59%	20%
Systematisk brug af data indsamlet/registreret i lokale løsninger	44%	51%	62%	50%	32%	41%	27%
Systematisk brug af data fra regionen og andre myndigheder	39%	46%	41%	65%	26%	33%	16%

Tabellens procenter er opgjort på baggrund respondenter, der i spørgsmålet: *Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne i første række er lavet ud fra et vægtet gennemsnit på baggrund af de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Anvender mere end 2/3 af kommunerne data i høj grad eller meget høj er andelen markeret med fed. Hvis mindre end 1/3 af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad er andelen markeret med grå skrift.

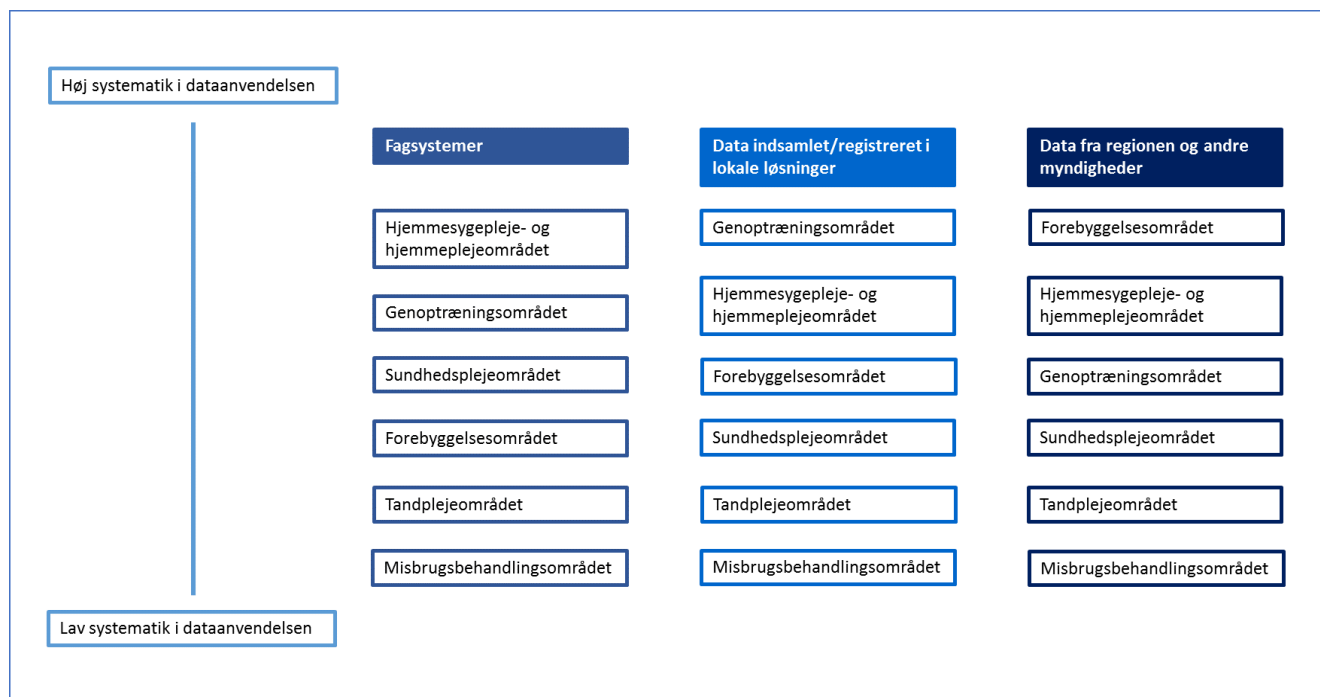
Om end den systematiske brug af data fra fagsystemerne går igen, er der forskel på tværs af fagområder. Den systematiske brug af data fra fagsystemerne ses særligt på hjemmepleje- og hjemmesyge- (83 pct.) samt på genoptræningsområdet (76 pct.). På sundhedspleje- og forebyggelsesområderne er det henholdsvis 59 pct. og 50 pct. af kommunerne, der anvender data fra denne kilde systematisk. På tandpleje- og misbrugsbehandlingsområderne ses den mindst systematiske anvendelse, henholdsvis 34 og 20 pct.

På genoptræningsområdet anvender ca. to tredjedele (62 pct.) af kommunerne data indsamlet og/eller registreret i lokale løsninger. Til sammenligning er det ca. halvdelen af kommuner på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet samt på forebyggelsesområdet (henholdsvis 51 pct. og 50 pct.). De fagområder, hvor færrest kommuner systematisk anvender data indsamlet og/eller registreret i lokale løsninger er på sundhedspleje- (41 pct.), tandpleje- (32 pct.) og misbrugsbehandlingsområdet (27 pct.).

Forebyggelsesområdet er det område som mest systematisk bruger data, som er hentet fra regionen og andre myndigheder (65 pct.). På de øvrige fagområder er det til sammenligning under halvdelen af kommunerne, der angiver at de systematisk anvender data fra regionen og andre myndigheder (hjemmepleje og hjemmesygepleje 46 pct., genoptræning 41 pct., sundhedspleje 33 pct., tandpleje 26 pct. og misbrugsbehandling 20 pct.).

Figur 1 giver et samlet overblik over systematikken i anvendelsen af sundheds- og ældredata fra forskellige kilder på tværs af fagområder.

Figur 1 Systematik i anvendelsen af sundheds- og ældredata fra forskellige kilder



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune?*

2.2 Hvad anvendes sundheds- og ældredata til

Sundheds- og ældredata anvendes med afsæt i formålene planlægning, styring og kvalitetsudvikling til at understøtte løsningen af forskellige konkrete opgaver. Det er undersøgt hvilke typer af opgaver kommunerne anvender data til, da det typisk er forskellige data og forskellige typer af dataunderstøttelse, der knytter sig til de konkrete opgaver. Anvendelse af data til ressource og kapacitetsplanlægning samt budgettering vil f.eks. typisk være tæt knyttet til de økonomiske styrings- og tildelingsmodeller, som kommunen har valgt. På den anden side kan anvendelse af data til at identificere mål og planlægge indsatser omfatte en meget mere eksplorativ anvendelse af data, hvor kommunerne f.eks. anvender data fra forskellige kilder til at identificere målgrupper (se f.eks. de to cases fra Aarhus Kommune for denne type af anvendelse).

De forskellige typer af opgaver stiller forskellige krav til data. F.eks. kræver identifikation af effekter, at dataregistreringspraksis er konsekvent over tid, at grupper af individer kan følges over tid, mens identifikation af målgrupper kan foregå både på baggrund af øjebliksbilleder og tidsserier.

Tabel 4 Andel kommuner der i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata til følgende **opgaver til planlægningsformål**

	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrugsbehandling
Ressource- og kapacitetsplanlægning	53%	73%	64%	41%	58%	55%	24%
Identificere mål mv. & planlægge indsatser	56%	61%	52%	74%	67%	42%	34%
Budgettering	42%	70%	46%	33%	39%	36%	22%
Koordination mellem enheder	31%	36%	30%	30%	36%	30%	24%
Andre planlægningsopgaver	14%	18%	15%	14%	16%	9%	12%

Tabelnote: Tabellen er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvor høj grad har I inden for det seneste år anvendt sundhedsdata til at understøtte løsningen af følgende opgaver på "angivet område"?* Anvender mere end 2/3 af kommunerne data til en opgave er andelen markeret med fed. Hvis mindre end 1/3 af kommunerne anvender data til opgaven er andelen markeret med grå skrift.

I et planlægningsøjemed ses det, at sundheds- og ældredata på de fleste områder, i stort omfang, dvs. i høj eller meget høj grad, anvendes til ressource- og kapacitetsplanlægning. Der er dog forskel, idet mere end syv ud af ti kommuner (73 pct.) på sygepleje- og hjemmeplejeområdet angiver, at data bruges til understøttelse af disse opgaver, mens under en fjerdedel af kommunerne på misbrugsbehandlingsområdet angiver det samme.

I et planlægningsperspektiv understøtter sundheds- og ældredata også i stor stil identificering af mål og fokusområder samt planlægning af indsatser. Andelen af kommuner, der anvender data til denne opgave, er særlig stor på forebyggelsesområdet (74 pct.) og i tandplejen (67 pct.). Endelig har syv ud af 10 kommuner (70 pct.) svaret, at de i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata til budgettering på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet. Dette hænger formentlig sammen med, at dette område ofte aktivitetsbudgetteres og/eller afregnes.

Styringsmæssigt, ses det i Tabel 5, at sundheds- og ældredata på tværs af områder særligt bruges til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser samt aktivitetsstyring (45-46 pct.). Dette er særligt udbredt i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, hvor hhv. 61 og 64 pct., af kommunerne angiver, at data i høj eller meget høj grad anvendes til disse opgaver. 73 pct. af kommunerne angiver endvidere, at data på dette område bruges til at understøtte opgaven med budgetopfølgning. Misbrugsområdet er atter det område, hvor den laveste andel af kommuner angiver, at de bruger data til at understøtte de forskellige styringsrelaterede opgaver (7-25 pct.).

Tabel 5 Andel kommuner der i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata til følgende **opgaver til styringsformål**

	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrug
Budgetopfølgning	39%	73%	53%	30%	31%	28%	16%
Opfølgning på fokusområder, mål og indsatser	46%	61%	44%	51%	57%	37%	20%
Resultat og effektstyring	37%	51%	38%	36%	47%	29%	16%
Aktivitetsstyring	45%	64%	51%	45%	49%	34%	25%
Oversætte serviceniveau mv. til fælles faglig praksis	26%	36%	28%	17%	32%	29%	13%
Andre styringsopgaver	8%	10%	12%	9%	7%	0%	7%

Tabelnote: Tabellen er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvor høj grad har I inden for det seneste år anvendt sundhedsdata til at understøtte løsningen af følgende opgaver på "angivet område"?* Anvender mere end 2/3 af kommunerne data til en opgave er andelen markeret med fed. Hvis mindre end 1/3 af kommunerne anvender data til opgaven er andelen markeret med grå skrift.

Tabel 6 viser andelen af kommuner, som har angivet, at data bruges til at understøtte forskellige specifikke kvalitetsudviklingsopgaver. Det ses, at data på tværs af fagområderne, særligt bruges til at understøtte udviklingen af den faglige ledelse og til kvalitetsudvikling af faglig praksis, hhv. af 45 og 48 pct. af kommunerne. Igen er dette særligt udbredt i hjemmepleje- og hjemmesygeplejen (henholdsvis 53 pct. og 56 pct.), samt i tandplejen og på forebyggelsesområdet.

For tandplejen er det konkret opgaver vedrørende faglig ledelse, kvalitetsudvikling af faglig praksis samt identifikation og opfølgning på mål/fokusområder, som ligger højt (53 pct.). På forebyggelsesområdet anvendes data i høj eller meget høj grad særligt til planlægning af og opfølgning på indsatser (54 pct.) samt til kvalitetsudvikling af faglig praksis og faglig ledelse (begge 51 pct.).

Kortlægningen viser, at det kun er på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet, at der er en lige så stor gruppe af kommuner, der anvender sundheds og ældredata i høj eller meget høj grad til at planlægge som til at følge op. F.eks. anvender 61 pct. af kommunerne data i høj eller meget høj grad til at identificere mål og fokusområder samt til planlægning af indsatser og ligeledes anvender 61 pct. data til at følge op på fokusområder, mål og indsatser. Et lignende billede gør sig gældende for budgettering og budgetopfølgning.

Tabel 6 Andel kommuner der i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata til følgende opgaver til **kvalitetsudviklingsformål**

	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrug
Faglig ledelse	45%	53%	40%	51%	53%	44%	26%
Kvalitetsudvikling af faglig praksis	48%	56%	43%	51%	53%	56%	26%
Resultat og effektstyring	35%	39%	32%	39%	43%	32%	20%
Identifikation og opfølgning på mål/fokusområder	41%	42%	38%	46%	53%	44%	19%
Planlægning af og opfølgning på indsatser	45%	45%	47%	54%	47%	44%	26%
Koordination mellem enheder	28%	36%	30%	30%	36%	30%	24%
Andre kvalitetsudviklingsopgaver	10%	15%	13%	7%	10%	9%	7%

Tabelnote: Tabellen er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvor høj grad har I inden for det seneste år anvendt sundhedsdata til at understøtte løsningen af følgende opgaver på "angivet område"?* Anvender mere end 2/3 af kommunerne data til en opgave er andelen markeret med fed. Hvis mindre end 1/3 af kommunerne anvender data til opgaven er andelen markeret med grå skrift.

2.2.1 Hvad viste casene om anvendelse

Rapportens casestudier har givet uddybende eksempler på, hvilke opgaver kommunerne anvender sundheds- og ældredata til at løse, samt hvordan kommunerne generelt arbejder med sundheds- og ældredata. Casestudierne illustrerer mange forskellige tilgange til brugen af sundheds- og ældredata.

Casestudierne viser, at investeringstankegangen er et gennemgående tema på tværs af sundhedsområdet og er koblet til et fokus på forebyggelse og tidlig opsporing. Målet er at få mest mulig sundhed til borgerne. Sundheds- og ældredata bruges i denne forbindelse i stor stil til at understøtte dette fokus. Data bruges konkret til at følge op på resultater af indsatser og ressourcerne prioriteres til indsatser, der skaber resultater. Dette sker med henblik på at sikre at ressourcerne kanaliseres mod de indsatser, der gør en forskel for borgernes sundhed. På de områder, hvor resultater og effekter er vanskelige at måle f.eks. fordi de ligger langt ude i fremtiden, anvendes forskning om hvilke faktorer, der skal ændres for at opnå det ønskede resultat. F.eks. hvilke livsstilsfaktorer, der skal ændres, såfremt, risikoen for bestemte sygdomme skal reduceres, og så måler kommunerne på, hvorvidt indsatserne flytter på de faktorer, som forskningen viser, har betydning for sundhedstilstanden.

I nogle tilfælde er investeringstankegangen og allokering af midler eksplicit formuleret. Dette ses f.eks. i Aarhus Kommune samt i Sønderborg Kommunes styring af projekter. Tankegangen var dog også fremherskende i mange af de andre eksempler. Målet om at få mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer har i de undersøgte eksempler eksisteret både i enheder, som er rammestyrret såvel som i enheder, der er aktivitetsstyret.

Et af de forhold, der oplevedes som en barriere for arbejdet med og investeringen i de tidlige og forebyggende indsatser er, at de ofte medfører udgifter og træk på medarbejderressourcer i andre enheder og indenfor andre økonomiske rammer end der, hvor resultatet af indsatsen kan registreres. Dette kan være en udfordring i forhold til at skabe det rigtige forløb eller den rette indsats for borgeren.

Identifikation af målgrupper på baggrund af sundhedsdata er et tema i en del af case-studierne. Dette søges bl.a. gjort gennem tværgående kortlægning af data fra forskellige datakilder i kommunen eller ved kobling af geografiske distrikter med data fra egne systemer og/eller data fra regionen. Se f.eks. casestudiet fra genoptræningsområdet i Vordingborg Kommune eller casestudierne af Aarhus Kommune. Formålet med disse kortlægninger/dataanalyser er at indsnævre målgrupperne for specifikke indsatser. Bl.a. med det formål at målrette forebyggelsesindsatser til de grupper, hvor det giver den største forbedring i sundhedstilstanden, fremfor iværksættelse af generelle indsatser og dermed *"smøre midlerne ud som tynd leverpostej"*. Casestudierne viser, at der er stor forskel på oplevelsen af, hvor let kortlægning og brug af data på tværs af områder er samt hvor tilgængelig brug og/eller opsætning af regionale data fra f.eks. E-sundhed til et brugbart format opleves at være. De oplevede barrierer er beskrevet nærmere i afsnit 2.5.2.

Casestudierne viser også, at data i en del tilfælde anvendes på enheds- eller medarbejderniveau til at afstemme faglig praksis og serviceniveau, samt til at identificere eventuelle kompetenceudviklingsbehov. Sundheds- og ældredata bruges her f.eks. som udgangspunkt for faglige drøftelser af, hvilken indsats den enkelte borgeres behov bør udløse, eller til diskussioner om, hvad virkningen af en konkrete indsats sammenholdt med andre vil være, se f.eks. casestudie fra Vordingborg Kommunes Børne- og Ungetandpleje samt Aarhus Kommunes Sundhedspleje. Data anvendes også til at identificere bredere kompetenceudviklingsbehov f.eks. i de enheder der samarbejdes med og ud fra dette tilrettelægges særlige efteruddannelsesaktiviteter, se f.eks. case vedr. akutteamet i Odense.

Der er stor forskel på om sundheds- og ældredata hovedsageligt anvendes til interne formål eller om data bruges på tværs af forvaltningsområder. Casestudierne viser, at data ofte anvendes som udgangspunkt for drøftelser om samarbejde, snitflader ol. Eksemplerne fra Aarhus Kommune illustrerer en tilgang, hvor sundhedsdata fra sundhedsplejen og tandplejen gøres tilgængelige for andre kommunale fagområder. Dette med henblik på at muliggøre planlægning af indsatser på de relevante enheder og for de relevante områder. F.eks. fremgår data fra sundhedspleje- og tandplejeområderne af kvalitetsrapporter for dagtilbud og skoler, hvilket understøtter lederne af dagtilbud og skoler i deres arbejde med at igangsætte indsatser tæt på børnenes hverdag. Forskellen på i hvor høj grad sundheds- og ældredata sættes i spil på andre fagområder kan i nogen grad tilskrives, at der er forskel på den type af opgaveløsning data anvendes til at understøtte i de forskellige cases. Casestudiet vedrørende forebyggende indsatser i Sønderborg Kommune viser f.eks. et konkret og afgrænset projekt hvor data udelukkende genereres og bruges til opfølgning på en konkret indsats succes og hvor kombination med data fra andre områder kan være etisk og lovgivningsmæssigt problematisk. Noget kunne dog tale for, at der er en væsentlig kulturforskel på, hvor langt ud på de øvrige fagområder, sundheds- og ældredata sættes i spil.

Casestudierne viser endeligt, at de fagområder, som har oparbejdet en solid datakultur generelt, også er gode til at blive inspireret og har ideer til hvordan deres data vil

kunne bruges aktivt på andre fagområder. Eller modsat, hvordan andre fagområders data vil kunne bruges til at forebygge, at borgernes behov vokser i sådan en grad at de har behov for indsatser på deres område.

2.3 Hvilke typer sundheds- og ældredata anvendes?

Som en del af undersøgelsen er det kortlagt, hvilke typer af sundheds- og ældredata kommunerne konkret anvender. Denne del af kortlægningen skal bidrage til at skabe et overblik over, hvilke typer af data kommunerne anvender til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling samt hvilke typer af data, der på nuværende tidspunkt ikke anvendes af særlig mange kommuner. Hensigten med dette er bl.a. at afdække, hvorvidt de anvendte datatyper, er data der typisk registreres eller kan registreres i fagsystemerne i forbindelse med borgerens forløb, samt hvilke krav de anvendte datatyper stiller til systemer og registreringspraksis, hvis valide data skal stilles til rådighed.

Anvendes sundhedsdata i kombination med data fra andre fagområder i kommunen medfører det behov for kompetencer til at udføre den type af dataanalyse samt løsninger, som medfører den nødvendige sikkerhed og viden om hvordan og på hvilket detaljeringsniveau den type af data må anvendes.

Der er konkret spurgt ind til anvendelsen af følgende datatyper:

- aktivitetsdata (antal modtagere, ydelser og forløb)
- produktionsdata (ventetider, antal fagpersoner og/eller områder borgeren er i kontakt med etc.)
- data om resultater og effekt (opnået resultat for borgeren)
- pro-data (data om borgerens helbredstilstand, oplevelse af sammenhæng, inddragelse etc. rapporteret direkte af borgeren selv)
- baggrundsfaktorer (f.eks. demografi, socioøkonomi, beskæftigelse) koblet med data om modtagerne af de kommunale sundhedsydelser
- data vedrørende sundhedstilstanden i befolkningen generelt og ikke kun modtagere af kommunale sundhedsydelser (f.eks. data fra sundhedsprofilen)
- tilfredshedsmålinger
- kombinationen af sundheds- og ældredata data fra andre fagområder i kommunen f.eks. beskæftigelse, det specialiserede område etc.
- kombinationen af sundheds- og ældredata med data vedrørende baggrundsfaktorer som f.eks. demografi, geografi, socioøkonomi ol.

Tabel 7 viser hvor stor en andel af kommunerne, der i høj eller meget høj grad anvender en bestemt datatype sat i forhold til hvor andelen af kommunerne, der slet ikke anvender denne datatype.

Tabel 7 Typer af sundheds- og ældredata som anvendes meget og lidt i kommunerne

	Planlægning		Styring		Kvalitetsudvikling	
	i høj og meget høj grad	lidt eller slet ikke	i høj og meget høj grad	lidt eller slet ikke	i høj og meget høj grad	lidt eller slet ikke
Aktivitetsdata	60%	14%	59%	14%	46%	17%
Produktionsdata	34%	34%	38%	31%	33%	30%
Resultat/effekt	35%	31%	33%	33%	39%	23%
Pro-data	25%	41%	17%	47%	25%	40%
Baggrundsfaktorer	21%	48%	16%	49%	14%	45%
Sundhedstilstand i befolkningen generelt	29%	36%	25%	41%	25%	40%
Tilfredshedsundersøgelser	21%	47%	14%	53%	17%	48%
Kombineret data, sundhed/øvrige fagområder	9%	58%	8%	59%	9%	56%

Kombineret data, sundhed/baggrundsfaktorer	15%	54%	14%	51%	10%	52%
Andet	2%	29%	1%	28%	2%	29%

Tabelnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Inden for hvilke formål og datatyper har I størst behov for bedre sundhedsdata på "angivet område"?* (Sæt gerne flere krydser).

Aktivitetsdata, dvs. data om antal modtagere, ydelser eller forløb mv., er den datatype, som den største andel af kommunerne anvender i høj eller meget høj grad. Det være sig både i forbindelse med planlægning (60 pct.), styring (59 pct.) og kvalitetsudvikling (46 pct.). Efter aktivitetsdata er produktionsdata (data om ventetider, antal fagpersoner og/eller områder borgeren er i kontakt med mv.) samt data om resultat/effekt de data som kommunerne bruger mest. Som det ses, anvender mellem 33 og 39 pct. kommunerne i høj eller meget høj grad disse data på tværs af formålene planlægning, styring og kvalitetsudvikling.

Der kan være mange årsager til at aktivitetsdata er den mest anvendte datatype. En af årsagerne kan være tilgængelighed. Aktivitetsdata registreres ofte i forbindelse med bl.a. visitation af en ydelse og/eller i forbindelse med leveringen af ydelserne f.eks. på baggrund af kørelister, registrering af besøg hos tandlægen osv. Registreringen af aktivitetsdata er således ofte en integreret del af arbejdsgangen. Data for resultater og effekter fordrer ofte at man kender både udgangspunktet f.eks. funktionsniveau og/eller sundhedstilstand, typen af indsats og funktionsniveau/sundhedstilstand efter indsatsen. Målinger af effekter og resultater kræver typisk også en konsistent registreringspraksis, således, at udviklingen i funktionsniveau over tid kan ses og følges i data. Denne type af data findes ikke altid i en form, der muliggør beregning af effekt. F.eks. er det først med FSIII, at oplysninger om funktionsniveau kommer til at findes i kvantitativ form i EOJ-systemerne.

De typer data, der anvendes lidt eller slet ikke er især kombineret data, dvs. sundhedsdata kombineret med data fra øvrige fagområder. Henholdsvis 58 pct., 59 pct. og 56 pct. af kommunerne har svaret, at de anvender denne datatype lidt eller slet ikke til de tre formål. Ligeledes bruges sundhedsdata kombineret med f.eks. baggrundsfaktorer og data fra tilfredshedsundersøgelser lidt eller slet ikke. På baggrund af kortlægningen kan årsagerne til at nogle datatyper anvendes lidt af kommunerne ikke direkte udledes. Det er således ikke muligt at sige noget om hvorvidt det skyldes manglende tilgængelighed af datatyperne eller at de opleves som mindre relevante.

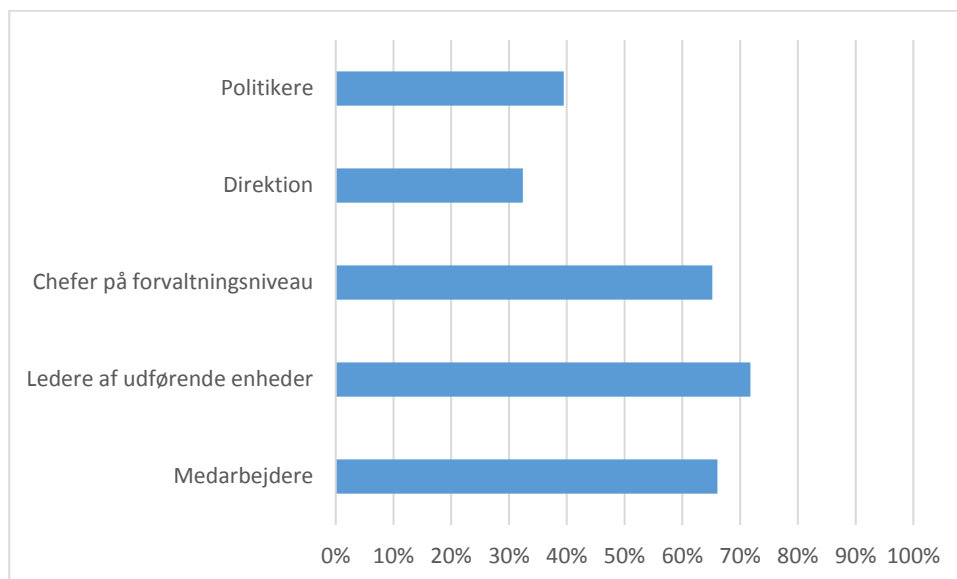
Kortlægningen for de seks fagområder viser, at der er lidt variation i hvilke datatyper, som anvendes på tværs af fagområder. Dog er det et gennemgående billede, at aktivitetsdata enten er den mest anvendte eller en af de mest anvendte datatyper på alle fagområder. De konkrete oversigter over, hvilke typer af data kommunerne angiver at anvende på tværs af fagområder findes i rapporten: *Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata inklusive områdeanalyser.*

2.4 Hvem anvender sundheds- og ældredata?

Som en del af kortlægningen er det undersøgt, hvem i den kommunale organisation, som bruger sundheds- og ældredata samt til hvilke formål de forskellige grupper bruger data til.

På tværs af de seks fagområder er ledere af udførende enheder den gruppe, som flest kommuner udpeger som værende brugere af sundheds- og ældredata. 72 pct. af kommunerne har angivet, at sundheds- og ældredata anvendes af denne gruppe. Som illustreret i Figur 2, er det dernæst medarbejderne (66 pct.) og cheferne på forvaltningsniveau (65 pct.), som anvender data mest. Politikerne anvender sundheds- og ældredata i 40 pct. af kommunerne, mens direktionen gør dette i 32 pct. af kommunerne.

Figur 2 Andel kommuner, der svarer at gruppen anvender sundheds- og ældredata



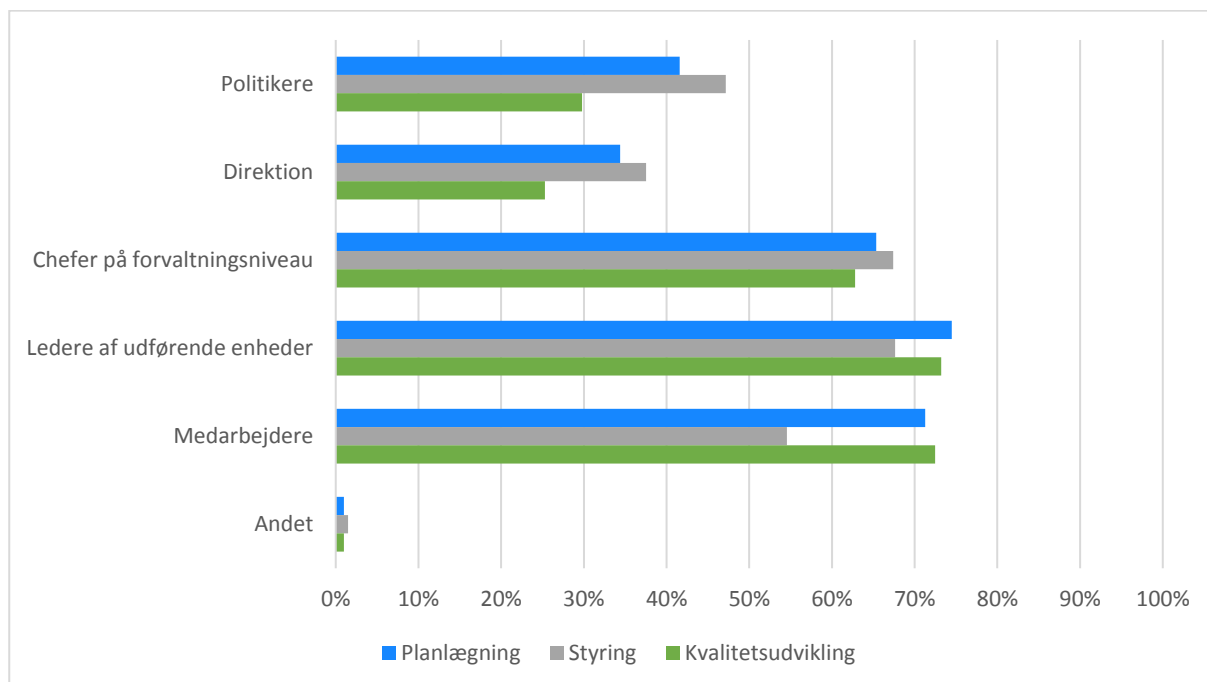
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *På hvilke niveauer i organisationen og i hvilke eksterne samarbejder har I på "angivet område" i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere kryds).*

Der er forskel på, hvilke formål sundheds- og ældredata anvendes til på de forskellige niveauer i organisationen. På medarbejderniveau anvendes data i højest grad til kvalitetsudvikling og planlægning, imens det i lidt mindre grad anvendes til styring om end det stadig er over halvdelen af kommunerne, som bruger data til styringsformål. Set ud fra hvilke opgaver og ansvarsområder den menige medarbejder har i sit daglige arbejde, giver det god mening, at der her er mindre fokus på styring og i højere grad på udvikling og planlægning af den faglige praksis.

På chefniveau og blandt ledere af udførende enheder er der mindre forskel på, hvor mange kommuner, der angiver, at gruppen anvender data til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Data, bruges på denne måde til at understøtte alle tre formål, hvilket igen understøtter, den jobbeskrivelse man har som leder.

Endelig ses det, at sundheds- og ældredata på politisk- og direktionsniveau primært anvendes til planlægning og styring og i mindre grad til kvalitetsudvikling. Et resultat som kan forklares med, at data, som på de øvrige niveauer vil opfattes som data til kvalitetsudvikling på dette niveau ofte vil opfattes som styring såsom f.eks. resultat og effektstyring.

Figur 3: Anvendelsesgraden af sundhedsdata på forskellige aktører i kommunen



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *På hvilke niveauer i organisationen og i hvilke eksterne samarbejder har I på "angivet område" i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere kryds).* Antallet af respondenter er hhv. 404 for planlægning, 405 for styring og 403 for kvalitetsudvikling.

2.5 Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundheds- og ældredata

Det er undersøgt, hvilke barrierer kommunerne oplever for anvendelsen af sundheds- og ældredata. Denne del af kortlægningen skal bidrage til at indkredse, hvilke temaer, der skal arbejdes med, hvis sundheds- og ældredata i højere grad i fremtiden skal kunne bidrage til kommunernes arbejde med planlægning, styring og kvalitetsudvikling af sundhedsområdet.

Kortlægningen viser, at der på alle fagområder opleves barrierer i arbejdet med sundheds- og ældredata. Der ses her et klart sammenfald i hvilke konkrete barrierer, der opleves på tværs af fagområder. Kortlægningen viser, at det i høj grad er følgende fem barrierer, som kommunerne møder i deres arbejde med sundheds- og ældredata:

- Data er vanskelige at udtrække fra systemer o.l.
- Der er problemer med datakvaliteten på området
- Udtræk og bearbejdning af data kræver specialiserede kompetencer
- Der mangler ressourcer til at udtrække og behandle data
- Manglende konsistens i definitioner af anvendte dataudtræk, nøgletal etc. mellem enheder og individer i organisationen og/eller over tid.

Figur 4 viser, hvor stor en andel af kommunerne, der i gennemsnit oplever de barrierer, der er spurgt til i spørgeskemaundersøgelsen.

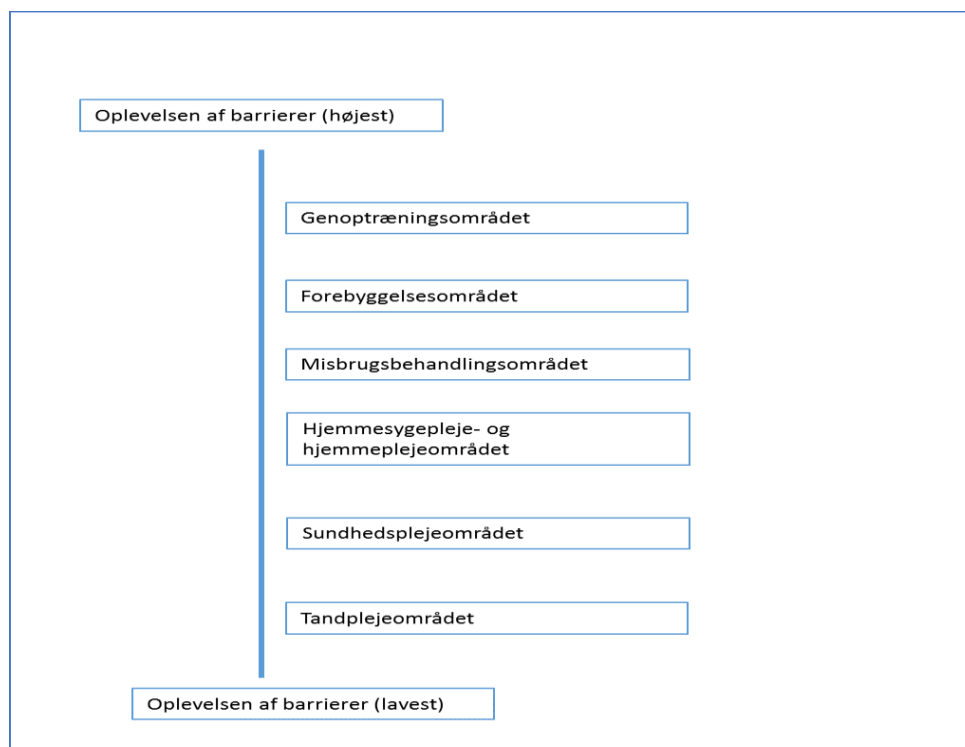
Figur 4 Barrierer for anvendelse af sundheds- og ældredata



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvilke af følgende udsagn beskriver de væsentligste barrierer for anvendelse af sundhedsdata til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune? (Sæt gerne flere kryds).* Figuren viser gennemsnittet for antallet af kommuner, der har angivet at opleve barrieren i forhold til styring, planlægning og/eller kvalitetsudvikling.

Genoptræningsområdet er det område, hvor flest kommuner generelt oplever barrierer for anvendelsen af sundheds- og ældredata. Dernæst følger tæt efter hinanden forebyggelses-, misbrugsbehandlings- samt hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet. På sundhedsplejeområdet oplever relativt få kommuner barrierer for anvendelsen, mens tandplejeområdet er det fagområde, hvor færrest kommuner oplever barrierer for anvendelsen af sundheds- og ældredata.

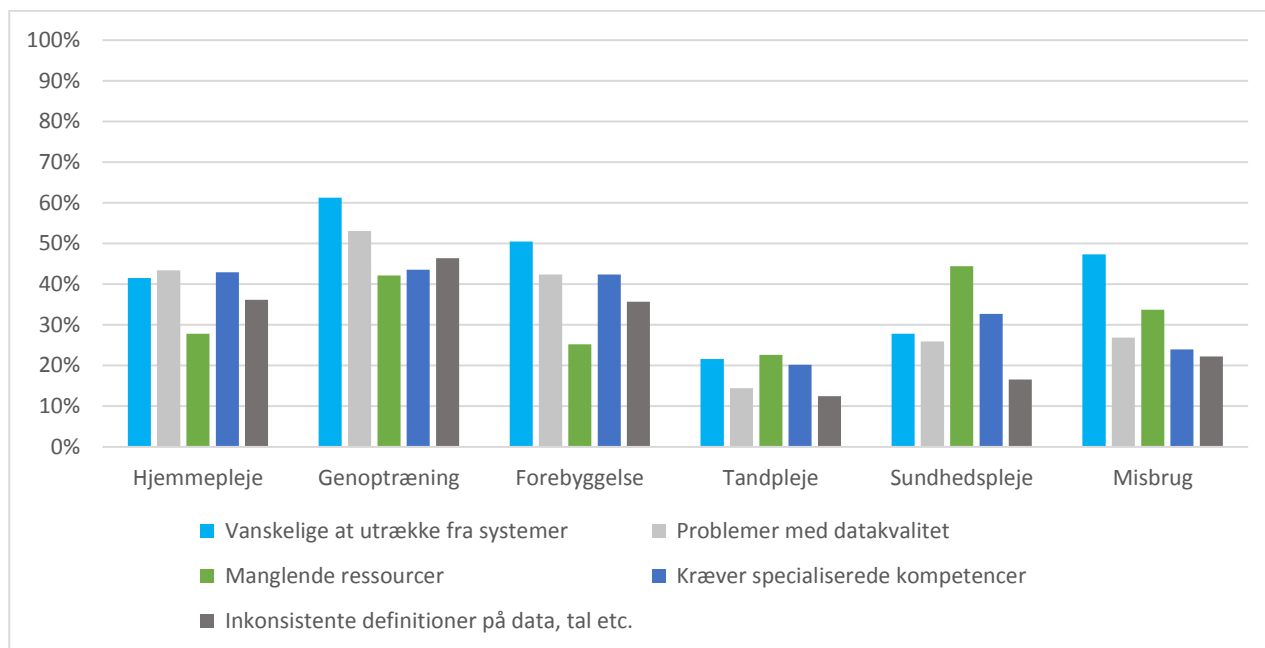
Figur 5 Oplevede barrierer på tværs af fagområder – rangeret fra lavest til højest



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvilke af følgende udsagn beskriver de væsentligste barrierer for anvendelse af sundhedsdata til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune? (Sæt gerne flere kryds).*

Oplevelsen af de konkrete barrierer varierer også på tværs af fagområder. I forhold til de fem specifikke barrierer, som flest kommuner oplever uafhængigt af fagområde, illustrerer Figur 6 at andelen af kommuner, som oplever de fem barrierer, er forskellig alt efter fagområde. Oplevelsen af de fem barrierer, følger den generelle tendens, således, at de to områder, hvor den højeste andel af kommuner angiver at møde barrierer er på genoptrænings- og forebyggelsesområderne. Det er her værd at bemærke, hvor forskelligt de enkelte barrierer opleves alt efter område.

Figur 6 Oplevelsen af de 5 største barrierer på tværs af fagområder



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvilke af følgende udsagn beskriver de væsentligste barrierer for anvendelse af sundhedsdata til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune? (Sæt gerne flere kryds).* Procenterne er opgjort som et vægtet gennemsnit for de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling.

2.5.1 Sammenhæng mellem anvendelse og oplevelse af barrierer

Da en del af de barrierer, som flest kommuner oplever i et vist omfang, er knyttet til kompetencer og prioritering af ressourcer til arbejdet med data, har det medført en hypotese om, at der er sammenhæng mellem, hvor meget kommunerne bruger sundheds- og ældredata, og i hvor høj grad de oplever barrierer for arbejdet med data. Det vil sige, en forventning om, at der oftest vil opleves barrierer hos de kommuner og på de fagområder, hvor data anvendes i mindre grad.

For at undersøge om der er sammenhæng mellem i hvor høj grad kommunerne anvender sundheds- og ældredata og deres oplevelse af barrierer, er der foretaget en analyse af kommunernes oplevelse af barrierer fordelt på kommuner, der anvender data meget (i høj og meget høj grad) og kommuner, der anvender data lidt (i mindre eller nogen grad).

Undersøgelsen viser, at for samtlige barrierer, er andelen af kommuner, der oplever barrieren, større i gruppen af kommuner, der anvender data lidt end i gruppen af kommuner, der anvender data meget. Der er størst forskel på, hvor mange kommuner, der

oplever barrieren *data er vanskelige at udtrække og arbejdet er ikke prioriteret*. For hovedparten af de øvrige barrierer er der tale om relativt små forskelle mellem oplevelsen af barrierer for de kommuner, der anvender data meget og lidt. Datagrundlaget for denne analyse er relativt stort. For hver barrierer er der svaret på alle seks områder (404 respondenter i alt) og for de tre anvendelsesformål. Dvs. at er ca. 1200 svar pr. barriere. Samtidig er mønsteret konsistent på tværs af barrierer, men forskellene relativt små. Dvs. at der er en lille tendens til, at der opleves færre barrierer, når data anvendes meget, men at forskellen ikke er markant. Det kan ikke på baggrund af de indsamlede data afgøres om dette skyldes, at de kommuner der anvender data meget har oplevet færre barrierer fra begyndelsen eller om der sker en læring, når data anvendes meget, som medfører at der opleves værre barrierer i de kommuner, hvor data anvendes meget.

2.5.2 Barrierer beskrevet i casestudierne

Rapportens casestudier har bl.a. givet uddybende eksempler på udfordringer og barrierer i arbejdet med sundheds- og ældredata, som flest kommuner i spørgeskemaundersøgelsen har angivet, at de oplever. Bl.a. beskrives vanskeligheder med udtræk af data fra fagsystemer, som udspringer af, at data registreres i fritekstfelter, hvilket medfører, at det er vanskeligt at aggregere data og undersøge udviklinger over tid. Der beskrives endvidere barrierer som opstår, fordi data ikke kan registreres på de kategorier, der er behov for, eller fordi data ikke kan udtrækkes på de relevante enheder. Det opleves som vanskeligt at få løst denne type af problemer, hvorfor data i nogle tilfælde registreres både i fagsystemer og lokale løsninger.

Ligeledes, opleves der udfordringer i forhold til udtræk af de sundhedsdata, som kommunerne kan få fra de regionale løsninger. En udfordring er her bl.a. manglende relevans i de geografiske opdelinger, som data kan udtrækkes for. F.eks. data fra E-sundhed udtrækkes på sogneniveau, mens man i kommunerne oftest arbejder med plejedistrikter, skoledistrikter o.l. Data på sogneniveau kan ikke altid omsættes til de relevante inddelinger og arbejdet besværliggøres yderligere af, at data for små geografiske enheder er fjernet af anonymiseringshensyn, hvilket betyder, at summer ikke altid kan lægges sammen. Der opleves også udfordringer med at udarbejde tidsserier, fordi arbejdet er omstændeligt og pga. den nævnte udfordring med, at data for nogle områder og år vil falde ud pga. anonymisering.

En anden udfordring med de regionale data er, at det kan være vanskeligt for kommunerne at identificere målgrupper, de ikke allerede har kontakt med. Dvs. at det f.eks. er muligt at udtrække data for borgere, som modtager behandling på f.eks. hospitaler, hvis de efterfølgende henvises til kommunen eller f.eks. allerede modtager hjemmehjælp eller bor i plejebolig. Men det er ikke muligt at identificere grupper af borgere, hvis kontakt med sundhedsvæsenet indikerer, at borgeren *kan* have gavn af en forebyggende indsats i kommunalt regi. F.eks. ældre borgere, der er faldet. Det er med andre ord ikke muligt at få overblik over den samlede population af kommunens borgere, som er i kontakt med sygehusvæsenet i forbindelse med en konkret problemstilling.

En af årsagerne til, at arbejdet med sundheds- og ældredata er ressourcekrævende tilskrives bl.a., at de eksisterende fagsystemer ofte ikke dækker de faktiske behov. Det betyder, at der er behov for dobbeltregistreringer i flere systemer eller i forskellige lokale løsninger. Casestudierne viser endvidere, at systemændringer, f.eks. overgangen til nye fagsystemer, besværliggør arbejdet med sundheds- og ældredata, bl.a. ved at gøre det vanskeligt at lave opfølgning over tid. Ændringer i tilbud og tilbudsstruktur kan også udfordre arbejdet med data. Hvis viden om ændringer i tilbud og tilbudsstruktur er personafhængig kan den organisatoriske hukommelse i forhold til indhold og tilbudsnavne være kort. Det er derfor centralt, at der oparbejdes en god datakultur i forhold til udarbejdelse af kronologiske lister med f.eks. navne på tilbud og tilhørende indhold, således, at det er muligt at lave opfølgning og se på udvikling i behov på tværs af år.

Casestudierne viser også, at forskellige økonomiske incitamentter på tværs af kommuner og ikke mindst på tværs af sektorer kan skabe udfordringer, når mønstre i data skal omsættes til indsatser, udvikling af forløb etc.. Udfordringen med incitamentter både internt og på tværs af sundhedssektoren ses særligt i forhold til skabelsen af effektive forløb for borgerne, hvor det gode forløb for borgeren ikke altid passer med de kasser, der budgetlægges i. De økonomiske strukturer kan således skabe et incitament, som ikke understøtter effektiv planlægning bl.a. som følge af fokus på, hvad der ligger indenfor egen ramme

Endelig viser casestudierne, at en væsentlig barriere i arbejdet med sundheds- og ældredata, at det meste af den evidens som findes på sundhedsområdet, stammer fra og er udviklet i regi af det regionale sundhedsvæsen og ikke nødvendigvis er direkte overførbart til de aktiviteter og indsatser som udføres i den kommunale sektor. Der efterspørges derfor, at der i højere grad udvikles evidens, som er relevant for arbejdet i den kommunale virkelighed. En udfordring for forskning på kommunale data er dog, den manglende fælles registreringspraksis og hvad der konkret registreres på tværs af kommuner.

2.5.3 Kritiske succesfaktorer

På baggrund af casestudierne har det været muligt at udlede en række kritiske succesfaktorer for arbejdet med sundheds- og ældredata. Overordnet viser casestudierne, at det er vigtigt at brugen af sundheds- og ældredata har et tydeligt formål, og at der hos medarbejderne er en oplevelse af, at arbejdet med data giver mening ind i deres og områdets faglighed. Det er her centralt at brugen af data, opleves at gøre en forskel for borgerne. Det vil sige, at det understøtter og udvikler den service som borgerne modtager, samt bidrager til at opnå resultater på borgerniveau.

Casestudierne viser, at medarbejderinddragelse i arbejdet med at omsætte og anvende sundheds- og ældredata i praksis er helt centralt. Dette handler både om at have ressourcepersoner i driften, som kan være med til at formidle og skabe ejerskab omkring arbejdet med data, men også om at identifikation af indikatorer sker i samspil med praksis, og at indikatorerne løbende justeres i samspil med medarbejderne, hvis der opstår behov for det.

Tydelig ledelse og ledelsesmæssig opbakning omkring arbejdet med data er ligeledes betydningsfuldt. Her understreges det at dataarbejdet ikke må blive et forvaltningsprojekt, men at der både kræves ledelsesopbakning fra den faglige og administrative ledelse samt opbakning og støtte fra ressourcepersoner i praksis.

Casestudierne understreger endelig betydningen af, at der er tæt forståelse og kobling mellem datakompetence og fagfagligheden på fagområdet. Casestudierne viser, at der er behov for et tæt samspil mellem superbrugere af fagsystemer, økonomi- og analysefunktioner og data-kyndige, fagprofessionelle. Effektiv anvendelse af sundheds- og ældredata kan bl.a. opnås ved, at der er medarbejdere, der både forstår og er del af praksis og som er i stand til at arbejde med data og omsætte mønstre i data til konkrete indsatser. Er den datakyndige og fagprofessionelle to forskellige personer, har superbrugeren en vigtig rolle, som oversætter af det faglige indhold, der ligger bag et nøgletal. Superbrugeren er ofte det centrale bindeled i oversættelsen mellem det tekniske og det fagfaglige. Det være sig f.eks. i forhold til, hvordan data vil se ud, hvis der registreres på én måde fremfor en anden.

2.6 Hvad er de fremtidige behov og ønsker

En del af kortlægningen har også haft til formål at undersøge, hvilke typer af sundheds- og ældredata, som kommunerne angiver at have størst behov for bedre sundheds- og ældredata. Dette med henblik på at identificere behov til udvikling og forbedring af datagrundlag.

2.6.1 Til hvilke formål og datatyper ønsker kommunerne bedre sundheds- og ældredata?

Kortlægningen viser at det særligt er i forhold til resultater og effekter til brug for kvalitetsudviklingsformål, at der i høj grad efterspørges bedre data fra kommunernes side. Gennemsnitligt for alle fagområder ses der her den største andel (67 pct.) der efterspørger bedre data til kvalitetsudviklingsformål. Dernæst efterspørges der bedre data for tilfredshed til brug for kvalitetsudvikling (52 pct.) efterfulgt af et ønske om bedre aktivitetsdata (50 pct.) til brug for planlægnings- og styringsformål.

Kortlægningen viser således, at der både er behov for forbedring af de data der anvendes meget, f.eks. aktivitetsdata, men også et behov for forbedring af de data der anvendes i lidt mindre grad, f.eks. resultat/effektdata samt data fra tilfredshedsundersøgelser. For de typer data der anvendes forholdsvis lidt dvs. kombineret data, sundhed/øvrige fagområder (høj anvendelse 8-9 pct.) og kombineret data, sundhed/baggrundsfaktorer (høj anvendelse 10-15 pct.), er der stadig mere end en tredjedel af kommuner der ønsker bedre data.

Tabel 8 Ønsker om forbedret data fordelt på formål

	Planlægning		Styring		Kvalitetsudvikling	
	Andel der ønsker bedre data	Andel, der anvender meget	Andel der ønsker bedre data	Andel, der anvender meget	Andel der ønsker bedre data	Andel, der anvender meget
Aktivitetsdata	48%	60%	50%	59%	32%	46%
Produktionsdata	34%	34%	35%	38%	27%	33%
Resultat/effekt	35%	35%	41%	33%	67%	39%
Pro-data	36%	25%	26%	17%	49%	25%
Baggrundsfaktorer	37%	21%	34%	16%	30%	14%
Sundhedstilstand i befolkningen generelt	31%	29%	28%	25%	31%	25%
Tilfredshedsundersøgelser	21%	21%	21%	14%	52%	17%
Kombineret data, sundhed/øvrige fagområder	35%	9%	34%	8%	40%	9%
Kombineret data, sundhed/baggrundsfaktorer	37%	15%	36%	14%	27%	10%
Andet	5%	2%	4%	1%	5%	2%

Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Inden for hvilke formål og datatyper har I størst behov for bedre sundhedsdata på "angivet område"? (Sæt gerne flere kryds)*. Antallet af respondenter er opgjort som dem, der som minimum har angivet, at de bruger data i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad på enten planlægnings-, styrings- eller kvalitetsudviklingsområdet. Antallet af respondenter er 409

Som en del af kortlægningen, er sundheds- og ældrecheferne blevet spurgt om, på hvilke fagområder de vurderer, at deres kommuner har størst behov for at få bedre sundheds- og ældredata. Cheferne har haft mulighed for at sætte fire kryds og har dermed været tvunget til at foretage en prioritering af, hvilke områder, de har behov for data til. Der kan dog her være en bias i svarene da en del af "ved ikke"-besvarelserne i forhold til det efterfølgende spørgsmål om behov for benchmark tyder på, at en del af de adspurgte chefer ikke dækker sundhedspleje-, tandpleje- og misbrugsområdet.

Resultaterne viser, at cheferne udpeger hjemmesyge- og hjemmeplejen, som det fagområde, hvor der er størst behov for bedre data. 52-53% af de deltagende chefer har i denne forbindelse angivet, at deres kommune har brug for bedre data ift. styring og kvalitetsudvikling på netop hjemmesygepleje- og hjemmeplejeområdet. 28% angiver at have brug for bedre data ift. planlægning på området.

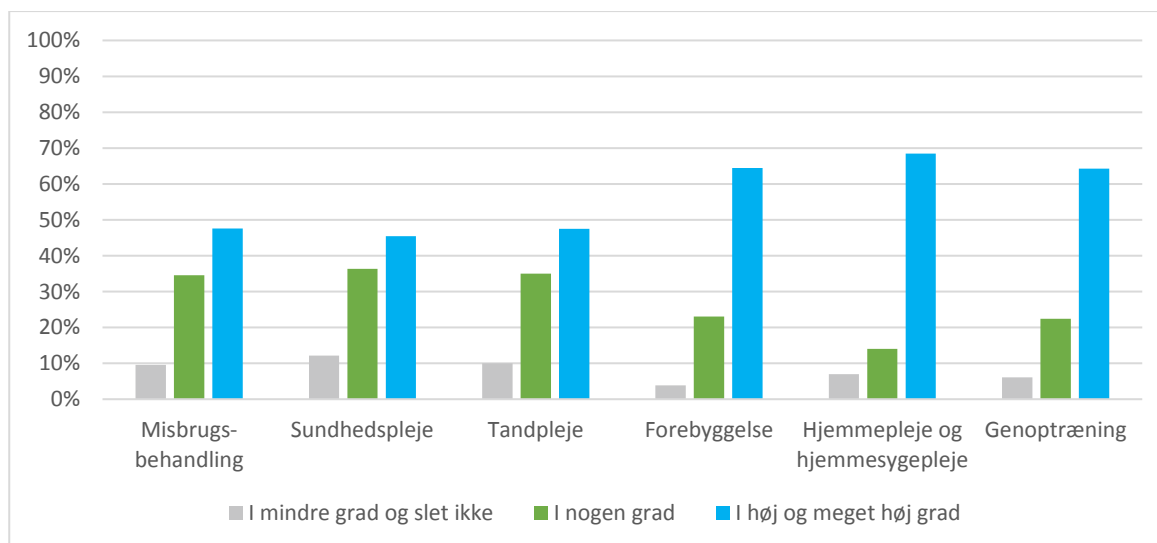
Herudover efterspørger omkring halvdelen af de adspurgte chefer bedre data til styring på genoptræningsområdet. Endelig angiver ca. 30% at de har brug for bedre data til kvalitetsudvikling og styring på forebyggelsesområdet. Relativt små andele angiver endelig misbrugsbehandling, tandpleje og sundhedspleje som fagområder, hvor der er størst behov for bedre data.

2.7 Behov for benchmark

Kortlægningen har endeligt undersøgt, på hvilke fagområder sundheds- og ældrecheferne tillægger at have størst behov benchmarkingdata. Formålet med dette har været at identificere fagområder, hvor kommunerne har behov for, at data i højere grad muliggør sammenligning af den kommunale drift og de resultater, der kommer ud af den. Behovet for benchmark er interessant i denne sammenhæng bl.a. fordi det stiller større krav til fælles begrebsapparat, registreringspraksis o.l. på tværs af kommuner end den interne brug af data i kommunerne.

Generelt er der mange fagområder, hvor store andele af de kommunale sundheds- og ældrechefer vurderer, at der er et behov for at kunne sammenligne på tværs af kommuner. Omkring 65 pct. af sundheds- og ældrecheferne oplever i høj eller meget høj grad et behov for benchmarkingdata ift. fagområderne genoptræning, hjemmepleje og hjemmesygepleje samt forebyggelse. Ca. 45 pct. af sundheds- og ældrecheferne oplever i høj eller meget høj grad et behov for at kunne sammenligne data indenfor misbrugsbehandling, sundhedspleje og tandplejen.

Figur 7 Sundheds- og ældrechefernes vurdering af, hvorvidt kommunen har et konkret behov for at kunne benchmarke sundheds- og ældredata med andre kommuner fordelt på sundhedsområder



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *Har I et konkret behov for at kunne benchmarke jeres sundheds- og ældredata med andre kommuner for nedenstående områder?* Procenterne i figuren er udregnet på baggrund af antal respondenter, der har svaret på det givne område. Ved-ikke kategorien er derfor fjernet. Derudover er data vægtet på samme måde som i ovenstående figur, således, at svar tæller 0,5 for de kommuner med to chef-besvarelser.

3 Konklusion

Udbredelse og anvendelse

Kortlægningen viser, at anvendelsen af sundheds- og ældredata i de danske kommuner er udbredt. 95% af kommunerne anvender i en eller anden grad sundheds- og ældredata til planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Seks ud af ti kommuner angiver, at de i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata til planlægning, mens lidt over halvdelen af kommunerne svarer det samme, hvad angår styrings- og kvalitetsudviklingsformål.

Kortlægningen viser, at udgangspunktet for kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata varierer på tværs af fagområderne. Der er forskel på i hvor høj grad data anvendes på de forskellige områder. Her skiller særligt misbrugsområdet sig ud, som værende det område, hvor sundhedsdata bruges i mindste omfang. Dette kan skyldes, at misbrugsbehandlingen ofte er en ydelse, der købes hos eksterne leverandører, samtidig med at der er anonymitet i forhold til en stor del af behandlingen.

Der er også forskel på fra hvilke kilder kommunerne systematisk anvender sundheds- og ældredata på de forskellige områder. Generelt er fagsystemerne den datakilde, der anvendes mest systematisk af kommunerne og i særlig høj grad på hjemmepleje- og hjemmesygepleje samt genoptræningsområdet. Der er dog også mange kommuner, der systematisk anvender data indsamlet og/eller registreret i egne løsninger. Casene viste at i nogle tilfælde skyldes brugen af lokale løsninger, at mulighederne for at registrere og udtrække data fra fagsystemerne ikke er tilstrækkelige til specifikke formål i kommunerne. I andre tilfælde skyldes brugen af lokale løsninger, at man f.eks. indsamler pro-data for afgrænsede indsatser, foretager målinger på arbejds gange i afgrænsede perioder og lignende anvendelse af data, der mest hensigtsmæssigt dækkes med lokale løsninger. Data fra regioner og andre myndigheder er generelt den datakilde, der anvendes mindst systematisk. Dette gælder dog ikke på forebyggelsesområdet, hvor det er den kilde kommunerne i højest grad anvender.

Det betyder, at opgaven med at skabe adgang til valide data, som udgangspunkt for kommunernes planlægning, styring og kvalitetsudvikling er forskellig fra område til område. I nogle tilfælde handler det hovedsageligt om at gøre de eksisterende data mere tilgængelige, i andre tilfælde vil det også være en opgave at finde ud af hvilke dele af det datagrundlag kommunerne i dag indsamler og anvender i lokale løsninger, der med fordel vil kunne supplere det eksisterende datagrundlag i fagsystemerne. Endelig vil opgaven med at stille valide data til rådighed på områder, hvor de anvendte data kommer fra regioner og andre offentlige myndigheder, være en tværsektoriel opgave. (I særlig høj grad forebyggelsesområdet.) Det skyldes bl.a. at validiteten af data, der ikke skabes i kommunerne, ikke kan forbedres i den kommunale kontekst.

Det er undersøgt om kommunestørrelse har en betydning for graden af anvendelse af data. Der er en lille forskel mellem anvendelsesgraden for større og mindre kommuner. Dvs. at kommunestørrelsen ser ud til at have en mindre indflydelse på udgangspunktet for at arbejde med sundheds- og ældredata.

Flest kommuner angiver, at det er i driften (ledere af udførende enheder) sundheds- og ældredata anvendes, dernæst hos deres medarbejdere og chefer på forvaltningsniveau. Det betyder, at data for at kunne anvendes til at understøtte planlægning, styring og kvalitetsudvikling i kommunerne skal være anvendelige på de niveauer, hvor opgaverne udføres og data registreres (i praksis).

Hvad bruges data til og hvilke typer af data anvendes

Der er forskel på, hvilke typer opgaver data bruges til på tværs af fagområderne. Der ser ud til at være et vist sammenfald mellem de opgaver sundheds- og ældredata anvendes til og de typiske styringsformer der anvendes på områderne. F.eks. anvender

ca. 61-73 pct. af kommunerne i høj eller meget høj grad data til kapacitetsstyring, budgettering, budgetopfølgning og aktivitetsstyring på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet. Et område, hvor kommunerne ofte anvender aktivitets- og/eller demografiahængig tildeling af midler og/eller afregning. Samtidig anvendes sundheds- og ældredata i høj eller meget høj grad til identifikation af mål og planlægning af indsatser i en stor gruppe af kommuner på forebyggelsesområdet (74 pct.), tandplejeområdet (67 pct.), hjemmesygepleje- og hjemmeplejeområdet (61 pct.) og genoptræningsområdet (52 pct.).

De forskellige opgaver kommunerne anvender sundheds- og ældredata til stiller forskellige krav til data. Det er helt andre nøgletal, opdateringsfrekvenser, analytiske tilgange o.l., der er behov for, hvis data anvendes til kapacitetsstyring, budgettering og aktivitetsstyring fremfor, hvis data anvendes til identifikation af målgrupper. Der kan også være forskel på krav til sikkerhed og de juridiske rammer afhængig af, hvilke opgaver data anvendes til. Det er endvidere langt fra sikkert, at data, som er tilstrækkelige til identifikation af målgrupper og planlægning af indsatser også kan bruges til at følge op på mål, fokusområder og indsatser.

Kortlægningen viser da også, at det kun er på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet, at der er en lige så stor gruppe af kommuner, der anvender sundheds og ældredata i høj eller meget høj grad til at planlægge som til at følge op. F.eks. anvendelsen af data til at følge op på fokusområder, mål og indsatser set i forhold til anvendelsen af data til at identificere mål og fokusområder samt til planlægning af indsatser. Noget af samme billede gør sig gældende for budgettering og budgetopfølgning.

Mens der er stor forskel på, hvilke typer opgaver kommunerne anvender sundheds- og ældredata til at understøtte løsningen af, er der ikke forskel på, hvilken datatype, der anvendes mest. Hverken på tværs af områder eller til forskellige formål. Aktivitetsdata er den mest anvendte datatype både til planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Den omfattende brug af aktivitetsdata kan skyldes, at kommunerne ofte har denne datatype til rådighed, da den ofte registreres i forbindelse med f.eks. visitation af en ydelse og i forbindelse med levering f.eks. på baggrund af kørelister.

Barrierer og kritiske succesfaktorer

Der er stor forskel på, hvor mange kommuner, der oplever barrierer for anvendelsen af sundheds- og ældredata på tværs af områderne. Det er til gengæld de samme barrierer, flest kommuner oplever på fagområderne, om end det er en varierende andel af kommunerne, der oplever dem. Der ses en mindre tendens til, at barrierer opleves i mindre grad i kommuner, hvor data anvendes meget og hvor man således f.eks. har opbygget kompetencer, tekniske løsninger osv. til at arbejde med data. Der ses dog ikke en entydig sammenhæng mellem i hvor høj grad data anvendes på et fagområde og oplevelsen af barrierer, hvilket kan skyldes forskellige systemmæssige udgangspunkter, datakilder etc.

De barrierer, der opleves af flest kommuner er, at data er vanskelige at udtrække, problemer med datakvalitet, at det kræver specialiserede kompetencer eller at der mangler ressourcer til at udtrække og bearbejde data samt manglende konsistens i definitioner af anvendte dataudtræk, nøgletal etc. mellem enheder i organisationen eller over tid.

Casestudierne tydeliggør en række kritiske succesfaktorer for anvendelsen af sundheds- og ældredata i kommunerne. Disse kredser særligt omkring følgende:

- Vigtigheden i at have et tydeligt formål med anvendelsen af data. Formålet skal give mening ind i medarbejdernes faglighed. Man skal kunne se, at det gør en forskel for borgerne og for løsningen af kerneopgaven.

- Ledelsesmæssig opbakning er vigtig. Gerne understøttet af opbakning og fra ressourcepersoner fra praksis. Samtidig er medarbejderinddragelse i arbejdet med at omsætte og anvende sundheds- og ældredata i praksis helt centralt.
- Tæt forståelse og kobling mellem datakompetence og fagligheden på fagområdet er essentielt. Dette for at sikre, at de iværksatte initiativer bunder i praksis.

Ønsker og behov for sundheds- og ældredata

Kommunerne efterspørger på tværs af fagområder især bedre data til kvalitetsudviklingsformål, f.eks. i form af bedre data på resultater og effekt (67 pct. af kommunerne), pro-data (49 pct.) og tilfredsheds-data (52 pct.). Der efterspørges også bedre aktivitetsdata til planlægning (48 pct.) og styring (50 pct.). Kommunerne ønsker således også bedre data af den type de i forvejen anvender meget. Generelt er der for stort set alle datatyper mindst en tredjedel af kommunerne, der efterspørger bedre data. Efterspørgslen på bedre data er således generelt forholdsvis stor.

Et flertal af cheferne peger på hjemmepleje og hjemmesygeplejeområdet og dernæst genoptræningsområdet, som de områder, hvor der umiddelbart er størst behov for bedre data. Det er bemærkelsesværdigt, da hjemmepleje og hjemmesygeplejeområdet i forvejen er et af de områder, hvor data bruges meget og meget systematisk. Det er dog muligt, at de chefer der har svaret på spørgeskemaundersøgelsen, ikke har sundhedspleje, tandpleje og misbrugsbehandling i deres portefølje. Der er elementer i besvarelserne på chefs spørgeskemaet, der kunne tyde på dette.

Store andele af de kommunale sundheds- og ældrechefer vurderer også, at der er behov for at kunne sammenligne på tværs af kommuner. Igen særligt på genoptræning-, hjemmepleje- og hjemmesygepleje- samt forebyggelsesområderne, men også på de øvrige fagområder. Behovet for at kunne sammenligne den kommunale drift og de deraf følgende resultater via data, stiller større krav til at der udvikles et fælles begrebsapparat, registreringspraksis o.l. på tværs af kommuner, end hvad der er tilfældet med den interne anvendelse af data.

Beslægtet med ønsket om benchmarking, er der i flere cases ydret ønske om, at der i højere grad måles på evidens i forhold til kommunale sundhedsydelse. Dvs. at der skabes mulighed for, at der på baggrund af de kommunale data kan analyseres og forskes i, hvilke indsatser osv. der har størst effekt. Dette bunder i et ønske om at udvide det eksisterende evidensgrundlag, således, at man i den kommunale sektor ikke kun bygger på og tager udgangspunkt i viden om evidens fra den regionale sektor. En sektor, hvor rammene er noget anderledes, hvorfor resultaterne ikke nødvendigvis er direkte overførbare til den kommunale virkelighed. Ønsket om større evidens og mere kommunalrelateret forskning kan helt overordnet også kædes sammen med det udbredte ønske om bedre data, som ses på tværs af fagområderne.