



KONSULENTVIRKSOMHED

Sundhedsdataprogrammet – Områdeanalyser

Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata

25. januar 2019

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	5
2	Metode	5
2.1	<i>Begreber</i>	5
2.2	<i>Spørgeskemaundersøgelsen</i>	6
2.2.1	Formål og metoder i analysen af spørgeskemaerne	7
2.2.2	Kommuner, der har angivet ikke at anvende sundheds- og ældredata	10
2.3	<i>Casestudier</i>	10
3	Anvendelse af sundheds- og ældredata på tværs af kommunerne	11
3.1	<i>Hvor udbredt er anvendelsen af sundheds- og ældredata?</i>	11
3.2	<i>Hvad anvendes sundhedsdata til?</i>	15
3.3	<i>Hvilke typer data anvendes?</i>	17
3.4	<i>Hvem anvender sundhedsdata?</i>	18
3.5	<i>Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?</i>	19
3.6	<i>Hvilke typer data er der behov for?</i>	22
4	Hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet	27
4.1	<i>Hvor udbredt er anvendelsen af sundheds- og ældredata på området?</i>	27
4.2	<i>Hvad anvendes data til?</i>	28
4.3	<i>Hvilke typer af data anvendes?</i>	30
4.4	<i>Hvem anvender sundhedsdata på området?</i>	30
4.5	<i>Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?</i>	31
4.6	<i>Hvilke typer data er der behov for?</i>	33
4.7	<i>Fokus på Fællessprog III</i>	34
4.8	<i>Opsummering af hovedtendenserne på hjemmesygepleje- og hjemmeplejeområdet</i> 35	
4.9	<i>Case 1: I sikre hænder – Sønderborg Kommune</i>	36
4.10	<i>Case 2: Dataunderstøttet planlægning, udvikling af indsatser og dialog med samarbejdspartnere i Odenses akutteam</i>	39
5	Genoptræningsområdet	43
5.1	<i>Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?</i>	43
5.2	<i>Hvad anvendes sundhedsdata til?</i>	44
5.3	<i>Hvilke typer af data anvendes?</i>	45
5.4	<i>Hvem anvender sundhedsdata på området?</i>	46
5.5	<i>Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?</i>	47
5.6	<i>Hvilke typer data er der behov for?</i>	48
5.7	<i>Opsummering af hovedtendenserne på genoptræningsområdet</i>	50
5.8	<i>Case 1: Anvendelse af sundhedsdata i genoptræningsindsatsen i Sorø Kommune</i>	51
5.9	<i>Case 2: Hjerterehabilitering i Vordingborg Kommune</i>	53

6	Forebyggelsesområdet	56
6.1	<i>Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?</i>	56
6.2	<i>Hvad anvendes data til?</i>	57
6.3	<i>Hvilke typer af data anvendes?</i>	58
6.4	<i>Hvem anvender sundhedsdata på området?</i>	59
6.5	<i>Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?</i>	60
6.6	<i>Hvilke typer data er der behov for?</i>	61
6.7	<i>Opsummering af hovedtendenserne på forebyggelsesområdet</i>	62
6.8	<i>Case: Hvordan data understøtter beslutninger om idriftsættelse af forebyggelsesprojekter Sønderborg Kommune</i>	64
7	Tandplejeområdet	66
7.1	<i>Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?</i>	66
7.2	<i>Hvad anvendes data til?</i>	67
7.3	<i>Hvilke typer af data anvendes?</i>	68
7.4	<i>Hvem anvender sundhedsdata på området?</i>	69
7.5	<i>Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?</i>	70
7.6	<i>Hvilke typer data er der behov for?</i>	71
7.7	<i>Opsummering af hovedtendenserne på tandplejeområdet</i>	72
7.8	<i>Case 1: Dataunderstøttet arbejde i Børne- og Ungdomstandplejen i Vordingborg Kommune</i>	74
7.9	<i>Case 2: Tandplejen i Aarhus Kommune</i>	77
		77
8	Sundhedsplejeområdet	80
8.1	<i>Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?</i>	80
8.2	<i>Hvad anvendes data til?</i>	81
8.3	<i>Hvilke typer af data anvendes?</i>	82
8.4	<i>Hvem anvender sundhedsdata på området?</i>	83
8.5	<i>Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?</i>	84
8.6	<i>Hvilke typer data er der behov for?</i>	85
8.7	<i>Opsummering af hovedtendenserne på sundhedsplejeområdet</i>	86
8.8	<i>Case 1: Brugen af sundhedsdata i Odense Kommunes sundhedspleje</i>	88
8.9	<i>Case 2: Dataunderstøttet arbejde i sundhedsplejen i Aarhus Kommune</i>	91
9	Misbrugsbehandlingsområdet	94
9.1	<i>Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?</i>	94
9.2	<i>Hvad anvendes data til?</i>	95
9.3	<i>Hvilke typer af data anvendes?</i>	97
9.4	<i>Hvem anvender sundhedsdata på området?</i>	97
9.5	<i>Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?</i>	98

9.6	<i>Hvilke typer data er der behov for?</i>	100
9.7	<i>Opsummering af hovedtendenserne på misbrugsbehandlingsområdet</i>	101

1 Introduktion

Denne rapport er et tillæg til hovedrapporten *Sundhedsdataprogrammet – Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata*. Rapporten indeholder udover et metodeafsnit, et kapitel med fokus på den overordnede anvendelse af sundheds- og ældredata samt områdeanalyser for hvert af de seks fagområder. De kortlagte fagområder omfatter hjemmepleje- og hjemmesygepleje, genoptræningsområdet, forebyggelsesområdet, tandplejen, sundhedsplejen samt området for misbrugsbehandling.

Hvert kapitel er bygget op på samme måde med udgangspunkt i kortlægningens overordnede undersøgelsesspørgsmål, som er som følger:

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

2 Metode

Kortlægningen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse, som er sendt til alle kommuner samt en mere dybdegående analyse baseret på udvalgte casestudier. Derudover er der indledningsvist indsamlet viden fra de relevante fagpersoner i KL via workshops med interne specialister fra KL-huset (deltagere fra Center for Social og Sundhed, Økonomisk Sekretariat, KLK o.a.).

Formålet med rapporten er at kortlægge udbredelsen og systematikken i anvendelsen af sundheds- og ældredata er på tværs af områder og kommuner, til hvilke formål og opgaver sundheds- og ældredata anvendes. Hvilke barrierer på tværs af områder, der opleves i arbejdet med data samt hvilke typer af data kommunerne anvender og ønsker sig i fremtiden. Dette er gjort gennem en spørgeskemaundersøgelse samt via udarbejdelse af en række casestudier.

Spørgeskemaundersøgelsen har gennem en bred tilgang haft til formål at skabe overblik over kommunernes brug af sundheds- og ældredata på tværs af alle kommuner. Mens formålet med casestudierne har været gennem en mere dybdegående analyse at beskrive konkrete eksempler på hvilke typer af data, der anvendes, med hvilke formål de anvendes, hvad der er kommet ud af anvendelsen af data samt forudsætninger ift. kommunens arbejde med datakvalitet, registreringspraksis.

2.1 Begreber

To centrale begreber i analysens genstandsfelt har været nødvendigt at definere og kommunikere til spørgeskemaundersøgelsens respondenter samt til deltagere i casestudierne. 1) Hvad der konkret menes med begrebet sundheds- og ældredata og dernæst 2) den konkrete afgrænsning af begrebet *anvendelse* i dataindsamlingen og analysen. Tabel 1 opsummerer de specifikke definitioner.

Tabel 1 Definition af sundheds- og ældredata samt anvendelse

Begreb	Definition og afgrænsning anvendt i kortlægningen
Sundheds- og ældredata	Data om kommunens borgernes sundhedstilstand/ behov, sundhedsydelse og ydelser indenfor sundheds- og ældreområdet.
Anvendelse af sundheds- og ældredata	Den anvendelse af sundheds- og ældredata, som undersøgelsen omfatter, er når data bruges 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.

I rapporten anvendes betegnelsen sundheds- og ældredata på området hjemmepleje og hjemmesygepleje samt i de afsnit, hvor der analyseres og drages konklusioner på tværs af områder. På de områder, hvor anvendelsen ikke som udgangspunkt indeholder ældredata anvendes betegnelsen sundhedsdata, medmindre der specifikt er tale om en beskrivelse af dataanvendelse, der også bygger på ældredata.

2.2 Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen omfatter alle danske kommuner. Der er udsendt et spørgeskema til hver kommune på områderne hjemmepleje og hjemmesygepleje, genoptræning, forebyggelse, tandpleje, sundhedspleje og misbrugsbehandling, med henblik på at kortlægge anvendelsen på de konkrete områder.

Der er desuden sendt mere overordnede spørgeskemaer til sundheds- og ældrechefer i kommunerne med mere brede spørgsmål om, på hvilke områder kommunen har størst behov for bedre sundheds- og ældredata samt på hvilke områder kommunen har behov for at kunne sammenligne sig med andre kommuner.

Spørgeskemaerne er testet med en stor og en mindre kommune og tilpasset på baggrund heraf inden de er blevet udsendt til kommunerne.

86 kommuner har deltaget i minimum ét af områdeundersøgelserne. Dvs. at langt de fleste kommuner er repræsenteret i undersøgelsen. De fleste kommuner (85 kommuner) har svaret på mere end ét spørgeskema. Besvarelsesprocenterne varierer lidt på tværs af fagområderne. De højeste svarprocenter ses på områderne for forebyggelse og tandpleje, hvor 72% af kommunerne har besvaret spørgeskemaet. Den laveste svarprocent findes på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet, hvor svarprocenten er 65%. I Tabel 2 ses de konkrete svarprocenter på de seks fagområder.

Tabel 2 Svarprocenter for spørgeskemaer til de seks fagområder

	Besvaret	Delvist besvaret	Ikke besvaret
Hjemmepleje og hjemmesygepleje	65 %	8 %	27 %
Genoptræning	69 %	3 %	26 %
Forebyggelse	72 %	2 %	26 %
Tandpleje	72 %	5 %	22 %
Sundhedspleje	66 %	6 %	28 %
Misbrugsbehandling	65 %	7 %	28 %
Samlet svarprocent	69 %	7 %	26 %

Tabelnote: Tabellen er opgjort på baggrund af antal distribuerede spørgeskemaer. Der er i alt udsendt 588 spørgeskemaer til 98 kommuner. Antallet af respondenter er derfor 98 pr. fagområde.

Tabel 3 viser hvilken jobfunktion, respondenterne har på tværs af de forskellige fagområder. Som det ses, er det på tværs af fagområderne, primært ledere af udførende enheder, som har besvaret spørgeskemaet. Efterfulgt af chefer og ledere på forvaltningsniveau samt medarbejdere på forvaltningsniveau afhængigt af fagområdet.

Tabel 3 Respondenternes jobfunktion på tværs af de seks fagområder

	Misbrugs- behandling	Sund- hedspleje	Tandpleje	Forebyg- gelse	Hjemme- pleje og hjemme- sygepleje	Genop- træning	Gns.
Jeg er leder af en udførende enhed	46,5%	73,2%	73,9%	42,5%	40,3%	64,8%	56,9%
Jeg er medarbejder i en udførende enhed	4,2%	2,8%	4,0%	4,11%	0,0%	1,4%	2,8%
Jeg er medarbejder på forvaltningsniveau (fx i et center for sundhed og omsorg)	12,7%	2,8%	2,6%	24,7%	18,1%	12,7%	12,2%
Jeg er chef eller leder på forvaltningsniveau	26,8%	19,7%	15,8%	24,7%	37,5%	18,3%	23,7%
Andet (uddyb venligst)	9,9%	1,4%	4,0%	4,1%	4,8%	2,8%	4,4%

Tabelnote: Procenterne i figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *Hvor i organisationen arbejder du?* i spørgeskemaet Sundhedsdataundersøgelsen. Antallet af respondenter er 434.

Svarprocenterne for de overordnede chefskemaer er mindre end for de fagområdespecifikke spørgeskemaundersøgelser. 50% af respondenterne har besvaret skemaet fuldt ud, 6% har delvist besvaret skemaet mens 44% ikke har besvaret skemaet. Det er dog værd at bemærke, at nogle af de kommuner, som har modtaget mere end et spørgeskema, fordi de flere chefer med ansvar for sundheds- og ældreområdet, har valgt at indsende én samlet besvarelse. Der er således 61 kommuner svarende til 62%, som helt eller delvist har besvaret spørgeskemaet mens der tilsvarende er 37 kommuner svarende til 38, som ikke har besvaret spørgeskemaet.

I de gennemsnit, der er beregnet for besvarelserne på chefskemaerne, indgår de kommuner, der har indsendt to besvarelser fra to forskellige chefer med et gennemsnit af de to besvarelser. Denne fremgangsmåde er valgt for at undgå, at disse kommuner kom til at veje tungere, end kommuner, som har indsendt en samlet besvarelse eller som blot har én chef, som dækker sundheds- og ældreområdet.

2.2.1 Formål og metoder i analysen af spørgeskemaerne

Følgende er undersøgt

1. Udbredelsen af anvendelsen af sundheds- og ældredata, herunder systematikken i anvendelse
2. Hvilke opgaver og samarbejder kommunerne anvender sundhedsdata til
3. Hvilke typer af data kommunerne anvender
4. Hvem anvender sundheds- og ældredata
5. Barrierer for anvendelsen af sundheds- og ældredata
6. Hvilke data man har behov for fremadrettet og på hvilke områder kommunerne har behov for at kunne benchmarke

Nedenfor følger en nærmere gennemgang af disse undersøgelsespunkter, herunder hvilke eventuelle hypoteser, som har været knyttet til hvert punkt.

Udbredelse og systematik i anvendelsen af sundheds- og ældredata

Anvendelsesgraden er undersøgt ved at spørge til i hvor høj grad kommunerne anvender sundheds- og ældredata til henholdsvis formålene planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Hvor systematiske kommunerne anvender sundheds- og ældredata er undersøgt ved at spørge til hyppighed og systematik i anvendelsen i forhold til brugen

af data fra kommunernes fagsystemer, data indsamlet via spørgeskemaer eller andre lokale løsninger og data fra regionerne.

En underlæggende hypotese i forbindelse med kortlægning af anvendelsen har været, at større kommuner i højere og mere systematisk 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 rummer.

For at undersøge, hvorvidt kommunestørrelse har en betydning i forhold til dataanvendelsen, er de indsamlede besvarelser analyseret efter kommunestørrelse. Grupperingen af større og mindre kommuner er opgjort på baggrund af befolkningstallet i kommunen ud fra hvilket der er dannet tre grupperinger. Den første gruppe udgøres af de 8 største kommuner. Gruppen tager udgangspunkt i 6-by samarbejdet inkl. Frederiksberg og Vejle, hvor befolkningstallet er større end den mindste by i samarbejdet. De resterende 90 kommuner er opdelt i to lige store grupper med 45 i hver. Der er hhv. svar fra 37 kommuner i grupperingen af mindre kommuner samt svar fra 41 kommuner i grupperingen af større kommuner. Inddelingen i kommunestørrelser er baseret på udtræk fra DST for 3 kvartal 2018 (Christiansø er ikke medregnet).

Det er endvidere undersøgt, hvor systematisk kommunerne anvender sundheds- og ældredata. Med systematisk menes, at data anvendes gennem fast defineret ledelsesinformation og/eller udtrækkes fra systemerne med samme definitioner og efterbehandles på samme måde hver gang. Her er der på samme måde som i forhold til anvendelsen af data undersøgt om kommunestørrelsen har en betydning for hvor systematisk kommunerne anvender data.

Hvilke opgaver og samarbejder kommunerne anvender sundhedsdata til

Det er undersøgt, hvilke typer er opgaver kommunerne anvender sundheds- og ældredata til at understøtte. Dette er gjort med henblik på at kortlægge konkret, hvad det er kommunerne bruger sundheds- og ældredata til. Der er i denne forbindelse defineret en række konkrete opgaver som knytter sig hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling (se Tabel 4).

Tabel 4 - opgaver knyttet til planlægning, styring og kvalitetsudvikling

Planlægning	Styring	Kvalitetsudvikling
<ul style="list-style-type: none">• Ressource- og kapacitetsplanlægning• Identifikation af mål og fokusområder samt planlægning af indsatser• Budgettering• Koordination mellem enheder	<ul style="list-style-type: none">• Budgetopfølgning• Opfølgning på fokusområder, mål og indsatser• Resultat og effektstyring• Aktivitetsstyring• Oversættelse af serviceniveau og kvalitetsstandarder til fælles faglig praksis	<ul style="list-style-type: none">• Faglig ledelse• Kvalitetsudvikling af faglig praksis• Resultat og effektstyring• Identifikation af og opfølgning på mål og fokusområder• Planlægning af på opfølgning på indsatser• Koordination mellem enheder

Kommunerne er blevet bedt om at svare på i hvor høj grad de anvender sundheds- og ældredata til de forskellige opgaver. Det har også for hvert formål (planlægning, styring og kvalitetsudvikling) været muligt for kommunerne at svare, at de anvender sundheds- og ældredata til andre opgaver end de anførte opgaver. Mellem 52 og 64 pct. af respondenterne har i denne forbindelse svaret, at de enten ikke ved om data anvendes til andre opgaver end de anførte eller at data slet ikke anvendes til andre opgaver end den anførte. Disse andele er betydeligt højere end for de definerede opgaver (Tabel 4),

hvorfor det på baggrund heraf konkluderes, at de opgaver, der er spurgt ind til dækker hovedparten af de opgaver kommunerne anvender sundheds- og ældredata til.

Udover de interne planlægnings-, styrings- og kvalitetsudviklingsopgaver er det også undersøgt i hvor høj grad kommunerne anvender sundheds- og ældredata i samarbejdet med de eksterne samarbejdspartnere – regionerne og almen praksis. Formålet er her at afdække, hvorvidt kommunerne også anvender data til dette aspekt af den kommunale opgaveløsning.

Hvilke typer af data kommunerne anvender

Det er undersøgt, hvilke konkrete typer data kommunerne anvender mest og om der er forskel på, hvilke typer af data kommunerne anvender til forskellige formål. Formålet med dette har bl.a. været at afdække, hvorvidt de typer af sundheds- og ældredata, der anvendes er data, som typisk registreres eller kan registreres i forbindelse med borgerens forløb, hvorvidt det er data, som indsamles fra borgerne eller data, som kræver kombination af sundheds- og ældredata med andre typer af data.

Hvem i den kommunale organisation anvender sundheds- og ældredata

Som en del af kortlægningen er det også undersøgt, hvem i den kommunale organisation, som bruger sundheds- og ældredata samt til hvilke formål de forskellige grupper bruger data til. Der er her spurgt ind til om de forskellige grupper anvender data samt hvorvidt data bruges til at planlægge, styre eller kvalitetsudvikle. Formålet har været at kortlægge på, hvilke niveauer i organisationen sundheds- og ældredata anvendes. Det er endvidere undersøgt, hvorvidt der er forskel på, hvilke formål sundheds- og ældredata bruges til på forskellige niveauer i organisationen.

Barrierer for anvendelsen af sundheds- og ældredata

Som en del af kortlægningen er det undersøgt, hvilke barrierer for anvendelse af sundheds- og ældredata kommunerne oplever. De barrierer, der konkret er spurgt ind til i spørgeskemaet, er defineret på baggrund af bl.a. erfaringer opsamlet gennem en lang række projekter og analyser med fokus på planlægning, styring og kvalitetsudvikling i forskellige kommuner. Projekter som dækker bl.a. ældre- og sundhedsområdet, det specialiserede voksen- og børneområde samt skole og dagtilbudsområdet.

Det er endvidere i rapporten undersøgt, hvorvidt, der er sammenhæng mellem på den ene side, hvor meget kommunerne anvender data og på den anden side hvilke barrierer kommunerne oplever i forhold til anvendelsen af sundheds- og ældredata samt hvor ofte barrieren forekommer i forskellige kommuner. Denne del af undersøgelsen af barrierer tager udgangspunkt i 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 områder, hvor data anvendes i mindre grad.

Respondenterne er her opdelt i to grupper. De respondenter, der har svaret ”i mindre grad” eller ”i nogen grad” på spørgsmålene om hvor meget de anvender data til planlægning, styring og kvalitetsudvikling, er klassificeret som tilhørende gruppen, hvor data anvendes lidt. De respondenter, der har svaret ”i høj grad” eller ”i meget høj grad”, er klassificeret som tilhørende den gruppe, hvor data anvendes meget. Endelig er de respondenter, der har angivet, at kommunen slet ikke anvender sundheds- og ældredata på det konkrete område, behandlet som en særskilt gruppe i analysen.

Hvilke data man har behov for fremadrettet

Der er på alle områder desuden spurgt til for hvilke datatyper og formål kommunerne har størst behov at have adgang til bedre sundheds- og ældredata. Formålet med dette er at kunne identificere behov til udvikling og forbedring af datagrundlag. I spørgeskemaundersøgelserne som er sendt til sundheds- og ældrecheferne, er disse endvidere blevet bedt om at prioritere behovet på tværs af områder.

På hvilke områder kommunerne har behov for at kunne benchmarke

Endelig er der i spørgeskemaundersøgelsen til cheferne spurgt til kommunernes behov for at kunne benchmarke på forskellige områder. Dette er gjort med henblik på at kunne identificere områder, hvor kommunerne har behov for, at data i højere grad gør det muligt at sammenligne den kommunale drift og de resultater, der kommer ud af den på tværs af kommuner.

2.2.2 Kommuner, der har angivet ikke at anvende sundheds- og ældredata

Der er meget få kommuner, som har angivet slet ikke at anvende sundheds- og ældredata til formålene planlægning, styring og kvalitetsudvikling. På grund af det lave antal besvarelser har det ikke været muligt at analysere på data for de kommuner, der angiver ikke at anvende data. Følgelig er disse besvarelser frasorteret i analysen. Når der i nærværende rapport og i rapporten *Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata - Analyseresultater og konklusioner* refereres til de deltagende kommuner betyder det de kommuner, der har svaret, at de anvender sundheds- og ældredata til mindst et af de tre formål.

2.3 Casestudier

Som en del af kortlægningen er der gennemført ni casestudier. Casestudier, som dækker samtlige fagområder med undtagelse af misbrugsbehandlingsområdet. Casene er valgt på baggrund af workshops med interne specialister fra KL-huset (deltagere fra Center for Social og Sundhed, Økonomisk Sekretariat, KLK o.a.), desk-research samt via gennemgang af besvarelser af spørgeskemaundersøgelsen.

Casestudierne går mere i dybden med at beskrive konkrete eksempler på anvendelse af sundheds- og ældredata fra kommuner, hvor der arbejdes aktivt med at anvende sundheds- og ældredata i forhold til planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Casene beskriver således konkret, hvilke typer af data, der anvendes, formålene med anvendelsen, hvad der er kommet ud af anvendelsen af data samt forudsætninger ift. kommunens arbejde med datakvalitet, registreringspraksis ol.

I forbindelse med hver casestudie er der gennemført interviews med relevante medarbejdere fra fagområdet, fra forvaltningen samt dataspecialister og analysemedarbejdere mv. Interviewene er endvidere i flere tilfælde blevet udbygget med relevant materiale tilsendt af kommunerne, som er brugt i arbejdet med casene.

Temaer for interviewene var at afdække formålet med den konkrete dataanvendelse i eksemplet, samt hvilke data, der anvendes og hvordan den konkrete anvendelse foregår, herunder hvem, der anvender sundheds- og ældredata. Endvidere er der i interviewene spurgt til, hvilke konkrete resultater, kommunen har opnået f.eks. i forhold til indsatser, praksis osv. samt hvilke kritiske succesfaktorer og barrierer kommunerne oplever i arbejdet med sundheds- og ældredata.

3 Anvendelse af sundheds- og ældredata på tværs af kommunerne

Følgende kapitel gengiver hovedresultaterne af spørgeskemaundersøgelsen set på tværs af de kortlagte sundhedsfaglige områder samt den del af undersøgelsen, som er besvaret af kommunernes sundheds- og ældrechefer mv.

Først kortlægges anvendelsen af sundheds- og ældredata, herunder hvor systematisk brugen er. Kapitlet kortlægger hvad sundheds- og ældredata anvendes til, hvilke datatyper, som anvendes og hvem i den kommunale organisation, som anvender denne data. Derudover kortlægges de relevante barrierer for arbejdet med sundheds- og ældredata og endelig hvilke data, der efterspørges.

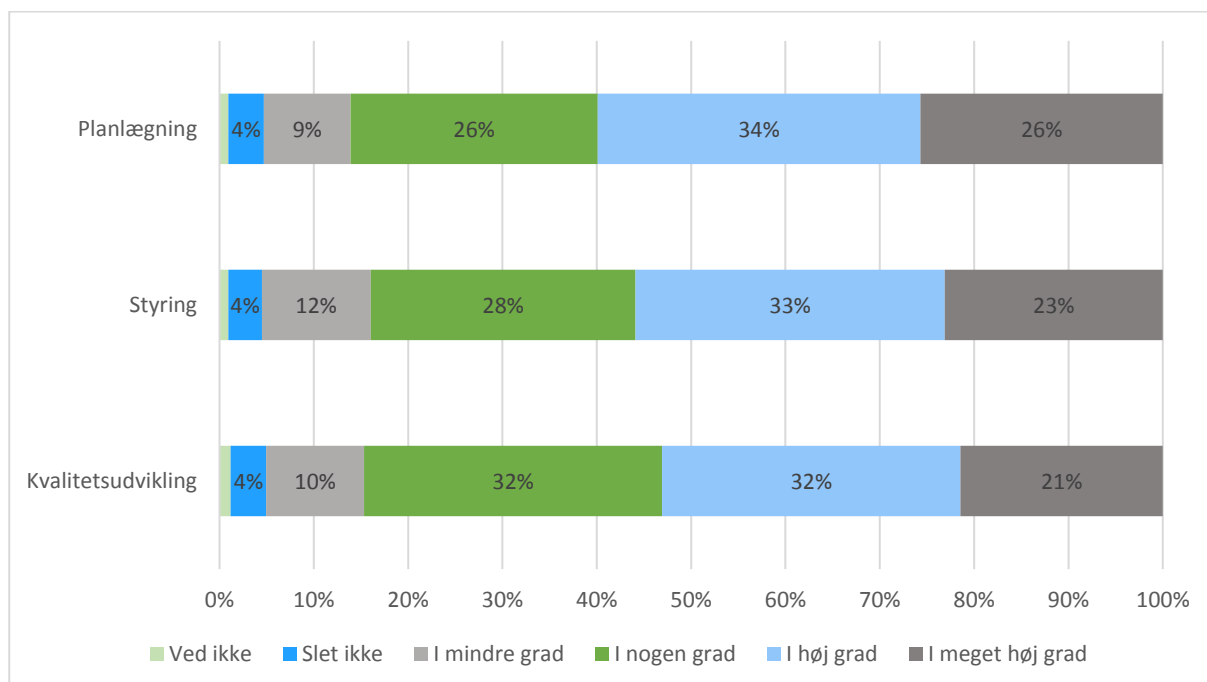
I alt har sundheds- eller ældrechefer fra 61 kommuner deltaget i undersøgelsen. I 10 kommuner har der været mere end ét svar fra den pågældende kommune. Derudover har 86 kommuner deltaget i minimum en af områdeundersøgelserne. Her har 85 af kommuner besvaret mindst to spørgeskemaer.

3.1 Hvor udbredt er anvendelsen af sundheds- og ældredata?

Undersøgelsen viser, jf. Figur 1, at ca. halvdelen af de adspurgte kommuner i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata til understøttelse af de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Mellem hver tredje og fjerde kommuner anvender i nogen grad sundheds- og ældredata, mens omkring 15% af de adspurgte kommuner i mindre grad eller slet ikke anvender disse data til de pågældende formål.

Ser man på, hvad sundheds- og ældredata anvendes til, viser figuren, at planlægning, styring og kvalitetsudvikling, som særskilte formål er stort set lige udbredte. Det kan muligvis afspejle, at sundheds- og ældredata ofte anvendes til flere af disse formål samtidig, eller at respondenterne i nogle tilfælde har haft vanskeligt ved at sondre mellem de tre specificerede formål.

Figur 1 Anvendelsesgraden af sundhedsdata til forskellige formål i kommunen



Figurnote: Procenterne i figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* i spørgeskemaet Sundhedsdataundersøgelsen. Antallet af respondenter (områder i kommunerne) er 424.

Som det fremgår af Tabel 5 varierer anvendelsesgraden af sundheds- og ældredata på tværs af fagområderne.

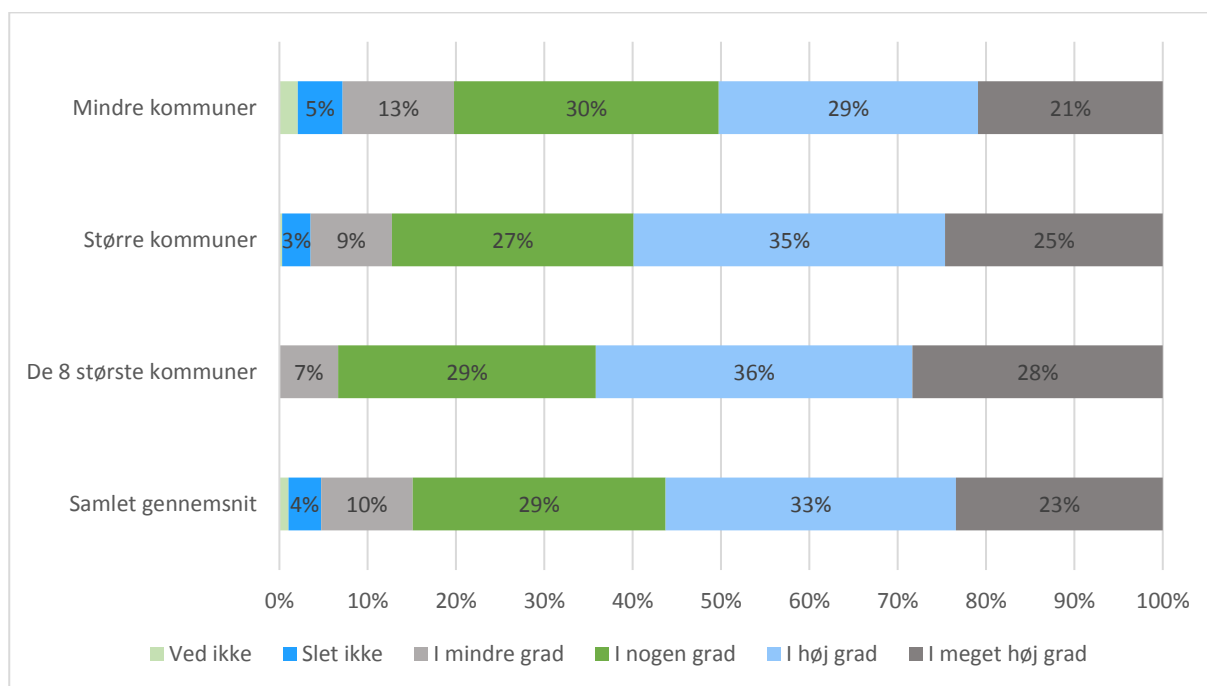
Tabel 5 Anvendelsesgrad af sundheds- og ældredata på tværs af områder

	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrug
I meget høj grad	23%	26%	19%	25%	38%	23%	9%
I høj grad	33%	39%	40%	38%	27%	34%	21%
I mindre grad	29%	8%	7%	9%	10%	9%	20%
I nogen grad	10%	27%	34%	26%	18%	33%	34%
Slet ikke	4%	0%	0%	1%	5%	1%	15%
Ved ikke	1%	1%	0%	1%	2%	0%	2%

Tabelnote: Procenterne er opgjort som et samlet gennemsnit for de tre formål, planlægning, styring og kvalitetsudvikling på baggrund af spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* Antallet af respondenter er 424.

Figur 2 viser den overordnede brug af sundheds- og ældredata opgjort på kommune-størrelse. Anvendelse er i denne sammenhæng opgjort som et gennemsnit af, hvad respondenterne har svaret i forhold til de tre hovedformål – planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Figuren viser, at der er en vis sammenhæng mellem anvendelse og størrelse. Således er det 64% af de 8 største kommuner og 60% af de større kommuner, der i høj eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata mod 50% af de mindre kommuner.

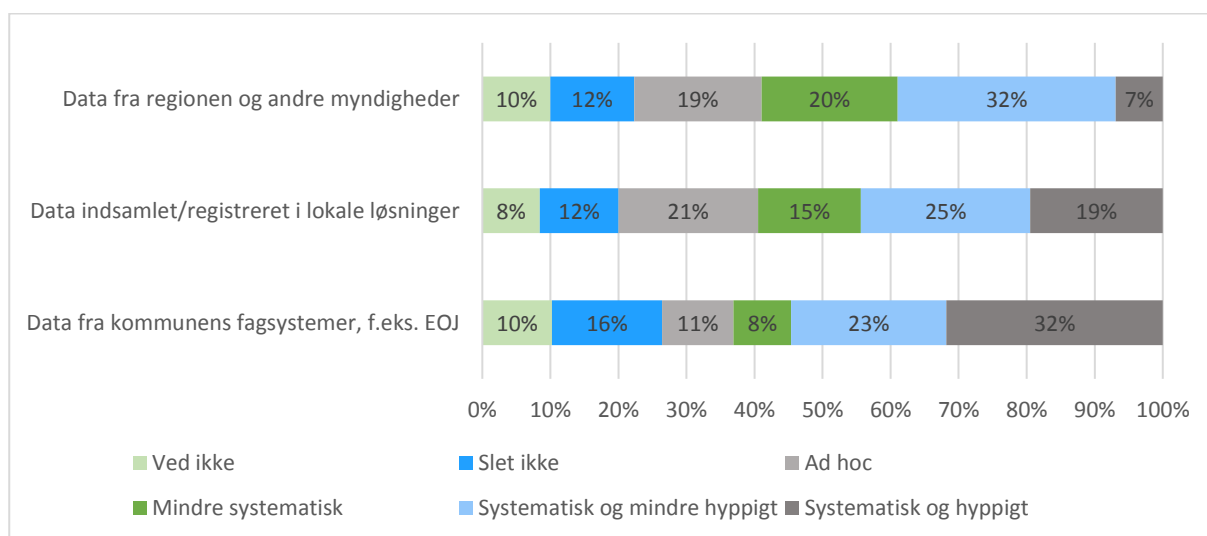
Figur 2: Anvendelsesgraden af sundheds- og ældredata fordelt på kommunernes indbyggertal



Figurnote: Figurens procenter er opgjort som et samlet gennemsnit for de tre formål, planlægning, styring og kvalitetsudvikling på baggrund af spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* Antallet af respondenter er 424.

Figur 3 viser, at godt og vel halvdelen af de adspurgte kommuner (55%) systematisk anvender sundheds- og ældredata fra egne fagsystemer, mens ca. hver tredje kommune (32%) både hyppigt og systematisk indsamler sundheds- og ældredata i egne lokale løsninger. Kortlægningen viser også, at data fra andre institutioner, såsom regioner eller andre myndigheder (f.eks. E-sundhed, KØS, Den Nationale Sundhedsprofil mv.) kun i yderst begrænset omfang anvendes systematisk i kommunerne. Det er således kun 7% af kommunerne, der angiver, at de hyppigt og systematisk anvender denne type data.

Figur 3 Den systematiske anvendelsesgrad af sundhedsdata fra forskellige kilder i kommunen



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune?* Antallet af respondenter er 390.

Tabel 6 viser, at det område, hvor data fra fagsystemerne anvendes mest systematisk er hjemmepleje og hjemmesygepleje. På dette område er det hele 83 %, der angiver, at kommunen anvender data fra fagsystemet systematisk. Anvendelsen af data fra fagsystemerne er også høj for genoptræningsområdet. Her angiver 76 % af respondenterne, at data anvendes systematisk. På sundhedsplejeområdet svarer ca. 60 % af respondenterne, at de anvender data fra fagsystemerne systematisk mens det på forebyggelsesområdet er halvdelen af respondenterne. På tandpleje- og misbrugsområdet er hhv. 34 % og 20 % af respondenterne, der angiver at anvende data fra fagsystemerne systematisk.

Tabel 6 Systematik i anvendelsen af data fra fagsystemer f.eks. EOJ-systemer

	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrug
Systematisk	55%	83%	76%	50%	34%	59%	20%
Mindre systematisk/ ad hoc	18%	14%	19%	32%	10%	11%	29%
Slet ikke	16%	0%	3%	7%	36%	23%	29%
Ved ikke	10%	0%	2%	12%	19%	8%	22%

Tabelnote: Procenterne er opgjort som et samlet gennemsnit for de tre formål, planlægning, styring og kvalitetsudvikling på baggrund af spørgsmålet: *Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra kommunens fagsystemer på sundhedsområdet f.eks. EOJ-systemer på "angivet område" i jeres kommune?* Antallet af respondenter er hhv. 65 på hjemmepleje- og hjemmesygepleje-, 68 på genoptrænings-, 69 på forebyggelses-, 67 på tandpleje-, 66 på sundhedspleje- og 55 på misbrugsbehandlingsområdet.

Ses på systematikken i anvendelse af data, som kommunerne selv indsamler og/eller registrerer i lokale løsninger, så viser Tabel 7, at det er på genoptræningsområdet at denne type data anvendes mest systematisk. Her er det 62 %, der anvender data fra denne type af kilder systematisk. På områderne hjemmepleje- og hjemmesygepleje samt forebyggelse er det halvdelen af respondenterne, der angiver, at man i deres kommune anvender data indsamlet fra lokale løsninger. På sundhedsplejeområdet er andelen 41 %. De områder, hvor data fra denne type af kilder anvendes mindst, er tandpleje- og misbrugsområderne. Her er det hhv. 32 % og 27 %, der angiver at anvende data systematisk.

Tabel 7 Systematik i anvendelsen af data indsamlet fra lokale løsninger

	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrug
Systematisk	44%	51%	62%	50%	32%	41%	27%
Mindre systematisk/ ad hoc	36%	39%	32%	42%	25%	35%	42%
Slet ikke	12%	1%	6%	4%	27%	15%	16%
Ved ikke	8%	9%	0%	4%	15%	9%	15%

Tabelnote: Procenterne er opgjort som et samlet gennemsnit for de tre formål, planlægning, styring og kvalitetsudvikling på baggrund af spørgsmålet: *Hvor systematisk anvendes sundhedsdata indsamlet/registreret i regneark, survey og andre lokale løsninger på "angivet område" i jeres kommune?* Antallet af respondenter er hhv. 65 på hjemmepleje- og hjemmesygepleje-, 68 på genoptrænings-, 69 på forebyggelses-, 67 på tandpleje-, 66 på sundhedspleje- og 55 på misbrugsbehandlingsområdet.

Data fra regionen og andre offentlige myndigheder anvendes mest systematisk på forebyggelsesområdet. Tabel 8 viser, at 65 % af respondenterne angiver, at deres kommune anvender data fra regionen og andre offentlige myndigheder systematisk. Data fra regionen og andre offentlige myndigheder anvendes også i nogen grad systematisk på områderne hjemmepleje- og hjemmesygepleje samt genoptræning. Her svarer hhv. 46 % og 41 % af respondenterne, at data anvendes systematisk. På sundhedspleje- og tandplejeområderne svarer hhv. 33 % og 26 %, at data fra regionen og andre offentlige myndigheder anvendes systematisk, mens det på misbrugsområdet er 16 %.

Tabel 8 Systematik i anvendelsen af data fra regionen og andre myndigheder

	Alle områder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Genoptræning	Forebyggelse	Tandpleje	Sundhedspleje	Misbrug
Systematisk	39%	46%	41%	65%	26%	33%	16%
Mindre systematisk/ ad hoc	39%	41%	51%	28%	28%	35%	51%
Slet ikke	12%	3%	3%	1%	25%	23%	20%
Ved ikke	10%	9%	4%	6%	19%	9%	13%

Tabelnote: Procenterne er opgjort som et samlet gennemsnit for de tre formål, planlægning, styring og kvalitetsudvikling på baggrund af spørgsmålet: *Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra regionen og andre myndigheder, f.eks. E-sundhed, KØS, Den Nationale Sundhedsprofil*

og lignende på "angivet område" i jeres kommune? Antallet af respondenter er hhv. 65 på hjemmepleje- og hjemmesygepleje-, 68 på genoptrænings-, 69 på forebyggelses-, 67 på tandpleje-, 66 på sundhedspleje- og 55 på misbrugsbehandlingsområdet.

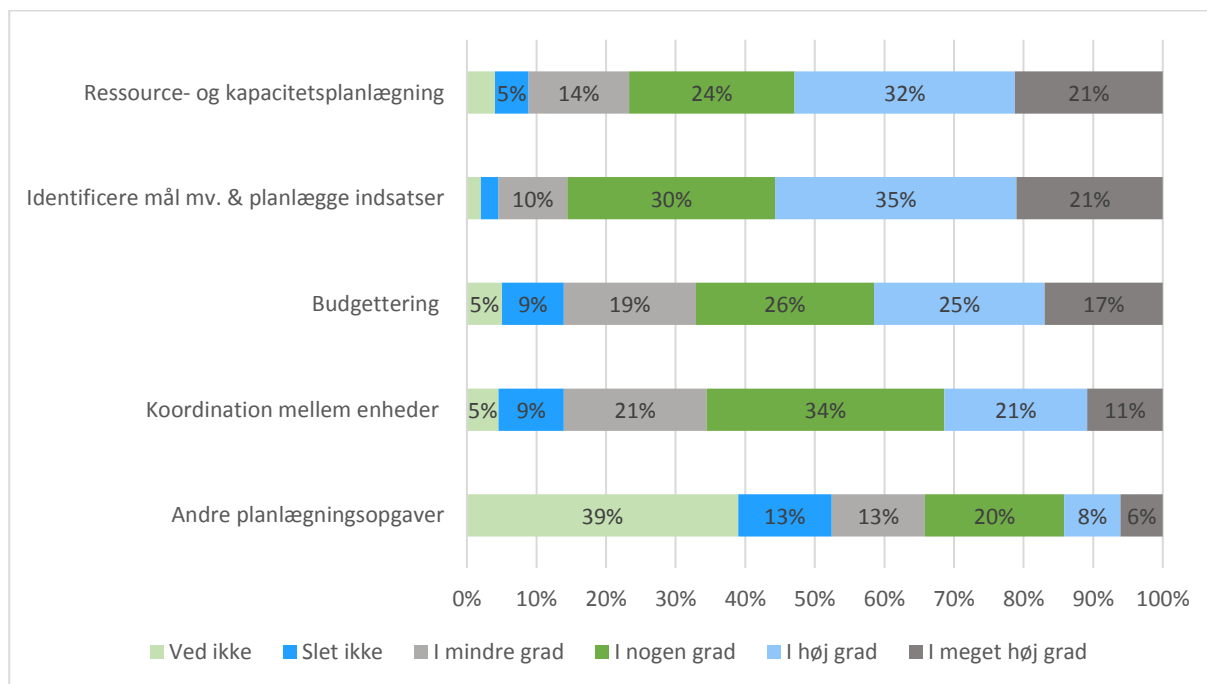
3.2 Hvad anvendes sundhedsdata til?

Der er i undersøgelsen spurgt forholdsvis detaljeret ind til, hvilke formål sundheds- og ældredata konkret anvendes til i de deltagende kommuner. Der ses følgende tendenser:

Ad planlægning:

- Omtrent halvdelen af kommunerne anvender i høj eller meget høj grad sundheds- og ældredata til ressource- og kapacitetsplanlægning
- Omtrent halvdelen af kommunerne anvender i høj grad eller meget høj grad sundheds- og ældredata i forbindelse med, at de identificerer fokusområder og mål
- Det er blot ca. hver tredje kommune, som i høj grad eller meget høj grad anvender sundheds- og ældredata til at koordinere mellem enheder.

Figur 4 Anvendelsesgraden af sundheds- og ældredata til planlægningsopgaver i kommunerne

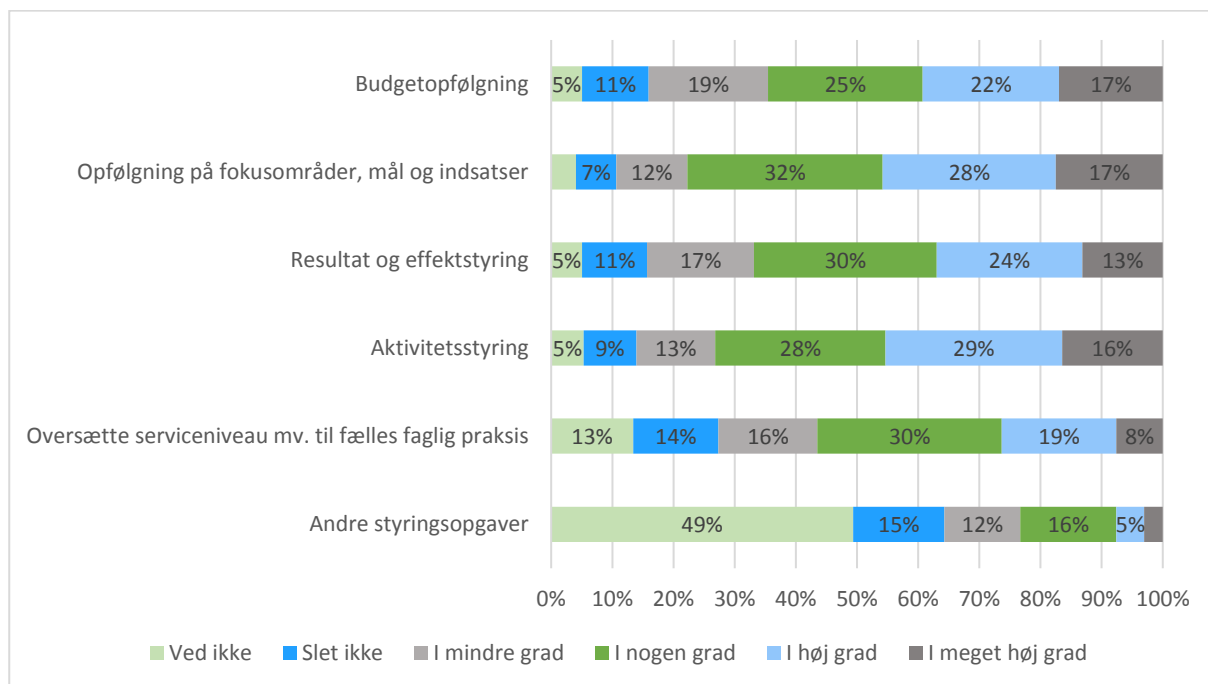


Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvor høj grad har I inden for det seneste år anvendt sundhedsdata til at understøtte løsningen af følgende opgaver på "angivet område"?* Antallet af respondenter er 395.

Ad styring:

- 45% af kommunerne anvender i høj eller meget høj grad sundheds- og ældredata til at følge op på fokusområder og mål
- 45% af kommunerne anvender i høj eller meget høj grad sundheds- og ældredata til aktivitetsstyring
- 39% anvender i høj eller meget høj grad sundheds- og ældredata til budgetopfølgning
- 37% anvender i høj eller meget høj grad sundheds- og ældredata til resultat- og –effektstyring.

Figur 5 Anvendelsesgraden af sundhedsdata til styringsopgaver i kommunerne

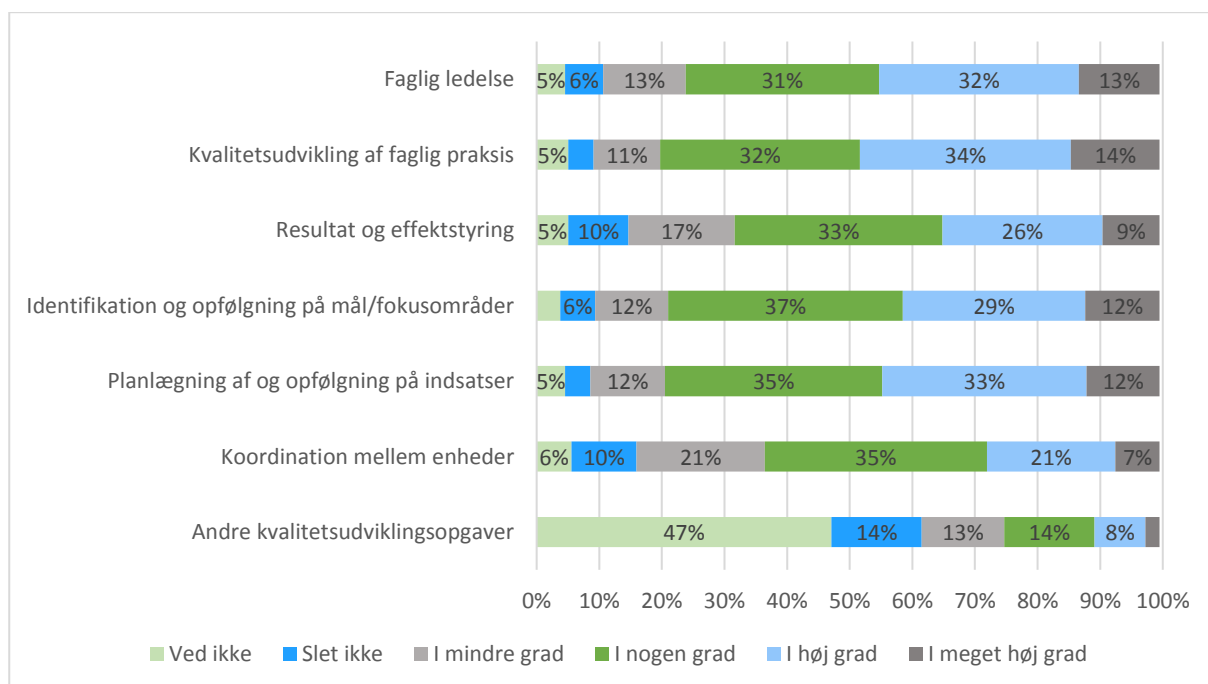


Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: I hvor høj grad har I inden for det seneste år anvendt sundhedsdata til at understøtte løsningen af følgende opgaver på "angivet område"? Antallet af respondenter er 395.

Ad kvalitetsudvikling:

- I lige godt halvdelen af kommunerne anvendes sundheds- og ældredata i høj eller meget høj grad til faglig ledelse og kvalitetsudvikling af den faglige praksis
- I 28% af kommunerne anvendes sundheds- og ældredata til koordination mellem enheder i høj eller meget høj grad

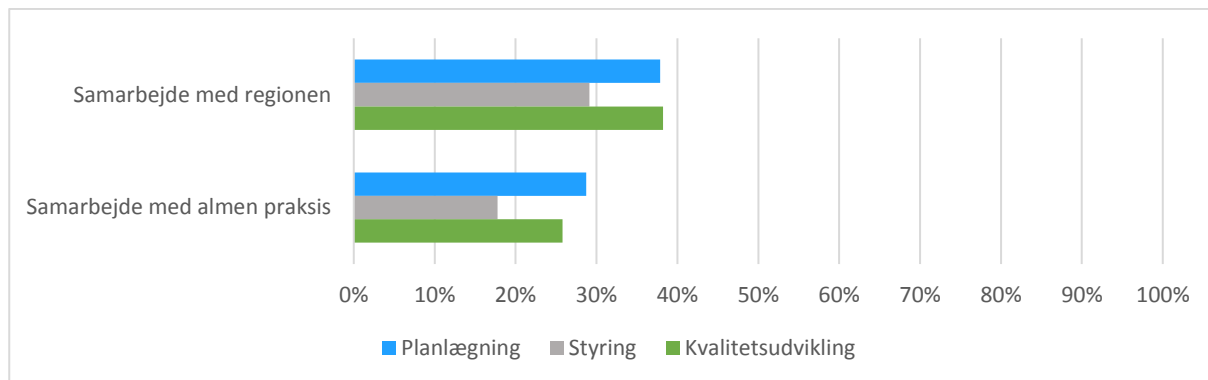
Figur 6 Anvendelsesgraden af sundhedsdata til kvalitetsudviklingsopgaver i kommunerne



Figurnote: Figuren 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"?* Antallet af respondenter er 393.

Figur 7 nedenfor viser, hvor udbredt det er blandt kommunerne at anvende sundheds- og ældredata i forbindelse med samarbejder med region og almen praksis. Figuren viser, at ca. hver tredje kommune anvender sundheds- og ældredata i samarbejdet med regionen, mens det tilsvarende i forhold til samarbejdet med almen praksis, kun gør sig gældende i ca. hver fjerde kommune.

Figur 7 Anvendelsesgraden af sundhedsdata i kommunens samarbejde med regionen og almen praksis



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *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 styling og 403 for kvalitetsudvikling.

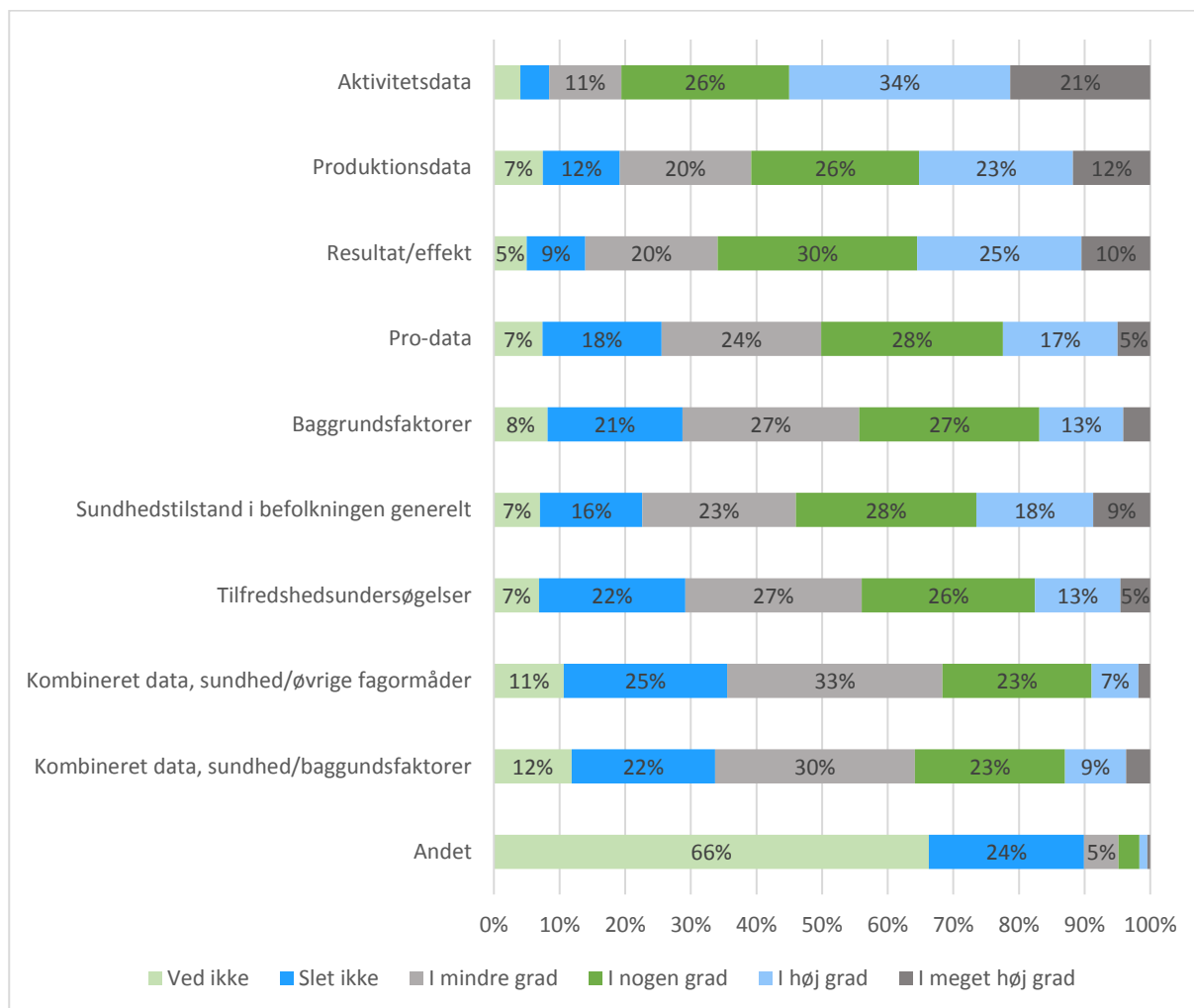
3.3 Hvilke typer data anvendes?

Undersøgelsen har også kortlagt, hvilke typer af sundheds- og ældredata, der anvendes i kommunerne. Resultatet fremgår af Figur 8. Kortlægningen viser overordnet et broget billede, hvor en række forskellige datatyper til en vis grad anvendes.

Figuren viser dog, at aktivitetsdata er klart den mest udbredte form for data, idet 55% af kommunerne angiver, at de i høj grad anvender denne datatype data. Herefter følger produktionsdata, som i høj grad anvendes i 45% af kommunerne. Herudover kan det bl.a. konstateres, at:

- kun ca. hver tredje kommune anvender i høj grad resultat- og effektdata
- kun ca. hver femte kommune anvender data fra tilfredshedsundersøgelser
- sundheds- og ældredata anvendes kun i meget begrænset omfang i kombination med andre typer af data.

Figur 8 Anvendelsesgraden af forskellige typer sundheds- og ældredata i kommunen



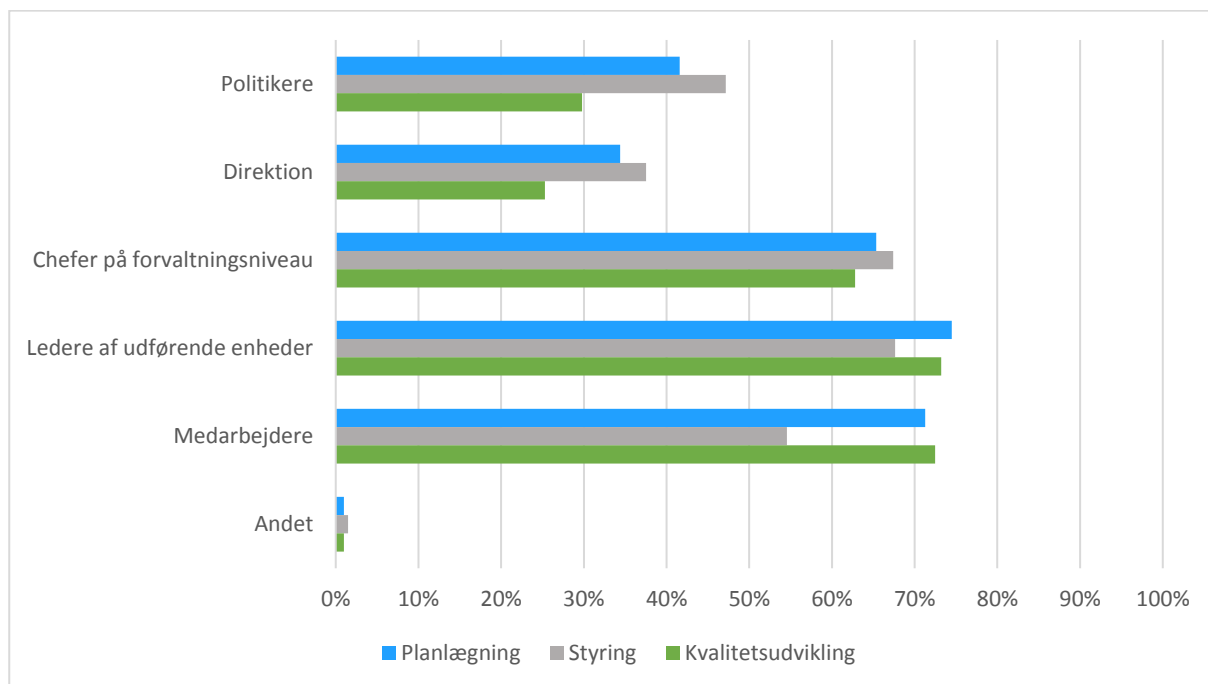
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad anvender I disse typer af sundhedsdata til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne er opgjort på baggrund af et vægtet gennemsnit. Antallet af respondenter er hhv. 393 og 392 for planlægning. 387 for styring og 384 for kvalitetsudvikling.

3.4 Hvem anvender sundhedsdata?

I undersøgelsen er det forsøgt kortlagt, hvilke aktører der anvender sundheds- og ældredata i kommunen. Kortlægningen viser, at frontledere og medarbejdere er de mest flittige brugere af sundheds- og ældredata. Som Figur 9 viser, er det 70-75% af de adspurgte kommuner, der angiver, at deres ledere af udførende enheder og medarbejdere anvender disse data.

Figuren viser også, at anvendelsesgraden falder op igennem den administrative ledelseskæde. Således angiver kun ca. 25% af kommunerne, at deres direktioner anvender sundheds- og ældredata til kvalitetsudvikling, mens ca. 35% angiver, at deres direktioner anvender sundhedsdata til planlægning og styring. Politikerne angives i flest kommuner (48%) at anvende sundheds- og ældredata til styring, mens politikerne i mindst grad (30%) anvender disse data til kvalitetsudvikling.

Figur 9 Anvendelsesgraden af sundhedsdata på forskellige aktører i kommunen



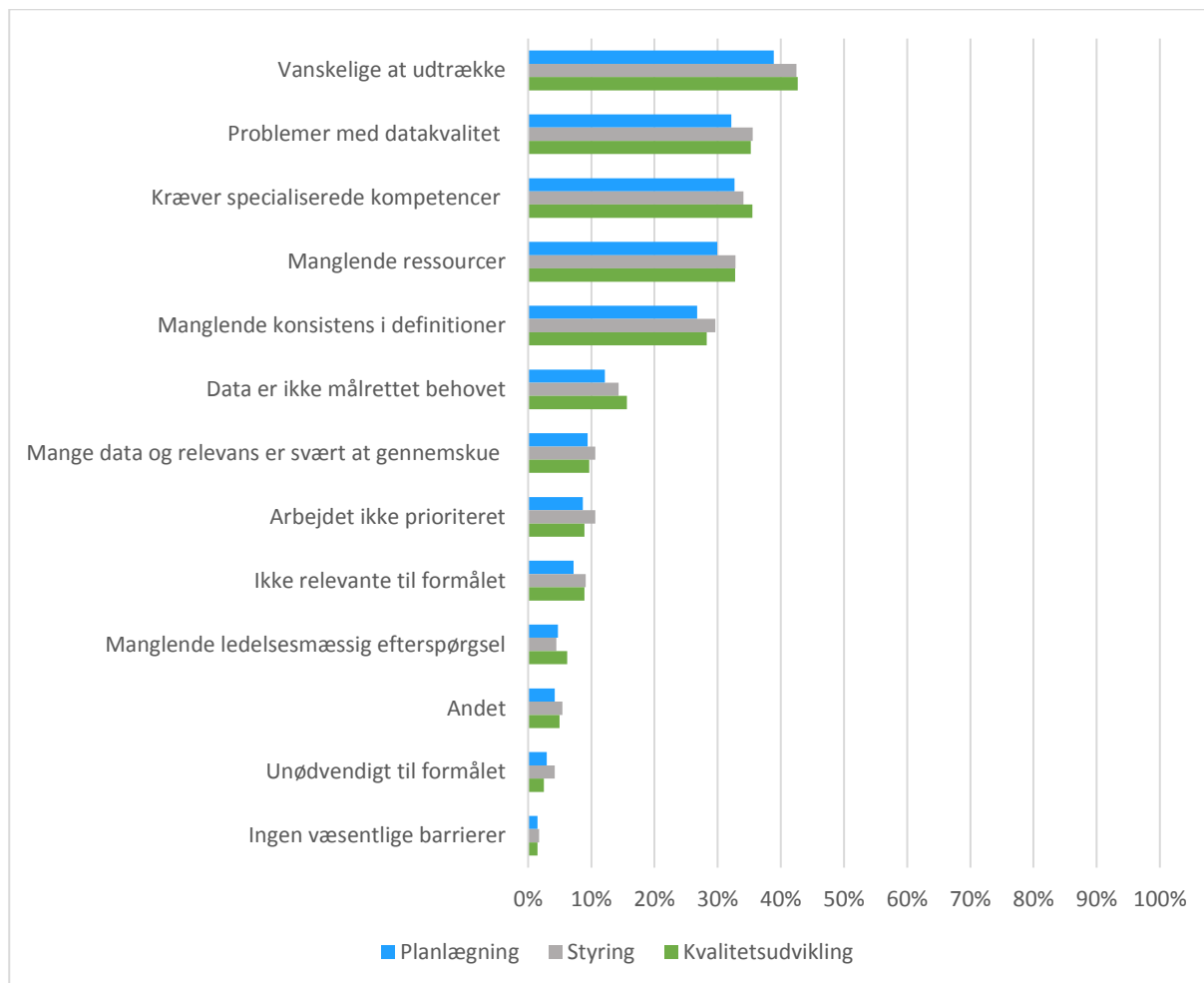
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *På hvilke niveauer i organisationen og i hvilke eksterne samarbejder har I på "angivet område" i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere kryds).* Antallet af respondenter er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

3.5 Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?

Figur 10 giver et billede af, hvilke barrierer de adspurgte kommuner oplever i arbejdet med sundheds- og ældredata. Figuren viser, at de største forhindringer opleves at være af teknisk karakter: Anvendelse af data vanskeliggøres af problemer med data-kvalitet, problemer med at få adgang til og nyttiggøre data samt i forhold til at finde og få de nødvendige kompetencer til dette arbejde.

Omvendt er det generelle indtryk, at det ikke er manglende behov for sundheds- og ældredata eller manglende prioriteringer og ledelsesmæssigt fokus, som begrænser anvendelsen af sundheds- og ældredata. Det skal dog i denne sammenhæng bemærkes, at spørgeskemaerne er udfyldt af en del chefer, hvorfor et spørgsmål om den ledelsesmæssige opbakning skal læses i dette lys.

Figur 10 De væsentligste barrierer for anvendelsen af sundhedsdata i kommunerne

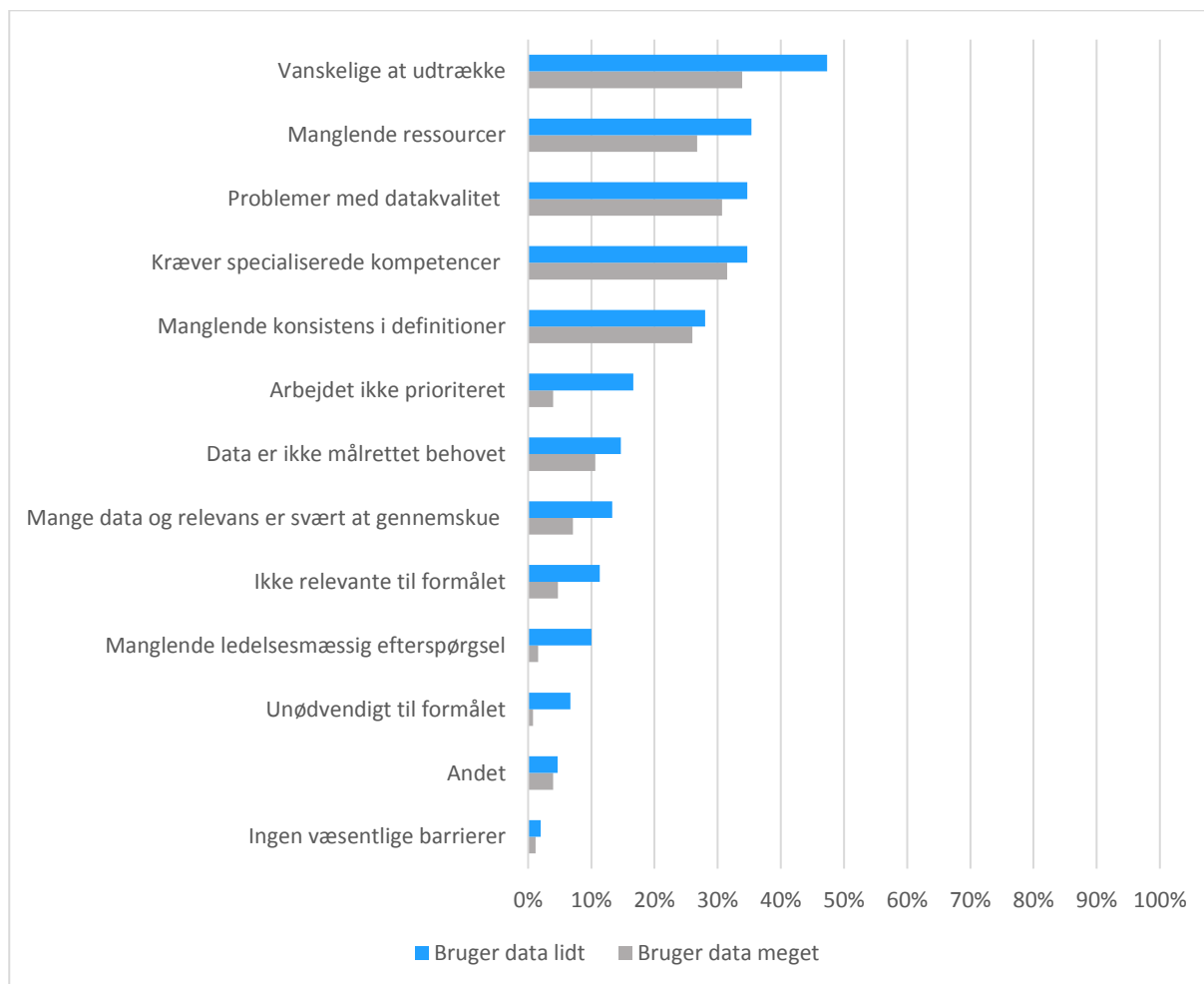


Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvilke af følgende udsagn beskriver de væsentligste barrierer for anvendelse af sundhedsdata til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune? (Sæt gerne flere kryds).* Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad. Antallet af respondenter er hhv. 404 for planlægning, 405 for styring og 403 for kvalitetsudvikling.

Figur 11 sammenligner oplevelsen af barrierer blandt de kommuner, der i høj grad anvender sundheds- og ældredata til planlægning og de kommuner, der i mindre grad anvender sundhedsdata til planlægning. Det ses, at de største forskelle her drejer sig om følgende to punkter:

- **Oplevet vanskelighed i forhold til at hente data ud af systemerne:** Her oplever 47% af de kommuner, der i mindre grad anvender sundheds- og ældredata, at der er en barriere at hente data ud af systemer mod kun 34% af de kommuner, der i højere grad anvender data. Det tyder på, at evnen til at få data ud af systemerne er en betydelig faktor ift., hvorvidt en kommune anvender sundheds- og ældredata.
- **Oplevelsen af prioritering:** Her oplever 17% af de, der kun i begrænset omfang anvender sundheds- og ældredata, at prioritering af arbejdet med data eller mangel på samme er en barriere for arbejdet med sundheds- og ældredata mod kun 4% af de kommuner, der i høj grad anvender sundhedsdata.

Figur 11 De væsentligste barrierer for anvendelsen af sundhedsdata i kommunerne på planlægningsområdet



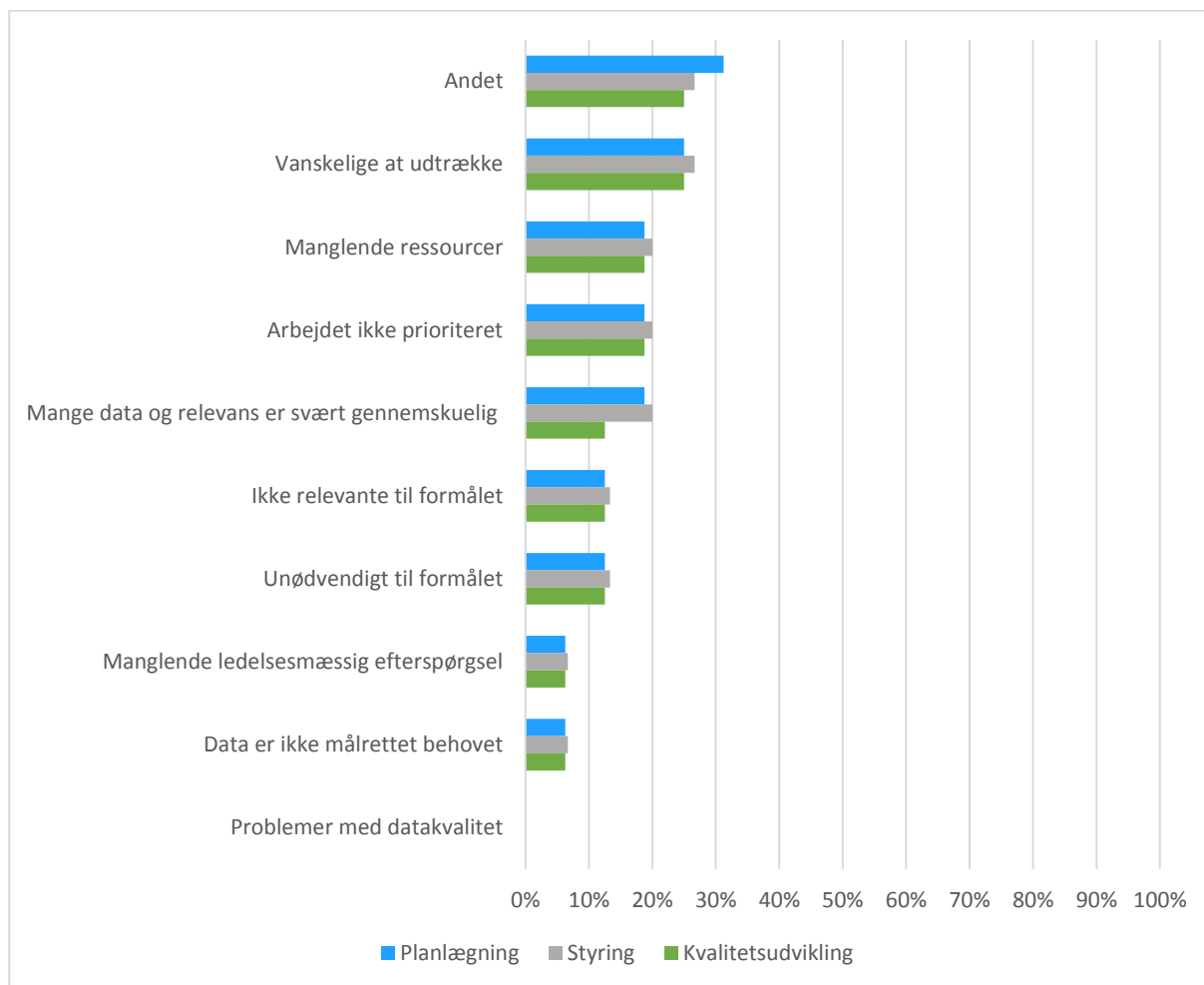
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvilke af følgende udsagn beskriver de væsentligste barrierer for anvendelse af sundhedsdata til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune? (Sæt gerne flere kryds).*

Kategorierne Bruger data meget og Bruger data lidt er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål? Har svaret hhv. i mindre grad, i nogen grad og i høj grad eller i meget høj grad.* Antallet af respondenter er hhv. 150 for Bruger data lidt og 254 for bruger data meget.

Der er på tilsvarende vis gennemført sammenligninger af, hvilke barrierer som kommuner, der hhv. i lav og høj grad anvender data til styring og kvalitetsudvikling, oplever. Her er mønstret nogenlunde det samme som ovenfor, om end med nogle centrale forskelle. F.eks. gælder det for både styring og kvalitetsudvikling, at de kommuner, der i høj grad anvender data, oplever, at adgangen til særkompetencer i forhold til at kunne udtrække og bearbejde data er en større barriere for anvendelse (ca. 40%) end hos de kommuner, der i mindre grad anvender data (30%). Det kan muligvis skyldes, at denne barriere først opdages i sit fulde omfang, når der konkret arbejdes med data.

Endelig zoomer Figur 12 ind på besvarelserne fra de 16 kommuner, som angiver, at de slet ikke anvender sundheds- og ældredata. Som det fremgår af figuren, er det formentlig et mix af flere grunde, som ligger bag den manglende brug i disse kommuner – herunder en kombination af, at kommunerne finder det teknisk vanskeligt at anvende denne type data kombineret med, at opgaven ikke i tilstrækkelig grad prioriteres.

Figur 12 Årsager til at kommuner slet ikke anvender sundhedsdata til forskellige formål

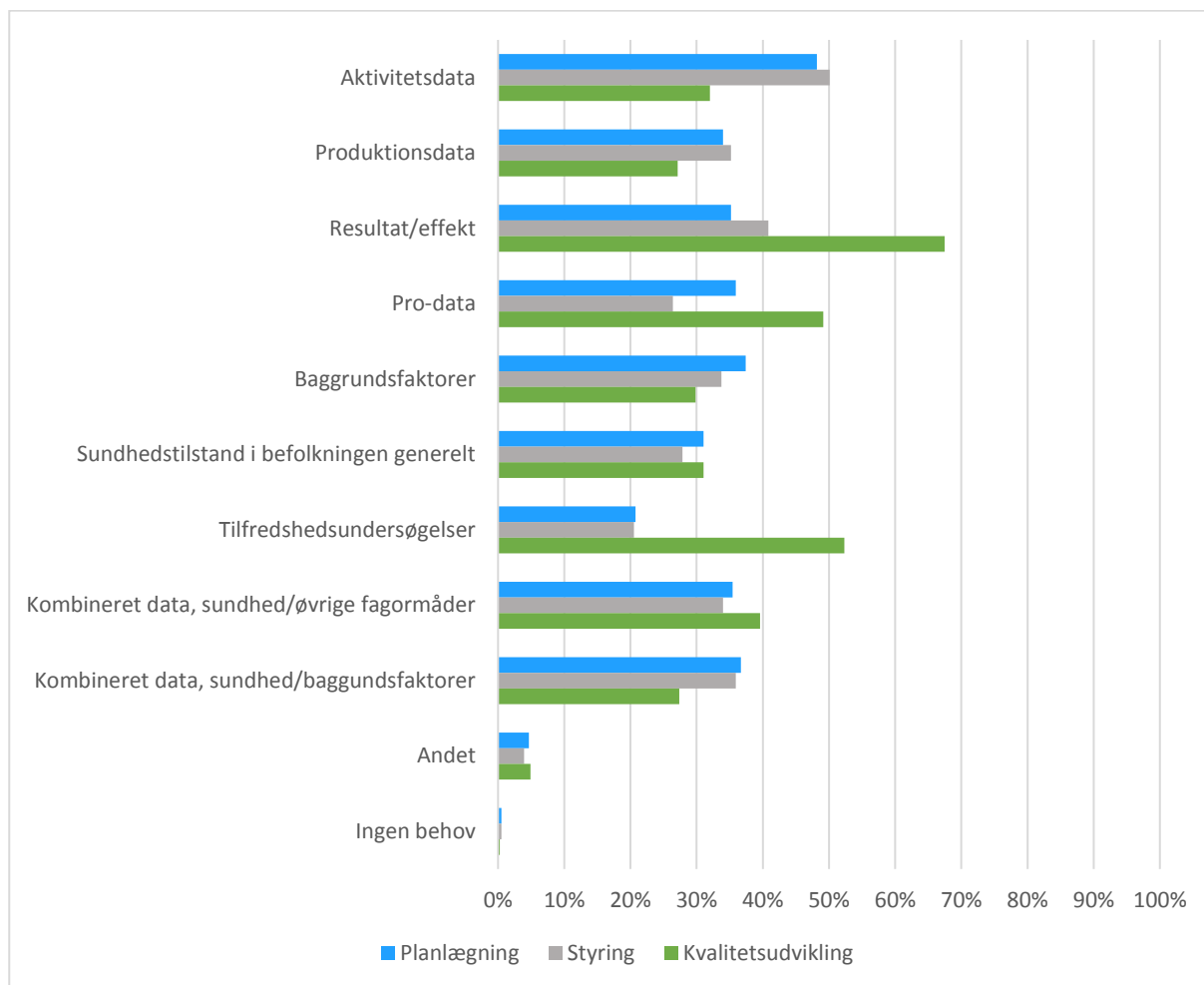


Figurnote: Procenterne er opgjort ud fra antal respondenter der har angivet at de slet ikke anvender sundhedsdata til de tre respektive formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Antallet af respondenter er hhv. 16 for planlægning og kvalitetsudvikling samt 15 respondenter til styringsformål.

3.6 Hvilke typer data er der behov for?

Undersøgelsen har endelig kortlagt, hvilke typer af sundheds- og ældredata, som kommunerne vurderer, at de har mest brug for i fremtiden. Figur 13 illustrer, at kommunerne angiver, at de har brug for en bred palette af datatyper i fremtiden. I forhold til kvalitetsudvikling viser kortlægningen, at kommunerne efterspørger og har behov for data om resultater og effekter (68%) samt data om tilfredshed (53%). Inden for styring og planlægning er det aktivitetsdata (omkring 50%), som flest kommuner angiver at have størst behov.

Figur 13: Kommunernes største behov for specifikke datatyper på tværs af formål

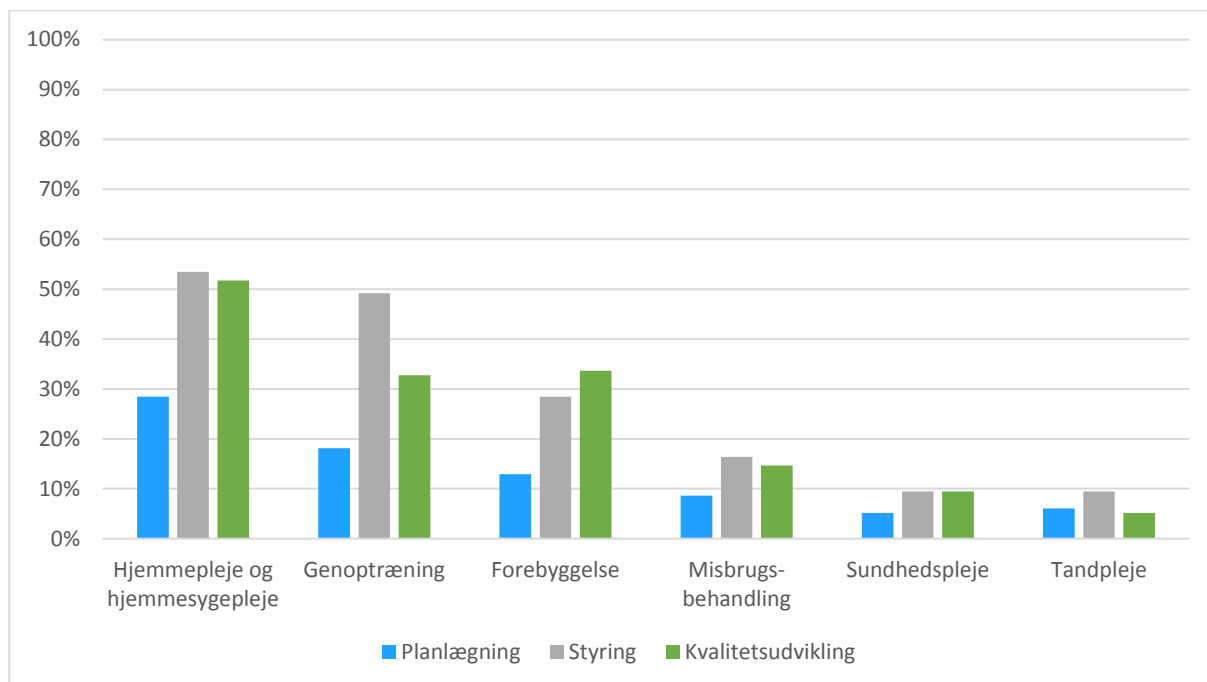


Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Inden for hvilke formål og datatyper har I størst behov for bedre sundhedsdata på "angivet område"? (Sæt gerne flere krydser)*. Antallet af respondenter er opgjort som dem, der som minimum har angivet, at de bruger data i mindre grad, i nogen 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 til, på hvilke områder de vurderer, at deres kommuner har størst behov for at få bedre sundhedsdata. I Figur 14 ses det, at cheferne udpeger hjemmesyge- og hjemmeplejen, som det område, hvor der er størst behov for bedre data. 52-53% af de deltagende chefer har her angivet, at deres kommune har brug for bedre data ift. styring og kvalitetsudvikling på netop hjemmesygepleje- og hjemmeplejeområdet, mens 28% angiver at have brug for bedre data ift. planlægning på området.

Herudover er det værd at bemærke, at omkring halvdelen af de adspurgte chefer efterspørger 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 misbrugsbehandling, tandpleje og sundhedspleje som områder, hvor der er størst behov for bedre data.

Figur 14: Sundheds- og ældrechefernes vurderinger af på hvilket område samt til hvilket formål det er vigtigt at få bedre sundheds- og ældredata

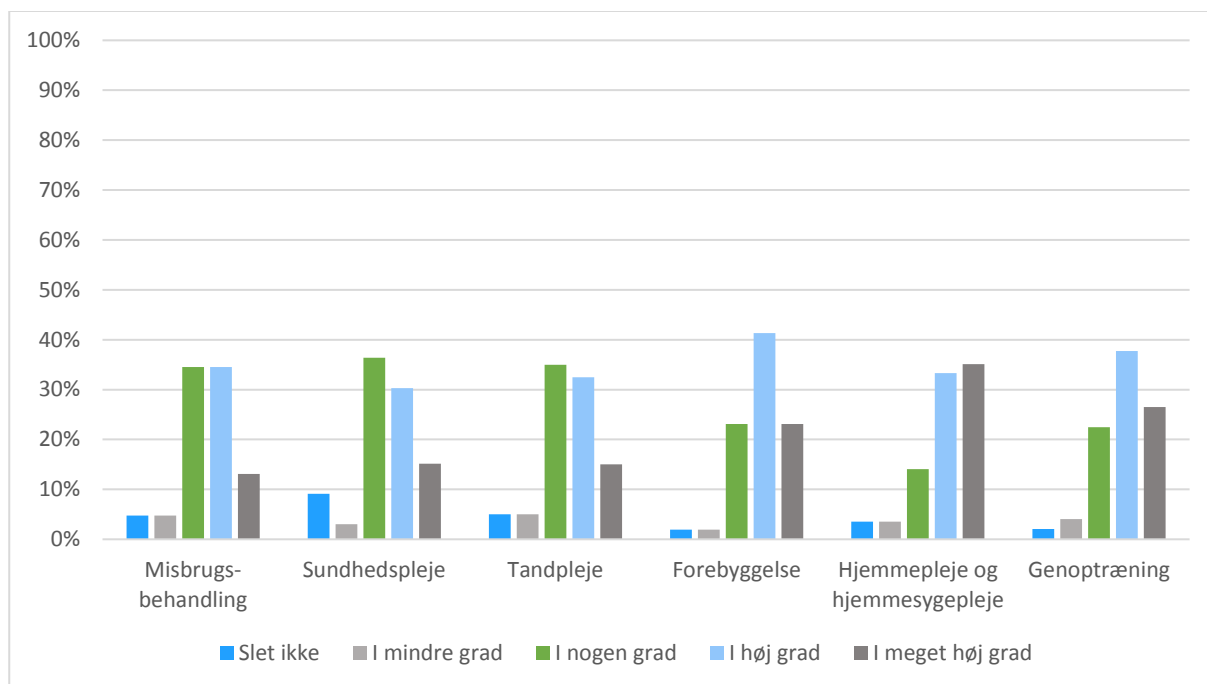


Figurnote: Procenter er opgjort på baggrund af de 68 besvarelser på chef-spørgeskemaet på baggrund af spørgsmålet *På hvilke områder og til hvilke formål er det vigtigst for jer, at få bedre sundheds- og ældredata til planlægning, styring og kvalitetsudvikling? (Sæt op til 4 kryds i alt)*. De kommuner, hvor to chefer har svaret, er vægtet således, at hvert svar er vægtet til 0,5. [Hver deltager har kunnet markere maksimalt fire områder som vigtige]

Sundheds- og ældrecheferne er også spurgt til, på hvilke områder de har brug for benchmarkingdata. Som det ses i Figur 15 nedenfor, er der mange områder, hvor store andele af de kommunale sundheds- og ældrechefer vurderer, at der er et behov for at kunne sammenligne på tværs af kommuner. Overordnet viser figuren, at:

- omkring 65% af sundheds- og ældrecheferne i høj grad oplever et behov for benchmarkingdata ift. genoptræning, hjemmepleje og hjemmesygepleje samt forebyggelse
- ca. 45% af sundheds- og ældrecheferne oplever i høj grad et behov for at kunne benchmarke data inden for misbrugsbehandling, sundhedspleje og tandplejen.

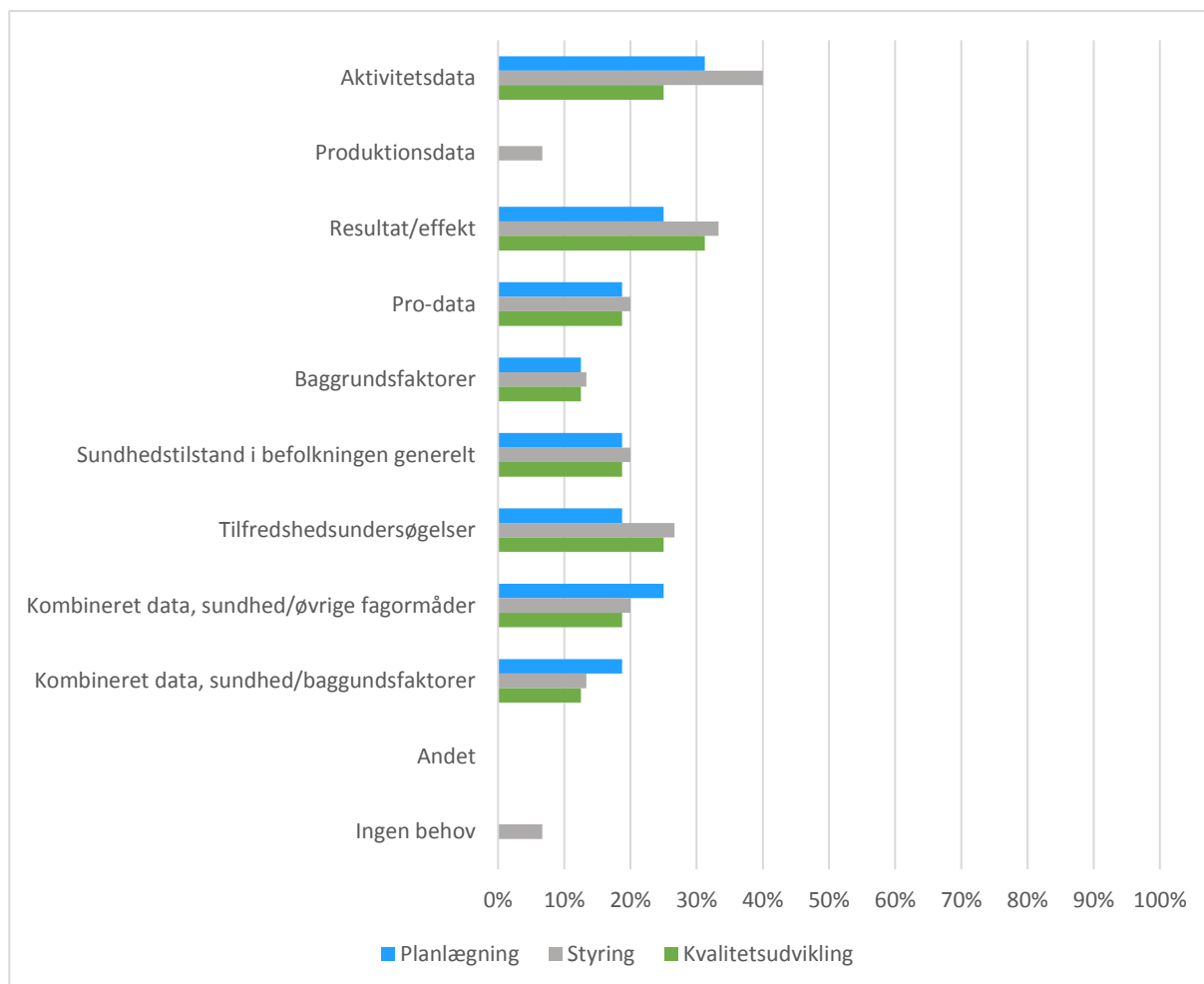
Figur 15 Sundheds- og ældrechefernes vurdering af, hvorvidt kommunen har et konkret behov for at kunne benchmarke sundheds- og ældredata med andre kommuner fordelt på sundhedsområder



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.

Endelig viser Figur 16 behovene for sundheds- og ældredata blandt de 16 kommuner, der angiver, at de i dag *ikke* anvender sundhedsdata. Figuren viser en broget efterspørgsel efter mange forskellige datatyper. Det fremgår dog, at der særligt er efterspørgsel efter aktivitets- og effektdata, og at det i særlig høj grad er til brug for styring.

Figur 16: *Typen af sundhedsdata, som de kommuner, der slet ikke anvender sundhedsdata, har størst behov for*



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *Hvilke typer af sundhedsdata har I størst behov for i forhold til planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne er opgjort ud fra antal respondenter der har angivet at de slet ikke anvender sundhedsdata på de tre respektive områder, hvilket er hhv. 16 respondenter på planlægning og kvalitetsudvikling samt 15 respondenter til styringsformål.

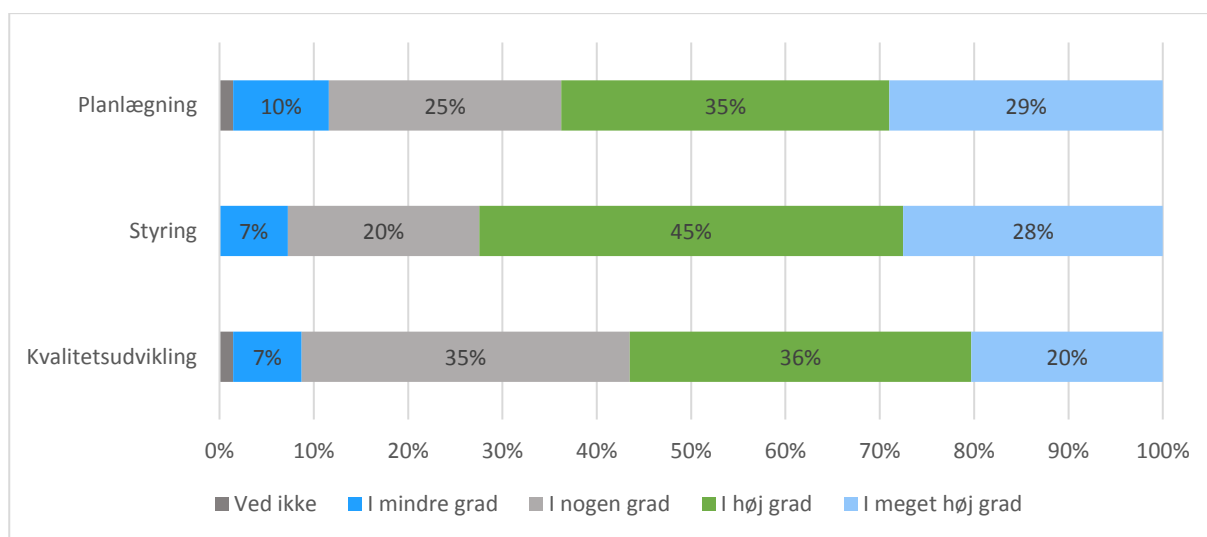
4 Hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet

I følgende kapitel kortlægges kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet. Først kortlægges anvendelsen af sundheds- og ældredata, herunder hvor systematisk brugen er. Kapitlet kortlægger hvilke opgaver sundheds- og ældredata anvendes til, hvilke datatyper, som anvendes og hvem i den kommunale organisation, som anvender denne data. Derudover kortlægges de relevante barrierer for arbejdet med sundheds- og ældredata på området og endelig hvilke data, der efterspørges. Kapitlet indeholder også et afsnit om kommunernes brug af FSIII-data og afsluttes med to konkrete case-eksempler på, hvordan sundhedsdata anvendes på hjemmepleje- og sygeplejeområdet i to kommuner.

4.1 Hvor udbredt er anvendelsen af sundheds- og ældredata på området?

Figur 17 illustrerer, hvor meget kommunerne anvender sundheds- og ældredata på hjemmepleje og hjemmesygeområdet. Figuren opsummerer kommunernes brug på tværs af de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Det illustreres, at flest kommuner anvender sundhedsdata i høj eller meget høj grad til styringsformål (73 %), mens færre anvender data i høj eller meget høj grad til planlægning (64 %) og kvalitetsudvikling (56 %). Kun mellem 7 og 10 % af kommunerne anvender data i mindre grad på tværs af formål, ligesom det ses, at ingen kommuner har angivet, at de slet ikke anvender data.

Figur 17: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata til forskellige formål på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet



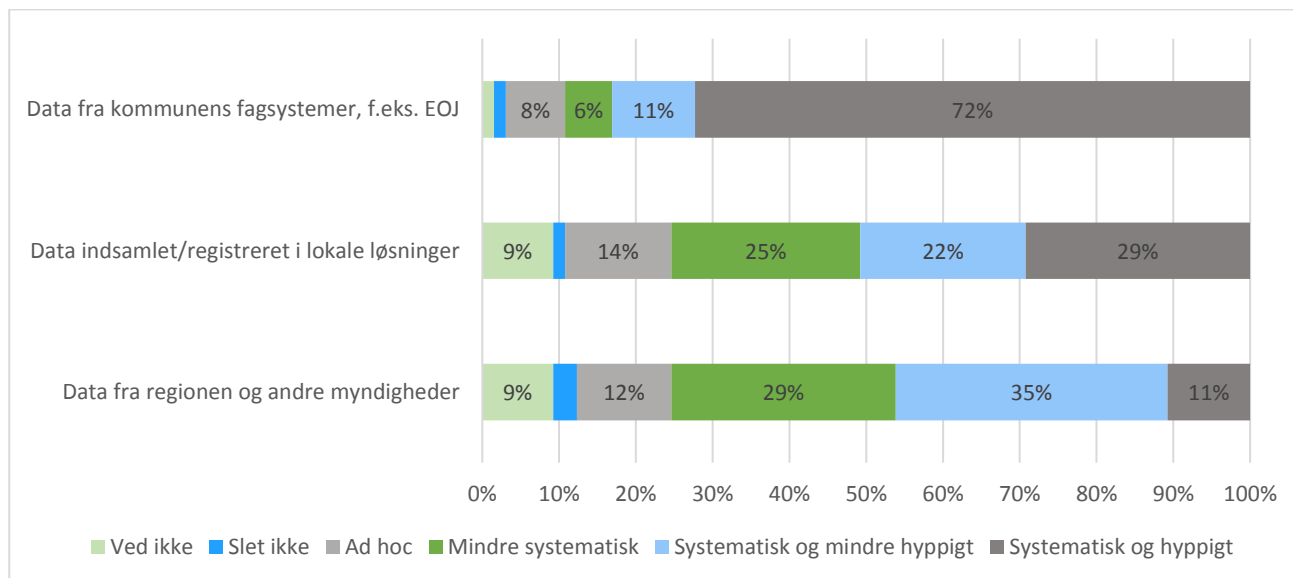
Figurnote: Procenterne i figuren er opgjort som et vægtet gennemsnit for de tre formål, planlægning, styring og kvalitetsudvikling på baggrund af spørgsmålet *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* i spørgeskemaet Sundhedsdataundersøgelsen. Antallet af respondenter (områder i kommunerne) er 30 små kommuner, 33 mellemstore kommuner samt 6 af de 8 største kommuner.

Sammenlignes anvendelsen på hjemmesygepleje- og hjemmeplejeområdet med anvendelsesgraden på tværs af de 6 fagområder (se Tabel 1), ses det, at anvendelsesgraden følger tendensen på tværs.

Som en del af kortlægningen er det undersøgt, hvor systematisk brugen af sundhedsdata fra specifikke kilder er. Som det ses i Figur 18, er det data fra kommunernes fagsystemer, som anvendes mest systematisk på hjemmesyge- og hjemmeplejeområdet.

70 % af kommunerne angiver i denne sammenhæng at de bruger data fra fagsystemerne systematisk og hyppigt. Herefter følger data indsamlet fra lokale løsninger og data fra regionen og andre myndigheder.

Figur 18 Den systematiske anvendelsesgrad af sundhedsdata fra forskellige kilder i kommunen på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune? Antallet af respondenter er 65.

4.2 Hvad anvendes data til?

I undersøgelsen er der spurgt ind til, hvilke delopgaver under de tre hovedformål – planlægning, styring og kvalitetsudvikling, som kommunerne hyppigst anvender sundheds- og ældredata til. De detaljerede besvarelser kan ses i bilaget. Disse resultater suppleres i det følgende med hvorvidt sundheds- og ældredata indgår i samarbejdet med regionen og almen praksis og afsnittet afsluttes med konkrete eksempler på anvendelse. Hovedtendenserne er som følger:

Ad planlægning:

Et stort flertal af kommunerne (60-73%) anvender i høj grad sundheds- og ældredata til ressource- og kapacitetsplanlægning, budgettering samt identifikation og planlægning af fokusområder. 37% af kommunerne anvender i høj grad sundheds- og ældredata til koordination mellem enheder inden for hjemme- og hjemmesygeplejen.

Sammenlignet med den tværgående analyse ses det, at sundheds- og ældredata dermed i højere grad bliver brugt til budgettering samt ressource- og kapacitetsplanlægning på området sammenlignet med den tværgående brug (se Figur 4).

Ad styring

I forhold til styringsformålet angiver et stort flertal af kommunerne (73%), at de anvender sundheds- og ældredata til opfølgning på budgetter, mens lidt færre – men stadig et flertal (61%) anvender sundheds- og ældredata til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser. Endvidere, anvender halvdelen af kommunerne i høj grad sundheds- og ældredata til resultat- og effektstyring.

Ligesom ovenfor i forhold til planlægning viser disse resultater at brugen af sundheds- og ældredata opdelt på de specificerede styringsopgaver ligger langt højere end de tilsvarende gennemsnitlige anvendelsesgrader på tværs af de 6 områder (Figur 5).

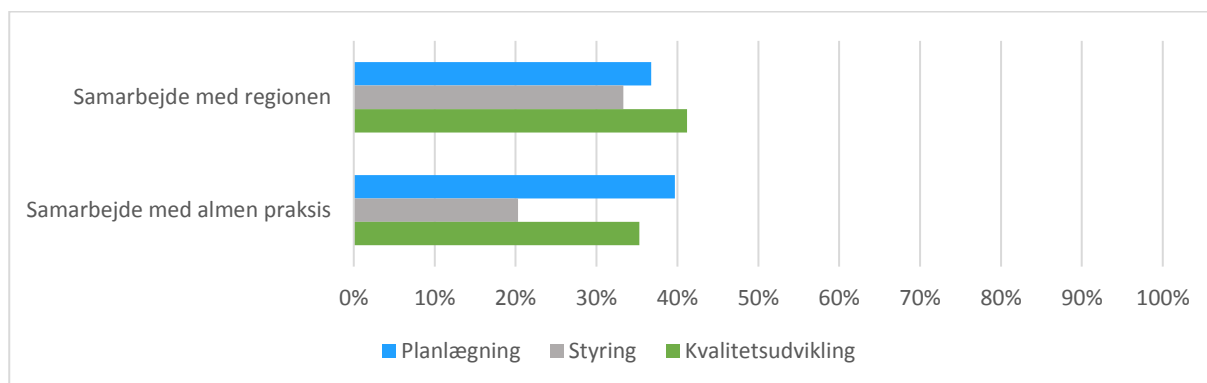
Ad kvalitetsudvikling

I forhold til kvalitetsudvikling viser kortlægningen, at faglig ledelse og udvikling af faglig praksis er de delopgaver, hvor sundheds- og ældredata oftest bringes i anvendelse (53-56% i høj grad). I den anden grøft er det alene 27% af kommunerne, som i høj grad anvender sundhedsdata til at koordinere mellem enheder. Disse resultater flugter overordnet med den tværgående brug.

Ad samarbejde

Kommunerne blevet spurgt ind til, i hvilket omfang sundheds- og ældredata anvendes til at understøtte samarbejdet med regionen og almen praksis ift. hjemme- og hjemme-sygepleje. Figur 19 illustrerer her, at under halvdelen af kommunerne anvender sundheds- og ældredata i dette øjemed. Et resultat som flugter med de tværgående resultater, se Figur 7, om end den større styringsmæssige brug på dette område generelt også ses i forhold til samarbejdet med de to eksterne samarbejdspartnere-

Figur 19: Anvendelsesgraden af sundhedsdata i kommunens samarbejder på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *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. 68 for planlægning og kvalitetsudvikling samt 69 for styring.

I en uddybende kommentar i spørgeskemaet har kommunerne givet gode eksempler på, hvordan de anvender sundheds- og ældredata på hjemmesyge- og hjemmeplejeområdet. Sundheds- og ældredata bruges særligt til at justere og prioritere ressourcer. Dette indebærer at data bruges i vagtplanlægningen til f.eks. minimering af veytid og til effektiv planlægning af borgerforløb. Data bruges også til at skabe gennemsigtighed i hvordan ressourcer forbruges, til at kortlægge arbejdsgange og til at sammensætte den rette kombination af faglige kompetencer.

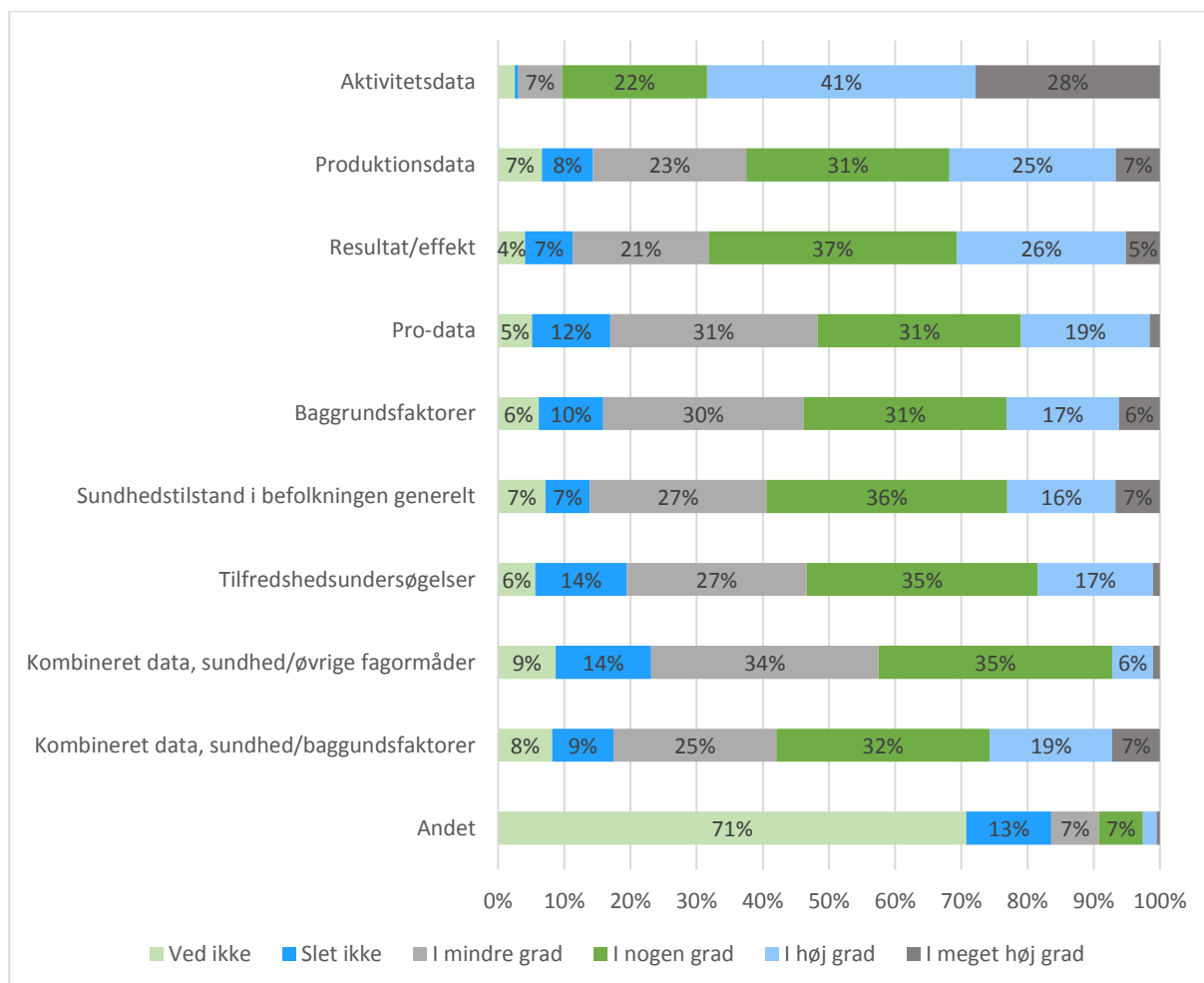
En række kommuner nævner at benchmarking af sundheds- og ældredata og nøgletal har været et brugbart værktøj til at identificere potentielle forbedringsmuligheder både i forhold til praksis men også i forhold til effektiviteten på området.

I forhold til kvalitetsudvikling viser kommentarerne at sundheds- og ældredata særligt bruges til tidlig opsporing med henblik på at reducere indlæggelser, genindlæggelser samt forebyggelige indlæggelser. Dertil kommer at sundheds- og ældredata bruges til samarbejder på tværs af faggrupper og enheder, til oprettelse af nye indsatser og enheder f.eks. sygeplejeklinikker eller akutteams samt til generel reorganisering af hjemmeplejen.

4.3 Hvilke typer af data anvendes?

I Figur 20 ses det, at aktivitetsdata er klart den mest udbredte form for sundheds- og ældredata inden for hjemme- og hjemmesygeplejen. 69% af kommunerne angiver, at de i høj eller meget høj grad anvender denne type af data. Dette er en lidt højere anvendelsesgrad end i den gennemsnitlige anvendelse (se Figur 8). Herefter følger produktionsdata og data om resultater og effekter, som i høj grad anvendes af hhv. 31-32% af kommunerne. En anvendelsesgrad som er lidt lavere på dette område. Andre former for sundheds- og ældredata har kun en begrænset udbredelse blandt kommunerne på hjemmesygepleje- og hjemmeplejeområdet.

Figur 20: Kommunernes anvendelsesgrad af forskellige typer sundheds- og ældredata på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad anvender I disse typer af sundhedsdata til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne er opgjort på baggrund af et vægtet gennemsnit på hhv. 66 respondenter til planlægningsformål, 65 respondenter til styringsformål og 64 respondenter på kvalitetsudviklingsområdet.

4.4 Hvem anvender sundhedsdata på området?

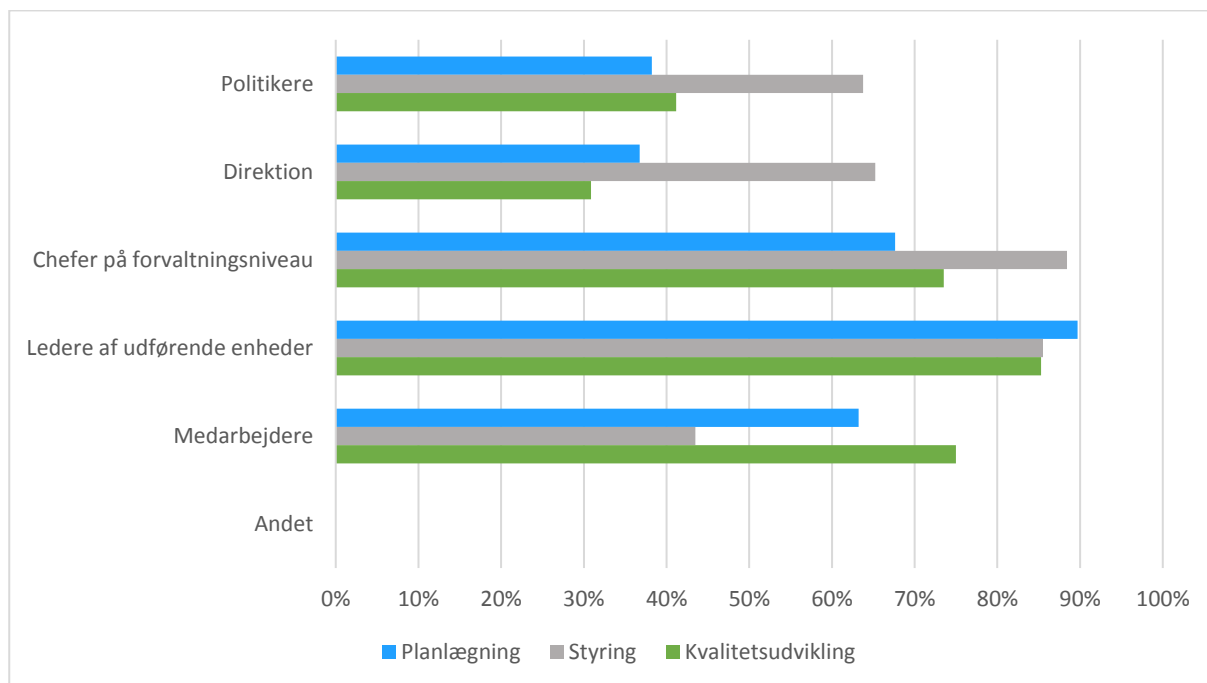
Figur 21 viser hvor i den kommunale organisation sundheds- og ældredata anvendes på hjemme- og sygeplejeområdet. Bemærk at anvendelsen er fordelt på de tre overordnede formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling.

Figuren viser, at i langt hovedparten af kommunerne anvender forvaltningschefer og udførende ledere sundheds- og ældredata til styring af hjemme- og sygeplejen (86-

88%). Omkring to tredjedele af kommunerne angiver, at direktion og politiker på dette område anvender sundheds- og ældredata i et styringsøjemed.

Sundhedsdata anvendes af de udførende ledere og forvaltningscheferne til planlægning i hhv. 90% og 68% af kommunerne. Mens den tilsvarende andel for medarbejderne er 63%. Endelig anvendes sundhedsdata til kvalitetsudvikling af forvaltningscheferne og de udførende ledere i 74% af kommunerne, mens andelen for medarbejderens vedkommende på dette punkt er 75%.

Figur 21: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata på forskellige niveauer i organisationen på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *På hvilke niveauer i organisationen har i på angivet området i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere krydser)*. Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad (hjemmepleje-området). Kategorien andet er fjernet fra figuren, da der ingen respondenter er i kategorien. Antallet af respondenter er hhv. 68 for planlægning og kvalitetsudvikling samt 69 for styring.

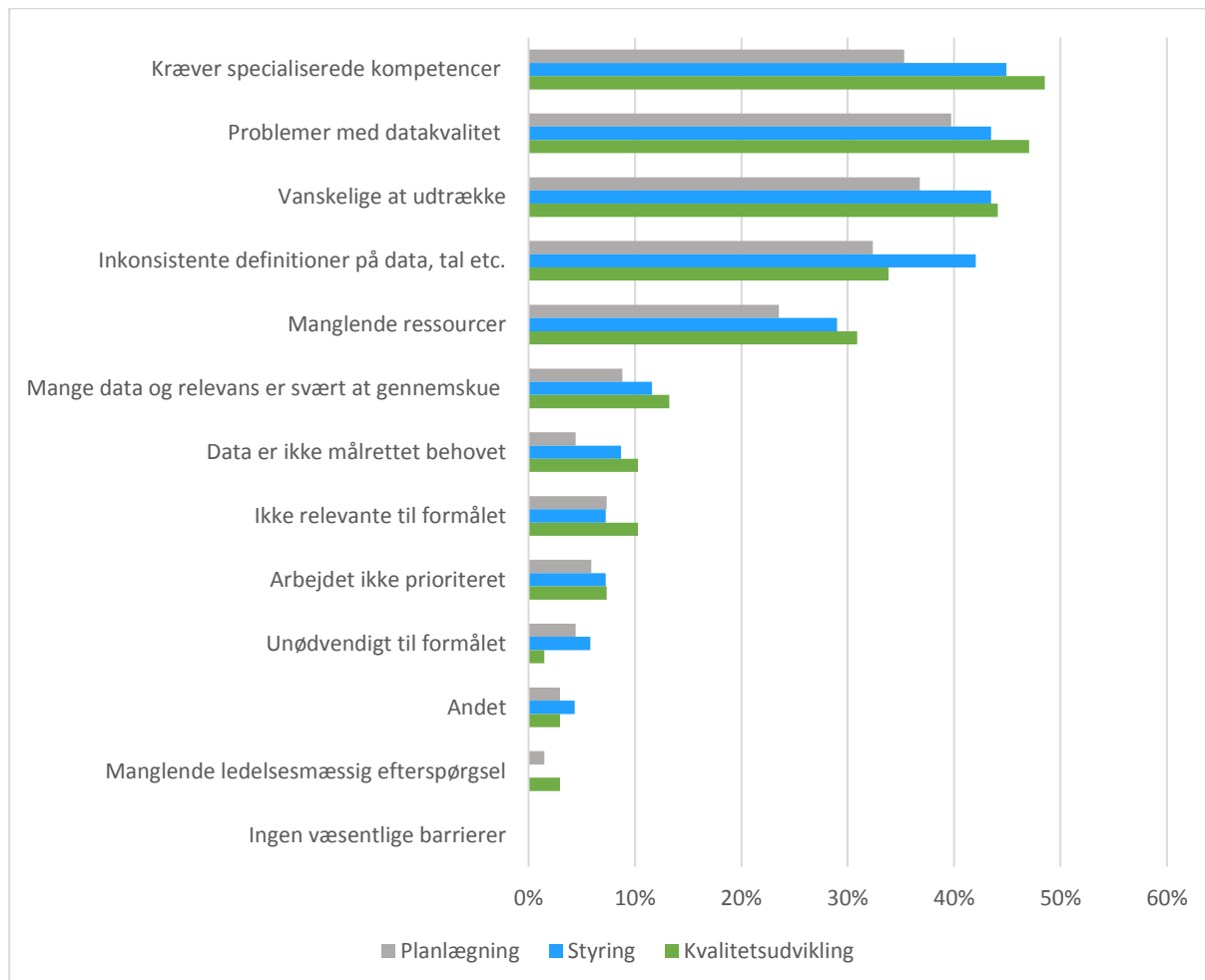
Sammenlignes resultaterne med brugen på tværs af de øvrige fagområder, ses det, at styringsformålet på området for hjemmesygepleje og hjemmepleje i langt højere grad angives som værende et formål på tværs af organisatoriske niveauer (se Figur 9). Dette gør sig særligt gældende for politikerne og direktionen, hvor styringsformålet hhv. ligger på ca. 65% for begge grupper, mens det på tværs af de øvrige områder er angivet til 47% og 38%. Den eneste gruppe, hvor styringsformålet ligger lavere end det gennemsnitlige er i forhold til medarbejderne. I forhold til de to øvrige formål flugter resultaterne med de tværgående.

4.5 Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?

I figuren neden for er respondenternes svar ift. eventuelle barrierer for arbejdet med sundheds- og ældredata inden for hjemme- og hjemmesygepleje gengivet. Det er iøjnefaldende, at det først og fremmest er tekniske og kompetencemæssige barrierer, der fylder for kommunerne. 40-50% af kommunerne oplever problemer med at udtrække og bearbejde data og problemer med datakvalitet. Kun et fåtal oplever, at det ikke er

relevant at arbejde med sundheds- og ældredata, eller at der mangler ledelsesmæssig prioritering.

Figur 22: Kommunernes barrierer for anvendelsen af sundhedsdata på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet



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 på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad. Antallet af respondenter er hhv. 68 for planlægning og kvalitetsudvikling samt 69 for styring.

De uddybende svar fra spørgeskemaerne med hensyn til barrierer er især rettet imod problemer med at udtrække data. Systemudfordringer i form af f.eks. skift i fagsystemer, udpeges her som en væsentlig barriere i arbejdet med data og har i mange tilfælde betydet tilbageskridt i forhold til at kunne trække og bruge data. De uddybende kommentarer går endvidere på, at sundheds- og ældredata ofte opleves, som værende svære at formidle bredt og endelig, at det er en udfordring at få anvendelige sundhedsdata f.eks. i forhold til at kunne måle og følge effekten af rehabiliteringsindsatsen.

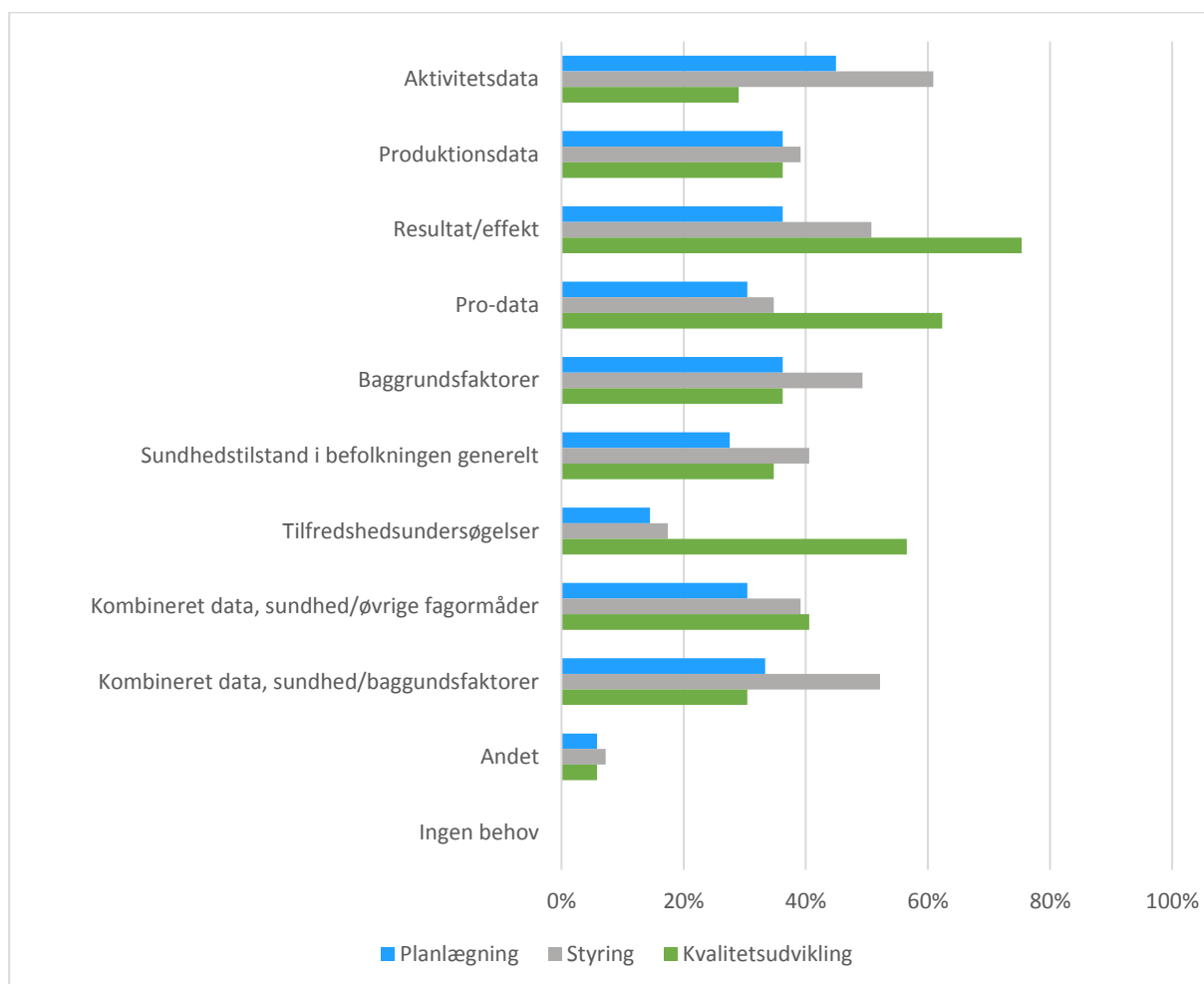
4.6 Hvilke typer data er der behov for?

75% af kommunerne ser et stort behov for data om resultater og effekt, som led i den fremtidige kvalitetsudvikling i hjemme- og hjemmesygeplejen. Prodata og data fra tilfredshedsundersøgelser vurderes ligeledes af et flertal af kommunerne at være vigtige for den fremtidige kvalitetsudvikling på området.

Ser man på styring, er der en række datatyper, som mellem 40-50% af kommunerne vurderer, at der er et særligt behov. Det gælder aktivitets-, resultat- og effektdata, data om baggrundsfaktorer samt sundheds- og ældredata i kombination med geografiske, demografiske og økonomiske data.

Endelig ses en forholdsvis stor spredning på spørgsmålet om, hvilke data der er størst behov for i fremtiden ift. planlægning. En række typer af data angives af 20-40% af de adspurgte kommuner som særligt vigtige, herunder aktivitetsdata, produktionsdata og baggrundsfaktorer.

Figur 23: Kommunernes største behov for specifikke datatyper på tværs af formål på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet



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 krydser). 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 69.

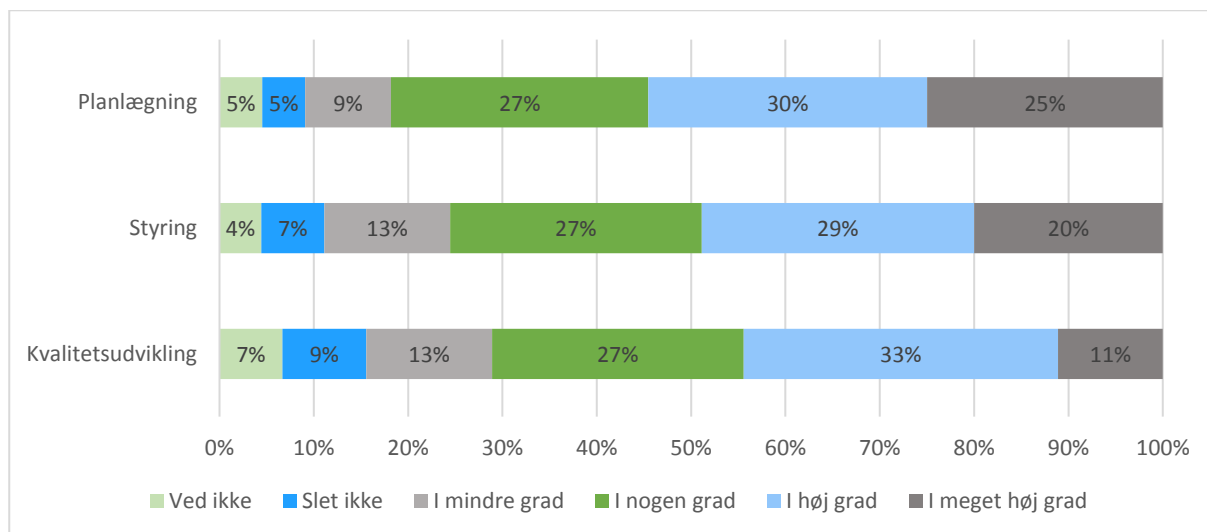
I de uddybende besvarelser nævnes det, at der er behov for data, som muliggør at en borger/gruppe følges på tværs af sektorer. For nuværende besværliggøres dette ved,

at kommunerne ikke kan få det fuldt overblik over potentielle målgrupper, f.eks. borgere, som ikke allerede er i kontakt med det kommunale system. Hermed går man glip af muligheden for at igangsætte relevante forebyggende, målrettede indsatser tidligere.

4.7 Fokus på Fællessprog III

Kommunerne er endelig som en del af kortlægningen af databrug blevet stillet et par spørgsmål med særlig fokus på Fællessprog III. De konkrete besvarelser viser, at kommunerne er meget forskellige steder for hvad så vidt angår implementering og anvendelse af Fællessprog III. Besvarelserne i Figur 24 indbefatter ikke de kommuner, som har svaret, at de endnu ikke har implementeret Fællessprog III.

Figur 24: Kommunernes anvendelsesgrad af FSIII på hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet

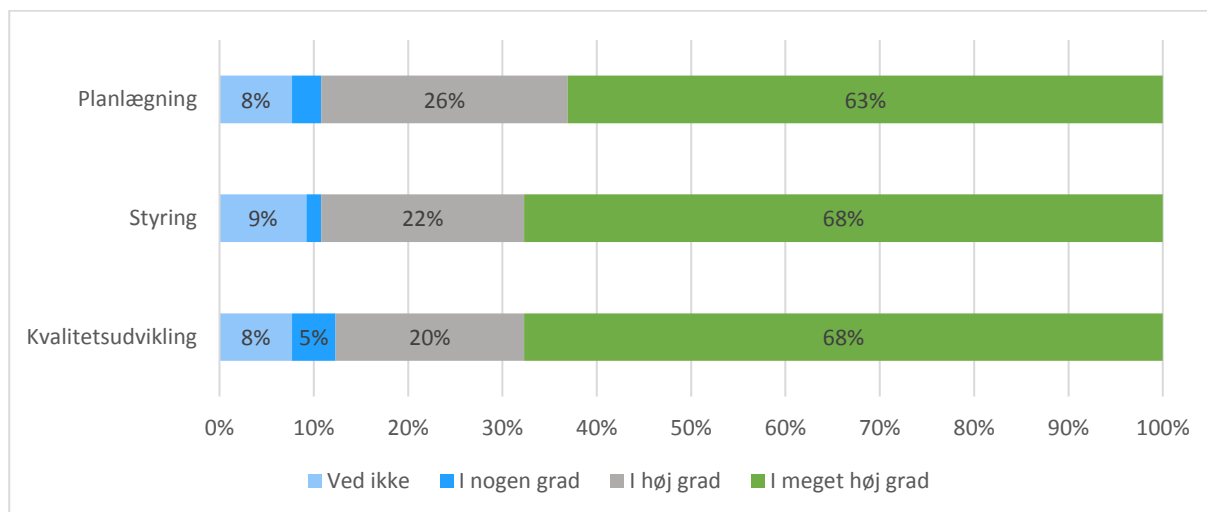


Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad anvender jeres kommune i dag FSIII-data til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling?* Kommuner hvor FSIII endnu ikke er organisatorisk implementeret er ikke medregnet i procenterne. Antallet af respondenter er hhv. 44 for planlægning og 45 for styring og kvalitetsudvikling.

Som det ses i Figur 24 angiver ca. halvdelen, at de i høj eller meget høj grad anvender Fællessprog III-data til planlægning, styring og kvalitetsudvikling, mens der, som illustreret i Figur 25 ligeledes angives at være et stort behov for denne type data i den fremtidige planlægning, styring og kvalitetsudvikling af området.

Sundheds- og ældrecheferne giver i et uddybende svar også udtryk for, at der er store forhåbninger til, at Fællessprog III kan være med til at udvikle og kvalitetssikre udviklingen på området. Fællessprog III-data ses her som en forudsætning for dokumentation af sundhedsopgaven og dermed for den fremtidige styring. Denne data skaber nemlig et sammenligneligt datagrundlag, som vil gøre det muligt at følge udviklingen af indsatser og ikke mindst effekten på borgerniveau.

Figur 25: Kommunernes behov for at kunne anvende data fra FSIII i fremtiden



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad har jeres kommune behov for, at FSIII-data i fremtiden kan anvendes til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling?* Antallet af respondenter er 65.

4.8 Opsummering af hovedtendenserne på hjemmesygepleje- og hjemmeplejeområdet

- 73% anvender i høj eller meget høj grad data til styring, 64% til planlægning og 56% til kvalitetsudvikling. En anvendelse som ligger over gennemsnittet
- Kommuner bruger data fra fagsystemerne hyppigt og systematisk
- I et planlægningsperspektiv understøtter data ressource- og kapacitetsplanlægning, budgettering og identifikation og planlægning af fokusområder
- 73% angiver, at data bruges til opfølgning på budgetter, mens en lidt lavere andel anvender data til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser
- Dataanvendelsen til disse styrings- og planlægningsopgaver er langt højere på hjemmesyge- og plejeplejeområdet end de øvrige områder
- Halvdelen af kommunerne anvender sundheds- og ældredata i deres samarbejde med regionen eller almen praksis
- 69% af kommunerne angiver, at de i høj eller meget høj grad anvender aktivitetsdata, hvilket er højere end på de øvrige områder. Herefter følger produktionsdata (31%) og data om resultater og effekter (32%).
- Sundheds- og ældredata bruges i høj grad på tværs af organisatoriske niveauer. 86-88% af forvaltningschefer og udførende ledere anvender data til styring, 90% og 68% af kommunerne angiver, at de udførende ledere og forvaltningscheferne anvender data til planlægning, mens i 82% anvender data til kvalitetsudvikling
- Data anvendes i langt højere grad af politikerne og direktionen til styringsformål sammenlignet med den gennemsnitlige brug. Medarbejderne er den eneste gruppe, hvor styringsformålet ligger lavere end det gennemsnitlige.
- Der opleves særligt tekniske og kompetencemæssige barrierer, f.eks. problemer med at udtrække og bearbejde data og problemer med datakvalitet.
- Der efterspørges bedre data om resultater og effekt, prodata og data fra tilfredsundersøgelser. Til styringsformål efterlyses aktivitets-, resultat- og effektdata.
- Kommunerne er i forskellig grad ved at implementere FSIII, men der udtrykkes generelt store forhåbninger til at denne data kan understøtte planlægning, styring og kvalitetsudvikling af området fremover.

4.9 Case 1: I sikre hænder – Sønderborg Kommune

I 2013 begyndte Frederiksberg, Lolland, Sønderborg, Viborg og Thisted kommuner forbedringsarbejdet med projektet *I sikre hænder*. Pilotkommunerne har vist vejen for fremtidens arbejde med kvalitet og patientsikkerhed i kommunerne ved bl.a. brugen af datadrevne forbedringer.

De fem pilotkommuner har vist, at det kan lade sig gøre at udrydde tryksår og alvorlige medicinfejl, reducere fald og forbedre tandsundheden hos borgerne i ældreplejen. Samtidig har *I sikre hænder* intensiveret samarbejdet med borgere og pårørende, samt øget fagligheden hos personalet.

På baggrund af disse resultater har yderligere 13 kommuner taget projektets metoder i brug. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Sundheds- og Ældreministeriet og KL står bag projekt *I sikre hænder*.

I sikre hænder Sønderborg Kommune

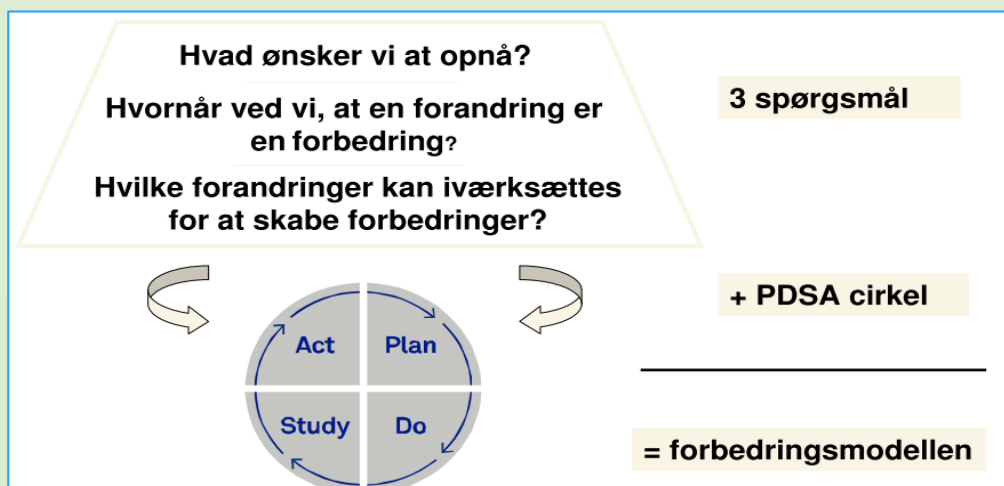
I sikre hænder er et kvalitetsprogram, som har til formål at sikre en målrettet indsats til reduktion af unødige skader hos borgere i primærsektoren. Den overordnede målsætning er at understøtte, at den rette borger får den rette pleje og behandling til rette tid.

Med *I sikre hænder* er det hensigten, at forankringen af de gode resultater skal ske gennem en aktiv og planlagt proces, med henblik på en effektiv spredning og fastholdelse af god praksis over tid.

Det er helt centralt i arbejdet med at give borgerne den rette pleje og behandling, at personalet, som er tæt på borgerne, udvikler, afprøver og tilpasser ideer til forbedringer. Til det formål anvendes *I sikre hænder* "forbedringsmodellen", som er en internationalt anerkendt metode til udvikling af kvalitet. Programmet understøtter indsatsen i frontlinjen og i dagligdagen ude hos borgerne.

"Forbedringsmodellen" er en model, der via konkrete mål og afprøvninger trin for trin (plan-do-study-act), fremmer hurtig udvikling og implementering af robuste prototyper.

Figur 26 Forbedringsmodellen bag *I sikre hænder*



Figurnote: Figur 27: Langley et al. (2009) The Improvement Guide. Side 24

Forudsætningen for at kunne gennemføre forandringer og samtidig være sikker på, at de medfører forbedringer er, at organisationen har både viden om forbedringsmetoder og praktiske færdigheder samt erfaring med at anvende denne viden. Helt afgørende er måleerfaring og færdigheder i at skelne mellem tilfældig og ikke-tilfældige udsving

(variation) i målingerne. Mulighederne for at skabe forbedringer forudsætter desuden viden om og erfaring med udvikling og planlægning af arbejdsgange på alle niveauer.

Programmets kliniske pakker

For at nå målet skal der implementeres kliniske pakker, som f.eks. tryksår-, medicin-, fald-, og infektionspakkerne. Pakkerne beskriver de elementer, som ifølge sundhedsfaglige eksperter er de vigtigste i forhold til pleje og behandling indenfor et afgrænset klinisk område. For hver pakke er der udarbejdet en eller flere resultatindikatorer til at dokumentere, at implementeringen har den ønskede virkning på borgerne. Derudover er der til hver pakke udarbejdet en eller flere procesindikatorer til løbende at måle pakkens implementeringsgrad.

Mål og indikatorer

Målene for programmet skal være ambitiøse og kræver, at man ændrer sine arbejdsgange, og ikke blot kan nøjes med i en periode at anstrenge sig ekstra.

En indikator er en variabel, der anvendes til at vurdere niveauet af kvalitet. I forbedringsarbejdet anvendes indikatorer til at vurdere, hvorvidt de forventede resultater er opnået (resultatindikatorer) og hvorvidt de beskrevne processer er gennemført (procesindikatorer).

F.eks. dage mellem nye opståede tryksår (resultatindikatorer) eller andelen af borgere hvor HUSK gennemføres (procesindikatorer).

Fremgang i forbedringsarbejdet monitoreres kontinuerligt ved brug af tidstro og lokale dataopgørelser, så man har mulighed for hele tiden at justere sine processer for at opnå den ønskede kvalitet. I *1 sikre hænder* arbejdes der således ikke kun med før- og eftermålinger, da dette ikke vil give samme mulighed for at følge og lære af processen. Statistisk analyse af data foretages med seriediagrammer, hvor data fra hver indikator plottes løbende.

Overordnede mål for programmet

- Etablering af en varig platform for forbedringsarbejdet.
- Min. 300 dage siden seneste tryksår
- Min. 300 dage siden seneste alvorlige medicineringsfejl som kræver læge kontakt
- Reducere antallet af fald med 50 procent.
- Reducere antallet af kateterrelaterede urinvejsinfektioner med 50 procent.
- Reducere hyppigheden af lungebetændelser med 25 procent.

Spredning

I arbejdet med forbedringsmodellen afprøver pilotenhederne metoder og pakker, inden disse spredes til resten af organisationen. Forudsætningen for at kunne sprede et klinisk initiativ er, at en pilotenhed har afprøvet og implementeret en god prototype. Konkret er en god prototype, en pakke der er implementeret med stabil høj compliance (>95 %) og som skaber forbedring af det kliniske resultat. En god prototype er effektiv under forskellige omstændigheder, uafhængig af enkelte ildsjæle og er mulig at fastholde over tid. Efter en periode på 6 måneder med stabile processer kan enheden overgå til stikprøver.

I Sønderborg Kommune har pilotenhederne udviklet og testet en prototype for tryksårspakken, medicinpakken, mund- og tandplejepakken, faldpakken og Tidlig Opsporing, som kan spredes til de øvrige enheder. Spredningsplanen med kapacitetsopbygningen er ligeledes testet i forbindelse med spredning til de første enheder. Spredning af en prototype fra et sted til et andet forudsætter, at prototypen afprøves i den modtagne enheds kontekst. Dette er en kortvarig afprøvning, og kaskade-spredning kan hurtigt sættes i gang. Det forudsætter kompetencer i forbedringsmetoder hos modtageren, således, at den modtagne enhed ikke genopfinder, men adopterer prototypen. Spredning

af prototyper kan ske parallelt på flere enheder og bliver dermed ikke en lineær proces. Det tager tid at frembringe prototypen, men herefter kan spredningen gå meget hurtigt.

Der arbejdes også med nye pakker og tiltag, hvor de samme principper anvendes med test og afprøvning i lille skala, inden spredningen kan foretages til andre enheder. Tidlig Opsporing og forebyggelse af urinvejsinfektioner er nye pakker, som er under afprøvning og test i pilotenhederne.

Resultatindikatorer ved Tidlig Opsporing inkluderer bl.a. antallet af dage mellem forebyggelige indlæggelser, der har en kontakt med kommunen. Procesindikatorerne inkluderer andelen af borgere, som dagligt triageres, andelen af borgere, der triageres røde og som får udarbejdet en handleplan indenfor vagten eller andelen af borgere, der triageres gule og som får udarbejdet en handleplan indenfor 48 timer.

For nuværende drives arbejdet med data primært på driftsniveau, med det formål at følge udviklingen i den enkelte enhed. Her betyder det meget for den enkelte enhed at kunne følge udviklingen over tid. Data bruges dog også på et mere overordnet niveau til opfølgning på resultater på tværs af enheder. Data fra E-Sundhed kan anvendes på et mere overordnet niveau til udviklingen af mere generel ledelsesinformation.

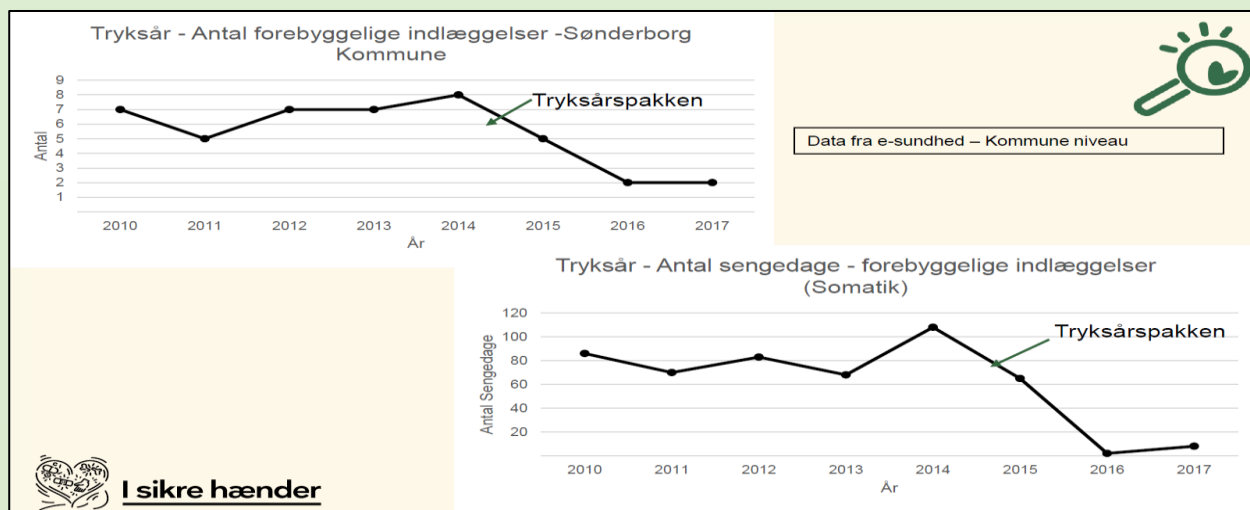
Tavler og tavlemøder

Tavler og tavlemøder spiller en central rolle i forbedringsarbejdet. Det gælder både i det daglige arbejde i forbedringsteamet og i forbindelse med ledelsesfokus, hvor tavlerne ofte er omdrejningspunkt for samtalen og brugen af data. Tavlerne er et nyt og centralt forum for forbedringsarbejdet. Et forum, der giver anledning til tværfaglig refleksion over praksis samt skaber overblik og systematik i forhold til pleje og behandling.

Konkrete resultater

Data om patientsikkerhed bruges som katalysator for forandringer og kvalitetsforbedringer. Det systematiske arbejde med forebyggelsespakkerne har medført en stigende sundhed hos borgerne manifesteret i et markant fald i antallet af tryksår og antallet af sengedage (forebyggelige indlæggelser, som illustreret nedenfor). Samtidig har indsatsene givet en økonomisk effekt, som har været vigtig for at kunne tydeliggøre og fastholde prioriteringen af de forebyggende indsatser

Figur 28 Udviklingen i fokusområder i forbindelse med indførelsen af tryksårspakken



Det gennemgående fokus på borgerne betyder for medarbejderne, at arbejdet med data gøres relevant og vedkommende for deres faglighed. Brugen af data har ikke kun

været med til at udvikle den faglige kvalitet, men er også med til at forbedre samarbejdet på tværs af fagsøjler. Dataanvendelse i kombination med den strukturerede metode har givet medarbejderne et fælles sprog, der hjælper medarbejderne med at sætte ord og argumenter på, hvad de ser, og hvad der skal gøres. Tiltag som overordnet har ført til større medarbejdertilfredshed og faglig stolthed, fordi medarbejderne har kunnet se, at de gør en forskel. Endelig har det også medført, at Sønderborg Kommune har opnået bedre tilsyn med plejecentrene.

Med henblik på at sikre relevant opfølgning er et løbende fokusområde, hvordan den udviklede data om forebyggelsespakkerne bliver integreret i kommunes overordnede omsorgssystem og ikke mindst, hvordan denne data kan kombineres med FSIII-data. Dette med henblik på at data automatisk fødes ind i det overordnede ledelsesinformationssystem

Kritiske succesfaktorer og barrierer for dataunderstøttet arbejde

Udviklingen af et effektivt arbejde med data har krævet ressource- og tidsmæssige investeringer, hvor kodeordet har været medarbejderinddragelse. Det være sig i forhold til kortlægning af arbejdsgange, identifikation af indikatorer samt præsentation og formidling af projektet og dets resultater. I denne forbindelse har det været centralt, at dataarbejdet drives af de decentrale ledere, med hjælp fra medarbejdere, som er uddannede i, kan understøtte arbejdet. Dette er vigtigt for at sikre, at dataarbejdet ikke bliver forvaltningens projekt, men noget som udføres og foregår blandt medarbejderne.

Et væsentligt element har været at bruge medarbejderne som historiefortællere, så de på den måde er med til at tage ansvar for og ejerskab til dataarbejdet. *Fortællingen er den bedste læring og spredning*, og data anvendes på denne måde strategisk til at skabe en kultur, hvor metoderne fra *I sikre hænder* bevæger sig fra at være et projekt til at blive en integreret del af kulturen og det daglige arbejde.

En anden barriere for effektivt arbejde med data er at trække relevant data ud af systemerne. Rent teknisk opstår der f.eks. en udfordring i forhold til E-sundhedsdata, idet, det kun er muligt at trække data ud på sogneniveau. Dette udfordrer brugbarheden, da det ikke er meningsfuldt i forhold til de geografiske inddelinger, som normalt bruges i planlægningen og styringen af hjemme- og sygeplejeområdet. For at omsætte data til relevante hjemmeplejedistrikter kræves derfor et gennemgribende arbejde som kan sikre, at datagrundlaget bliver mere fleksibelt og meningsfuldt.

4.10 Case 2: Dataunderstøttet planlægning, udvikling af indsatser og dialog med samarbejdspartnere i Odenses akutteam

Akutteamet i Odense Kommune er en relativ ny enhed, som fra oprettelsen d. 1. januar 2018 systematisk har dataunderstøttet enhedens planlægning og udvikling af indsatser, dialogen med samarbejdspartnere samt udvikling af kompetenceudviklingstilbud for andre enheder i kommunen.

Som udgangspunkt for planlægningen har teamet haft behov for informationer om; hvor mange borgere, de behandler, hvor lange forløbene er, hvem der henviser borgere til akutteamet, tidspunkt for henvisningen, hvilke problemstillinger borgerne be-

handles for, type af behandling, samt hvordan forløbet er efter kontakten med akutteamet. Konkret indsamles data gennem to forskellige spørgeskemaer, som akutsygeplejerskerne udfylder ved påbegyndelsen og afslutningen af et forløb. Dette giver mulighed for at analysere på årsager til henvisning, type af behandling og hvor borgeren afsluttes til efter forløbet i akutteamet (f.eks. hospital, eget hjem, hjemmepleje mv.). Disse data suppleres med telefoninterview blandt et udsnit af de patienter og pårørende, som har været i kontakt med akutteamet. Telefoninterviewene foretages oftest blandt de borgere, der har været i et forløb strækkende over et døgn.

Akutteamet anvender de registrerede oplysninger til en lang række formål. De registrerede data har bl.a. vist, at det er andre enheder i kommunen samt de praktiserende læger, der oftest henviser til akutteamet, mens den laveste andel af henvisningerne kommer fra Lægevagten og Ambulance Syd. Anvendelsen af de registrerede oplysninger har også vist et mønster i, hvornår på døgnet borgerne typisk henvises til akutteamet. Disse oplysninger er brugt til vagtplanlægning, således, at bemanningen svarer til det behov, der er for akutteamets bistand på forskellige tidspunkter af døgnet. Data anvendes også til at underbygge beslutninger om, hvilket udstyr teamet har brug for. På baggrund af dataene har teamet bl.a. konstateret efterspørgsel på IV-behandlinger og har i den forbindelse indkøbt væsketalsmålere, således, at denne type af behandling nu kan tilbydes til borgerne i deres eget hjem. Akutteamet har efterfølgende estimeret, at denne type af behandling har forebygget ca. 75 indlæggelser i den korte periode, hvor teamet har haft mulighed for at gennemføre dem. Akutteamets data bruges således til at kanalisere ressourcerne derhen, hvor der er mest brug for dem.

Data vedrørende borgernes behov og problemstillinger samt registreringer af, hvor borgeren kommer hen efter forløbet i akutteamet, anvendes til at vurdere på, om teamet sætter ind med de rette indsatser, og om det overordnede fokus i teamets aktiviteter stemmer overens med f.eks. kommunens ønske om at forebygge indlæggelser. Her viser teamets data, at 85 pct. af forløbene i teamet primært er forebyggende, mens 15 pct. er direkte efterbehandling efter hospitalsophold.

Dataene bliver også brugt i dialogen med samarbejdspartnere i kommunen, på sygehuset, almen praksis, vagtlæger og alarmcentral om, hvordan de kan bruge akutteamet. Akutteamet har desuden et mål om at kunne anvende dataene til at kvalificere, hvilke borgere kommunen kan behandle i eget hjem og dermed også, hvor der er behov for sengepladser og indsatser i hospitalsregi. Yderligere er det en målsætning at kunne anvende dataene i dialogen om samarbejdet i forhold til forløbene for borgerne. Mantraet er *den rigtige patient i den rigtige seng*. Data er i denne sammenhæng med til at danne grundlag for nysgerrighed på, hvordan kommunen kan skabe bedre forløb for borgeren. Kvaliteten i forløbene vurderes både i relation til resultaterne i forhold til borgerens sundhedstilstand (f.eks. om akutteamets indsats har forebygget en indlæggelse), borgerens tilfredshed med forløbet, og i relation til hvad der skaber mest tryk for borgerne. F.eks. har unge kvinder med nyrebækkenbetændelse (pyelonefrit) infektion en bedre oplevelse af forløbet, hvis de kan blive hjemme i vante omgivelser med akutteamets behandling, frem for at blive indlagt på sygehuset samtidig med, at risikoen for andre infektioner mindskes.

Akutteamets data viser, at den største gruppe borgere henvises fra almen praksis og dernæst fra andre enheder i kommunen. Derfor arbejder teamet også aktivt med kompetenceudvikling for f.eks. SOSU-assistenten og hjælpere. Formålet er at kunne starte den forebyggende indsats tidligere bl.a. ved at give medarbejderne i hjemmepleje og plejeboliger kompetencer, der medfører, at de kan identificere og reagere på symptomer tidligere. Samtidig er formålet at give disse medarbejdere et bedre grundlag for at beskrive symptomer og problemstillinger i dialog med f.eks. læger og akutteam, så den rette forebyggende indsats bliver sat i værk så tidligt som muligt. Akutteamet afholder praksisnær undervisning på plejecentre og i hjemmeplejedistrikter om specifikke emner som f.eks. fald, adrenalin, glykogen samt systematisk og tidlig opsporing af kritisk sygdom. Temaer i undervisningen identificeres bl.a. på baggrund af akutteamets data om

de problemstillinger, som borgere henvises til teamet med samt ud fra de deltagende medarbejderes ønsker til øvrige temaer. Undervisningen afholdes i hjemmeplejedistrikter og plejeboliger på tidspunkter, der passer ind i forhold til de relevante medarbejderes arbejdstid. F.eks. undervises medarbejdere med nattevagter mellem 21.30 og 22.30.

På den lidt længere bane ønsker akutteamet at styrke den forebyggende indsats ved at hjælpe hjemmeplejen med at identificere borgere, som er i risiko for at skulle indlægges gennem brug af hjemmeplejens egne data, og ved at stille redskaber til rådighed for hjemmeplejen, som de kan sætte ind med, når de identificerer behovet hos borgerne. F.eks. er udvikling i plejebehovet en af de indikatorer, man kan holde øje med, da forskning viser, at behovet for pleje stiger de sidste tre dage op til en indlæggelse.

Konkrete resultater

Den måde hvorpå akutteamet i Odense Kommune registrerer og anvender data understøtter deres vagtplanlægning og arbejdstilrettelæggelse. Dette er med til at sikre, at der er medarbejdere til rådighed på de tidspunkter, hvor der er mest behov for dem, at teamet bruger sin tid på de indsatser, som det er mest hensigtsmæssigt, at teamet frem for andre enheder varetager, og det giver klarhed om hvilke områder teamet skal specialisere sig inden for. Dermed understøtter anvendelsen af data, at akutteamets ramme udnyttes bedst muligt. I udgangspunktet er planlægningen foregået i forhold til oplysninger som, hvem der henviser, hvornår på døgnet, de henvises, og hvilke typer af problemstillinger, der henvises med. Fremadrettet vil resultaterne af forløbene også blive inddraget i planlægningen. F.eks. er oplevelsen i teamet er at succesraten er høj for at hjemtage patienter tidligere fra sygehuset til færdigbehandling i eget hjem for de ikke multimorbide patienter. Teamet har bl.a. haft en del yngre kvinder med nyrebækkenbetændelse (pyelonefrit), som har fået et par dages i.v. behandling samt selvhjulpne borgere med pneumoni. Fremadrettet vil teamet i samarbejde med en nyansat projektleder på et toårigt projekt om datadrevet kvalitetsudvikling, kunne anvende sine data til at dokumentere denne type af resultater.

Akutteamet er forholdsvist nyt, hvorfor man først lige er begyndt at anvende teamets data til at analysere sammenhænge i den problemstilling borgeren er henvist med, behandlingsform og resultat af forløbet. Der er dog allerede konkrete tilfælde som f.eks. i.v.-væskebehandling for dehydrering fra egen læge, hvor man har kunnet estimere antallet af indlæggelser, der forebygges ved, at akutteamet nu tilbyder hjemmebehandling. Tilfredshedsmålingerne viser endvidere stor tilfredshed med teamets indsats blandt borgerne, som har sagt ja til at deltage. De foreløbige resultater viser, at 88 % af de adspurgte borgere foretrækker behandling i eget hjem eller kontakt med akutteamet, hvis de kommer i en lignende situation. Alt i alt udtrykker 89 % af de adspurgte borgere, at akutteamet har haft en positiv betydning for deres forløb.

Aktteamet har bl.a. på baggrund af data planlagt målrettet kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere mere bredt i hjemmeplejen, sygeplejen og i plejecentrene. Der giver det øvrige personale viden og redskaber, som er med til at skabe et fokus og give gruppen redskaber til at arbejde med tidlig opsporing og forebyggelse, samt viden om hvilke andre enheder (f.eks. akutteam og læge), de skal kontakte, når bestemte typer af symptomer opstår. Det er målet, at det på sigt skal give plejepersonalet og sundhedspersonalet et fælles sprog, der gør det lettere for sundhedspersonalet at agere på den situation, plejepersonalet beskriver. De kommende 6 måneder vil akutteamet således undervise praksisnært i kommunens 21 plejecentre, 12 udkørende grupper, tre aftenvagtsgrupper og en natgruppe i temaerne systematisk vurdering af den kritisk syge borger, indlagt borger i eget hjem og sygeplejeobservation til borgeren som er faldet.

Endvidere har dataene bidraget til, at dialogen med de forskellige samarbejdspartnere om at få skabt de bedste forløb for borgeren er baseret på fakta.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Ifølge Odense Kommunes akutteam er en af de centrale faktorer, hvis man skal lykkes med at dataunderstøtte arbejdet, at arbejdet med registreringer osv. giver mening for medarbejderne. De skal kunne se, at registreringerne bliver brugt, og at det har en betydning bl.a. for de indsatser, der sættes i gang, og dermed at det kommer til at gøre en forskel for borgerne. I denne sammenhæng er det vigtigt at redskaberne til det dataunderstøttede arbejde udvikles tæt på praksis, og at redskaberne justeres i løbende dialog med personalet. Dette sker således, at de oplysninger der registreres reelt kan bruges til at forbedre forløbene for borgerne, samt til at prioritere hvilke indsatser, der skal sættes i gang. Dette er også en del af det toårige projekt om datadrevet kvalitetsudvikling, som kører i Odense Kommune. Det er vigtigt, at arbejdet er agilt, og at man forholdsvist hurtigt kan tilpasse, sådan at f.eks. nye behov hos borgerne, nye behandlingstyper ol. kan komme med i de data, der registreres og anvendes.

De indsatser, der igangsættes på baggrund af de indsamlede data, skal bunde i praksis. Det betyder, at det er vigtigt, at den faglige kompetence kombineres med datakompetencen for at sikre, at de medarbejdere, der analyserer og omsætter mønstre i data til indsatser og prioriteringer kender og er del af praksis. Det opleves her som en fordel, at medarbejderne leverer tal ind til andre medarbejdere, som de har en relation til.

Ledelsen skal være tydelig om, hvad arbejdet skal bruges til og at det er noget man virkelig vil. I Odense har temaet f.eks. været taget op allerede i forbindelse med ansættelsessamtalerne til det nye team. På den måde har de nye medarbejdere fra starten vidst, at det ville blive en del af jobbet. Det har været en fordel, at man har etableret arbejdsgangene fra begyndelsen.

Ledelsesmæssig opbakning og fokus er vigtigt samtidig med, at det ikke kun kan være et ledelsesprojekt. Der er nødt til at være ressourcepersoner ude i marken, som kan bakke op om og motivere til fortsat brug af redskaberne. Det bidrager til at opretholde og oppebære et kontinuerligt fokus.

En barriere i arbejdet med at kvalitetsudvikling data er, at der på nuværende tidspunkt ikke er adgang til data fra sygehusvæsnet, almen praksis eller anden sundhedsdata fra regionen og andre offentlige myndigheder. Disse typer af data kan være med til at specificere, hvordan ressourcerne bruges mest effektivt, og hvornår akutteamets indsatser giver mest mening. Adgang til denne type sundhedsdata kan således anvendes i kommunerne til at kvalificere forskellige indsatser, bl.a. hos akutteamet.

Det opleves som en barriere, at det pt. er nødvendigt at registrere i flere systemer, fordi EOJ-systemets funktioner ikke dækker hele akutteamets behov. Bl.a. er der mange af de data, akutteamet bruger, der ikke pt. kan registreres i EOJ-systemet eller registreres som fritekst. Således bliver det ekstra vigtigt, at medarbejderne kan se formålet med og nødvendigheden af registreringerne.

Det opleves som en barriere i forhold til arbejdet med at skabe de bedst mulige forløb for borgerne, at den økonomiske incitamentsstruktur ikke helt hænger sammen både internt og på tværs af sundhedssektoren. Det gode forløb for borgeren passer ikke altid ind i de kasser, man budgetlægger i. De økonomiske strukturer kan skabe et incitament som ikke understøtter effektiv planlægning bl.a. pga. fokus på, hvad ligger indenfor egen ramme.

Det udfordrer endvidere dialogen og samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere og systemleverandører, at der er 98 forskellige modeller på tværs af kommunerne. Dette betyder, at hospital, ambulanceservice og vagtlæger skal forholde sig til mange forskellige samarbejdsaftaler og forskellige tilbud til borgeren i akutteamene på tværs af de kommuner, de samarbejder med. Denne udfordring ses også i akutteamets data, hvor det f.eks. er blevet synligt, at vagtlægen ikke i særlig udpræget grad gør brug af akutteamet på trods af, at de bemander 2/3 af døgnnet.

5 Genoptræningsområdet

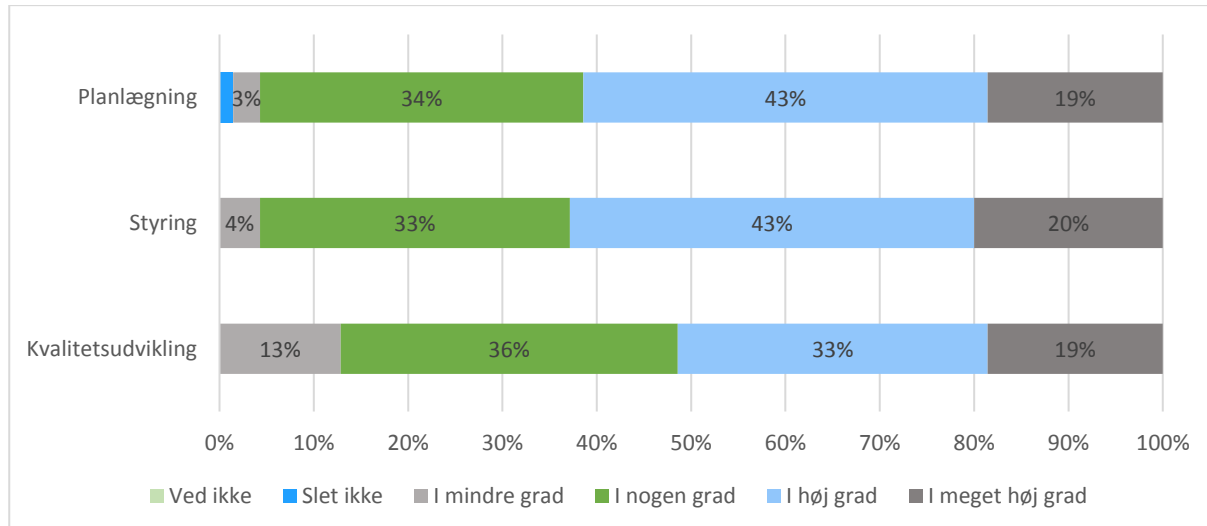
I følgende kapitel kortlægges kommunernes anvendelse af sundhedsdata på området for genoptræning. Først kortlægges anvendelsen af sundhedsdata, herunder hvor systematisk brugen er. Kapitlet kortlægger, hvad sundhedsdata anvendes til, hvilke opgaver og datatyper, som anvendes og hvem i den kommunale organisation, som anvender denne data. Derudover kortlægges de relevante barrierer for arbejdet med sundhedsdata og endelig hvilke data, der efterspørges på området. Kapitlet afsluttes med konkrete case-eksempler på, hvordan sundhedsdata anvendes på genoptræningsområdet i 2 kommuner.

5.1 Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?

Figur 29 illustrerer, hvor meget kommunerne anvender sundhedsdata på genoptræningsområdet. Figuren opsummerer kommunernes brug på de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Det illustreres, at 62-63% af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad til planlægning- og styringsformål, hvorimod færre kommuner anvender data i samme høje grad til kvalitetsudviklingsformål (52%).

Det ses endvidere, at 3-4 % af kommunerne anvender data i mindre grad til planlægning og styring, mens det er 10 procentpoint højere til kvalitetsudviklingsformål (13%). Det er kun på planlægningsområdet, at der er kommuner, som angiver slet ikke at anvende data på genoptræningsområdet. Det drejer sig dog kun om 1 % af kommunerne.

Figur 29: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata til forskellige formål på genoptræningsområdet



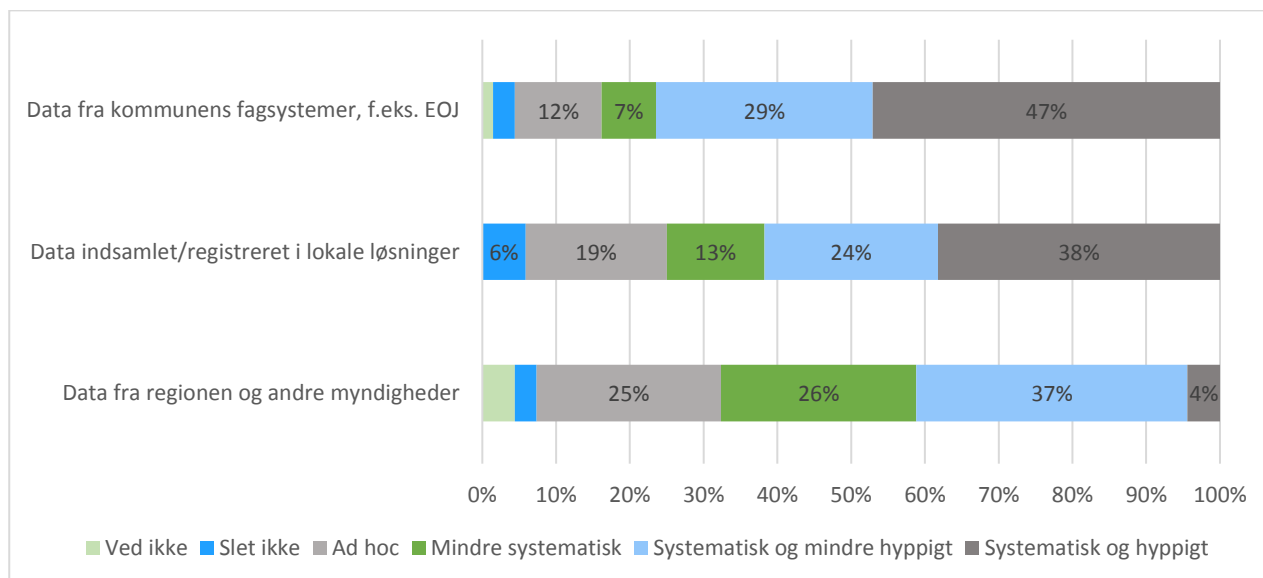
Figurnote: Procenterne i figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* i spørgeskemaet Sundhedsdataundersøgelsen. Antallet af respondenter er 70.

Sammenlignes anvendelsen på genoptræningsområdet med anvendelsesgraden på tværs af de seks fagområder (se Tabel 5), ses det, at anvendelsesgraden følger den tværgående tendens.

Som en del af kortlægningen er det undersøgt, hvor systematisk brugen af sundhedsdata fra specifikke kilder er. Som det ses i Figur 30, er det data fra kommunernes fagsystemer, som anvendes mest systematisk på hjemmesyge- og hjemmeplejeområdet.

Kommunerne angiver i denne sammenhæng at de bruger data fra fagsystemerne systematisk om end med svingende hyppighed. Herefter følger data indsamlet fra lokale løsninger og data fra regionen og andre myndigheder.

Figur 30: Den systematiske anvendelsesgrad af sundhedsdata fra forskellige kilder i kommunen på genoptræningsområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune? Antallet af respondenter er 68.

5.2 Hvad anvendes sundhedsdata til?

I undersøgelsen er der spurgt ind til, hvilke delopgaver under de tre hovedformål – planlægning, styring og kvalitetsudvikling, som kommunerne hyppigst anvender sundhedsdata til. De detaljerede besvarelser kan ses i bilaget. Disse resultater suppleres i det følgende med, hvorvidt sundhedsdata indgår i samarbejdet med regionen og almen praksis. Afsnittet afsluttes med konkrete eksempler på anvendelse. Hovedtendenserne er som følger:

Ad planlægning:

64% af kommunerne anvender i høj grad sundhedsdata på genoptræningsområdet til ressource- og kapacitetsplanlægning. Omtrent halvdelen af kommunerne anvender i høj grad sundhedsdata i forbindelse med, at de identificerer fokusområder og mål og til budgettering. Kun omkring hver tredje kommune anvender sundhedsdata til at koordinere mellem enheder.

Sammenlignet med den tværgående analyse ses det, at sundhedsdata dermed i højere grad bliver brugt til budgettering, ressource- og kapacitetsplanlægning og til at identificere fokusområder og mål området sammenlignet med den tværgående brug (se Figur 4).

Ad styring

53% af kommuner anvender sundhedsdata til opfølgning på budgetter, dertil kommer 25% der anvender dem i nogen grad, dvs. i alt 78% af kommuner anvender data i nogen grad til i meget høj grad til budgetopfølgning. Lidt færre (44%) anvender sundhedsdata høj eller meget høj grad til opfølgning på fokusområder, mål og indsats. Endvidere, anvender ca. 38% af kommunerne i høj grad eller i meget høj grad sundhedsdata til resultat- og effektstyring.

Sammenlignet med den gennemsnitlige brug ses det, at sundhedsdata i lidt højere grad bruges til budgetopfølgning og aktivitetsstyring end på de øvrige områder på nær hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet, mens de øvrige opgaver følger den tværgående tendens (se Figur 5).

Ad kvalitetsudvikling

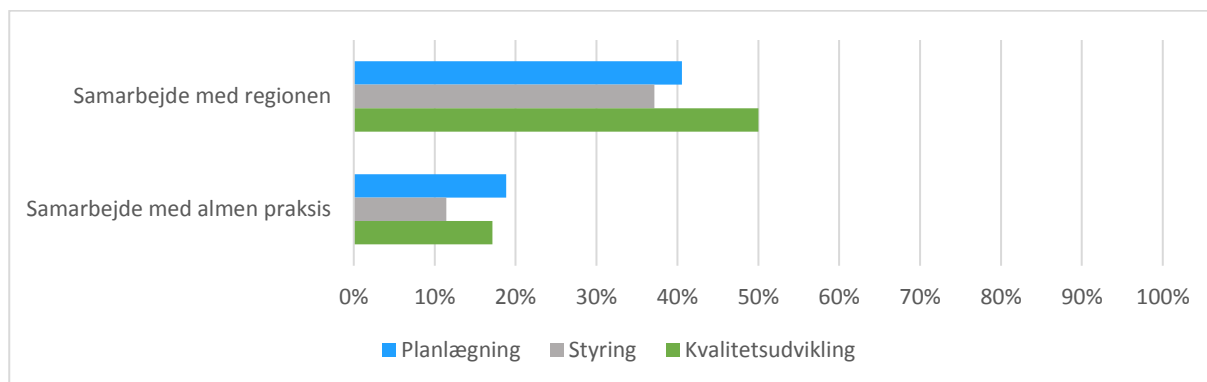
I forhold til kvalitetsudvikling ses det, at planlægning af og opfølgning på indsatser samt daglig ledelse og udvikling af faglig praksis er de opgaver, hvor sundhedsdata oftest bringes i anvendelse (39-47% i høj grad). I den anden grøft er det alene 13% af kommunerne, som i høj grad anvender sundhedsdata til andre kvalitetsudviklingsopgaver. Resultater, som flugter med den tværgående brug, se Figur 5.

Ad samarbejde

I forhold til samarbejde med region og almen praksis viser resultaterne at data anvendes af halvdelen af kommunerne til kvalitetsudvikling i deres samarbejde med regionen, mens hhv. 40% og 37% har svaret, at de anvender sundhedsdata til planlægning og styring ift. det regionale samarbejde. Det er blot 18% af kommunerne der har svaret, at de anvender sundhedsdata til planlægning i samarbejdet med almen praksis, mens blot 12% og 17% angiver det tilsvarende i forhold til styring og kvalitetsudvikling.

Overordnet ligger anvendelsen i forhold til samarbejdet med regionen på linje med de tværgående tendenser, om end dog lidt højere særligt i forhold til kvalitetsudvikling. Mens den modsatte tendens gør sig gældende for samarbejdet med almen praksis, som på genoptræningsområdet ligger meget lavere, se Figur 7.

Figur 31: Anvendelsesgraden af sundhedsdata i kommunernes samarbejder på genoptræningsområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *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. 69 for planlægning samt 70 for styring og kvalitetsudvikling.

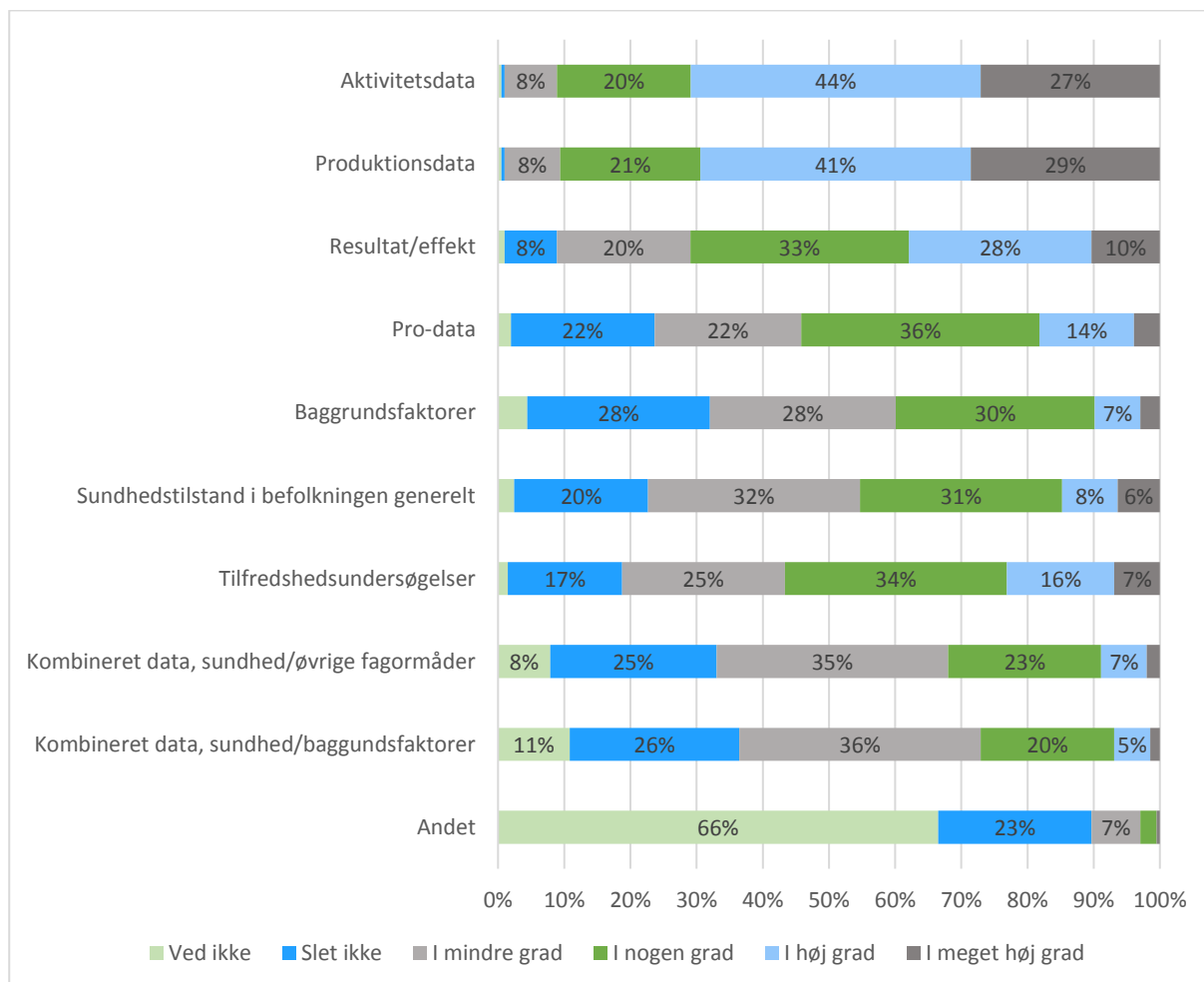
I en uddybende kommentar i spørgeskemaet har kommunerne givet gode eksempler på, hvordan de anvender sundhedsdata på genoptræningsområdet. Sundhedsdata på aktivitetsniveau bruges særligt til opgørelser og opfølgning på ventetider. Sundhedsdata bruges også til at justere ressourcer og til at tilrettelægge nye enheder og tilbud. Fokus er her særligt på det nære sundhedsvæsen med et ønske om at få overblik over hvilke opgaver der kan udliciteres.

5.3 Hvilke typer af data anvendes?

I Figur 32 ses det, at aktivitetsdata og produktionsdata er klart de mest udbredte former for sundhedsdata inden for genoptræningsområdet. Henholdsvis 71% og 70% af

kommunerne anvender i høj eller meget høj grad denne type data. Dette er en lidt højere anvendelsesgrad end den gennemsnitlige (se Figur 8). Herefter følger data om resultater og effekter, som anvendes i høj grad eller meget høj grad af 38% af kommunerne. En anvendelsesgrad som flugter med den gennemsnitlige brug. De øvrige former for sundhedsdata har kun en begrænset udbredelse på genoptræningsområdet

Figur 32 Kommunernes største behov for specifikke datatyper på tværs af formål på genoptræningsområdet

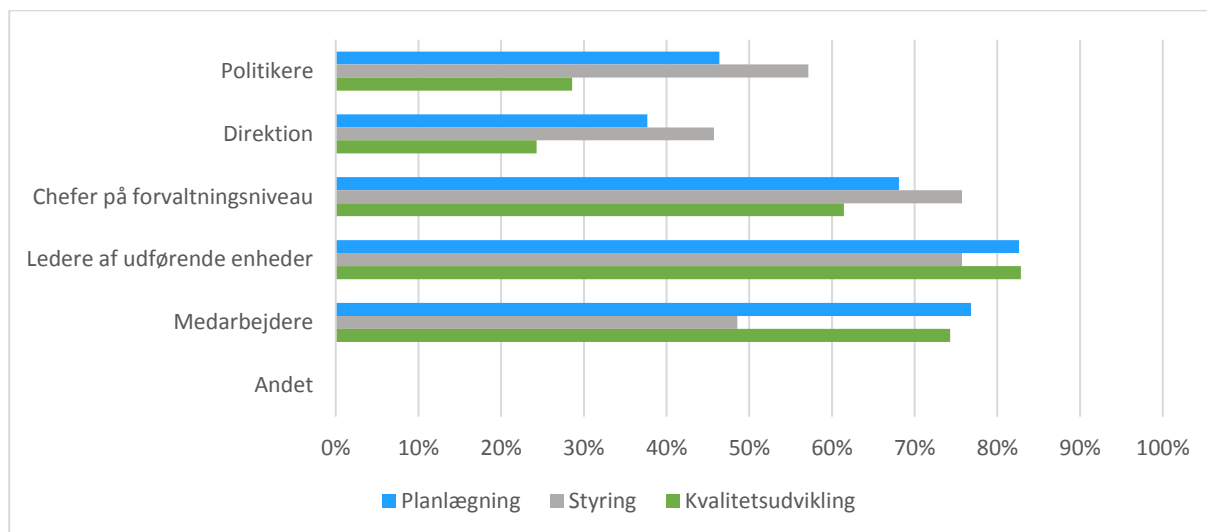


Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad anvender I disse typer af sundhedsdata til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne i figuren bygger på et vægtet gennemsnit af de 3 formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Antallet af respondenter er hhv. 67 for planlægning og 68 for styring og kvalitetsudvikling.

5.4 Hvem anvender sundhedsdata på området?

Figur 33 viser hvor i den kommunale organisation sundhedsdata anvendes på genoptræningsområdet. Bemærk at anvendelsen er fordelt på de tre overordnede formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Figuren viser, at i langt hovedparten af kommunerne anvender forvaltningschefer og udførende ledere sundhedsdata til styring af genoptræningsområdet (76%) og i noget mindre grad af politikere, direktion og medarbejdere. Sundhedsdata anvendes til kvalitetsudvikling af de udførende ledere og medarbejderne i hhv. 83% og 74% af kommunerne. Mens den tilsvarende andel for forvaltningschefer er 61% og blandt politikere og direktion en del lavere (24-29%).

Figur 33: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata på forskellige niveauer i organisationen på genoptræningsområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *På hvilke niveauer i organisationen har i på angivet område i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere krydser)*. Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad (hjemmepleje-området). Kategorien andet er fjernet fra figuren, da der ingen respondenter er i kategorien. Antallet af respondenter er hhv. 69 for planlægning samt 70 for styring og kvalitetsudvikling.

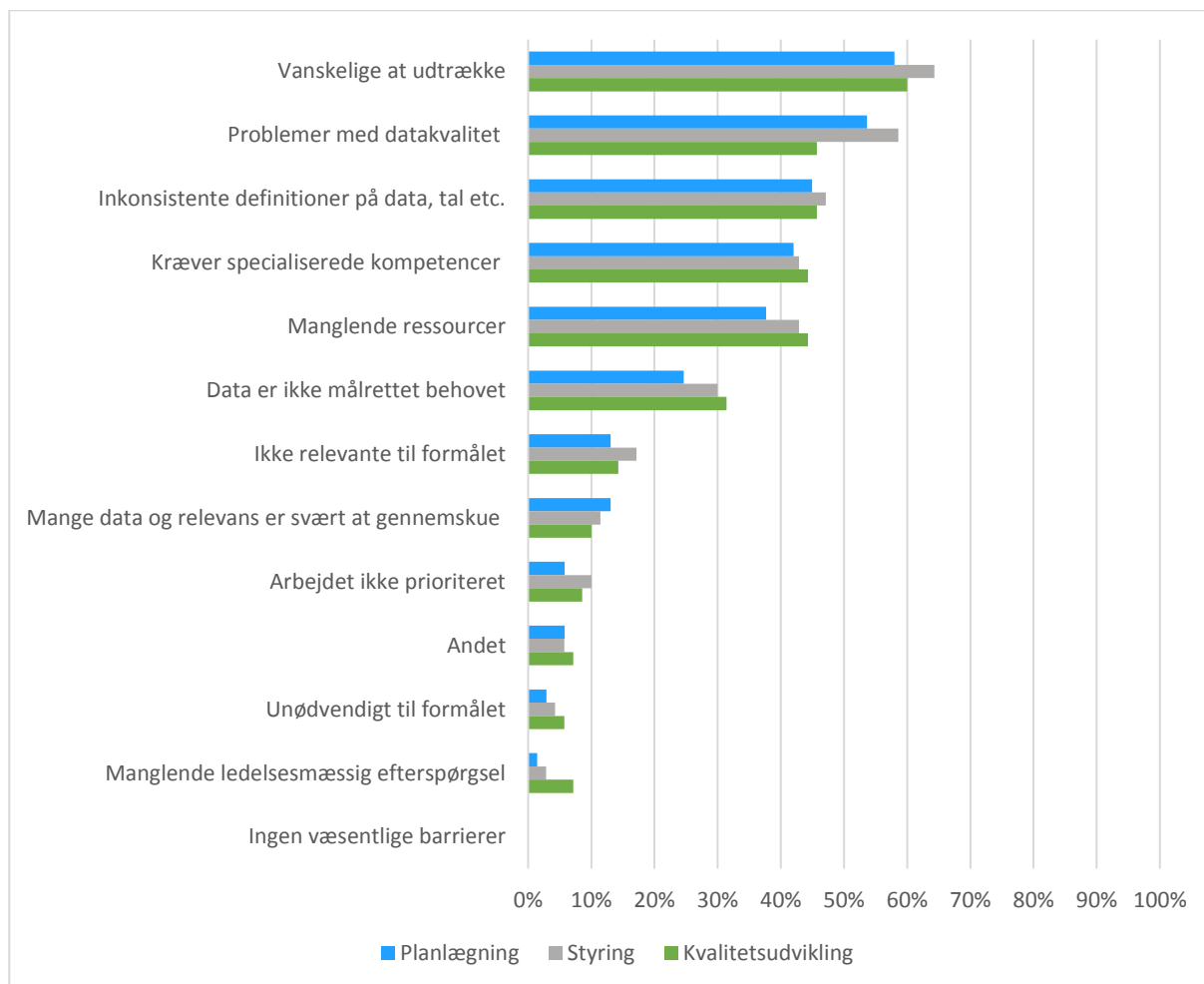
Sammenlignes resultaterne med brugen på tværs af de øvrige fagområder, ses det, at styringsformålet flugter med den tværgående brug, om end de udførende ledere ligger lidt højere på dette område (se Figur 9). I forhold til de to øvrige formål flugter resultaterne med de tværgående, om end de udførende ledere ligeledes i lidt højere grad bruger data til kvalitetsudvikling på dette område.

5.5 Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?

I Figur 34 ses respondenternes svar i forhold til eventuelle barrierer for arbejdet med sundhedsdata på genoptræningsområdet. Det er iøjnefaldende, at det først og fremmest er de tekniske og personalemæssige barrierer, som fylder. Ca. 60% af kommunerne angiver, at de oplever problemer med at udtrække data og problemer med data kvalitet. Dette er en lidt højere andel sammenlignet med de øvrige områder (Figur 10).

40 % af kommunerne angiver, at de oplever barrierer i forhold til at have personaleresourcer nok til at bearbejde data, og at bearbejdningen kræver specialiserede kompetencer. Samme andel angiver, at det er en barriere, at der er inkonsistente definitioner på data. Et fåtal af kommunerne oplever, at det ikke er relevant at arbejde med sundhedsdata, eller at der mangler ledelsesmæssig prioritering og efterspørgsel. Disse barrierer er ligeledes vurderet højere end de tværgående tendenser.

Figur 34: Kommunernes barrierer for anvendelsen af sundhedsdata på genoptræningsområdet



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 på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad. Antallet af respondenter er hhv. 69 for planlægning samt 70 for styring og kvalitetsudvikling.

De uddybende svar fra spørgeskemaerne med hensyn til barrierer er især rettet imod problemer med datakvaliteten, som f.eks. kommer til udtryk ved, at det ikke er muligt at få indsigt i dybere årsagsforklaringer i ventedage samt at sammenligninger ofte ikke er mulige, hvis en borger f.eks. vælger at udskyde opstarten af et genoptræningsforløb. Datakvaliteten er også udfordret ved at det ikke er muligt at trække kvalitetsudviklingsdata ud af omsorgssystemet. Implementeringen af Fællessprog III identificeres også som en barriere i forhold til brugen af data på genoptræningsområdet.

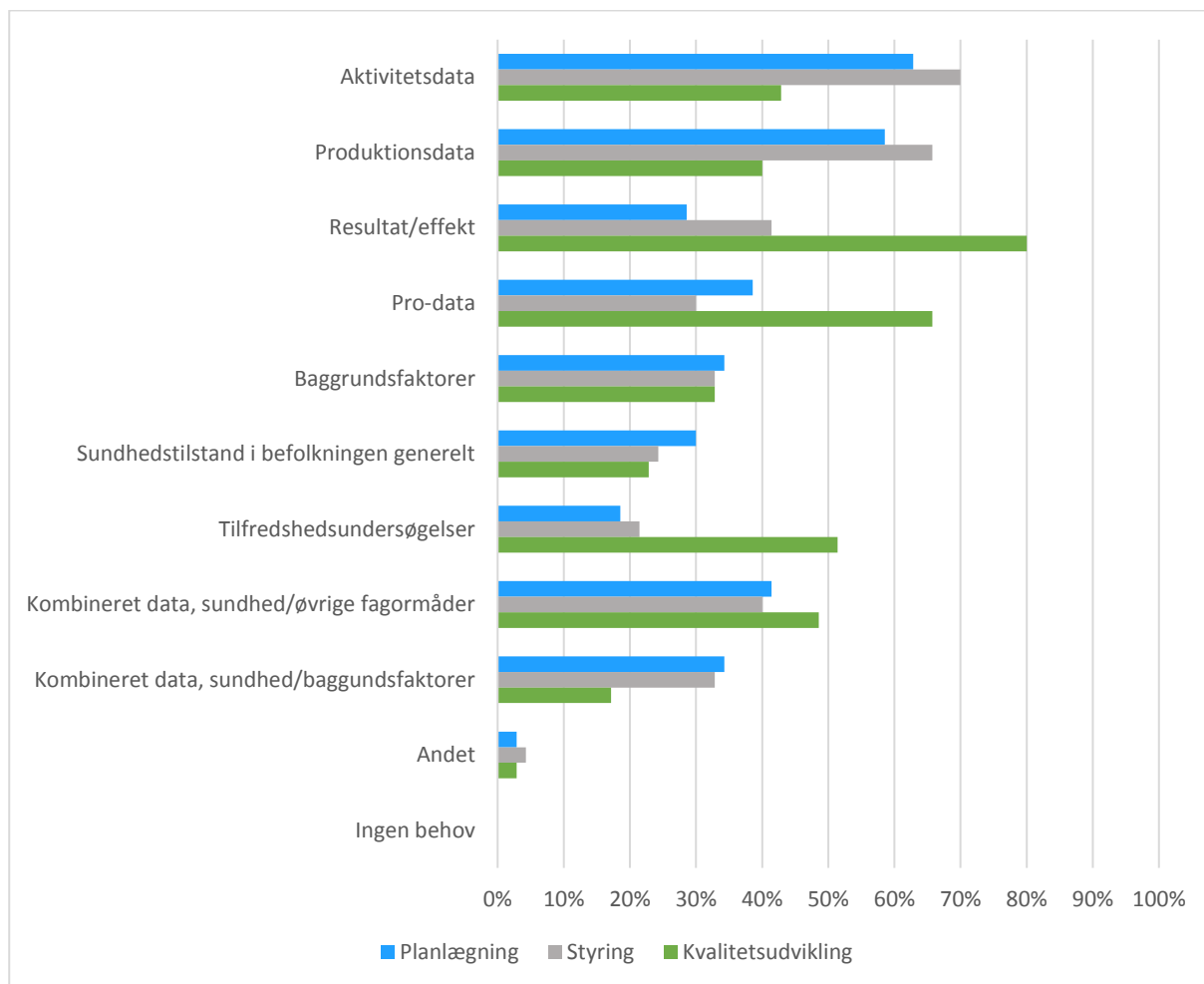
5.6 Hvilke typer data er der behov for?

80% af kommunerne ser et stort behov for data om resultater og effekt som led i den fremtidige kvalitetsudvikling på genoptræningsområdet. Også prodata og data fra tilfredshedsundersøgelser vurderes af et flertal af kommunerne at være vigtige for den fremtidige kvalitetsudvikling på området.

Ser man på styring, har 70% af kommunerne svaret at der er særligt behov for aktivitetsdata og dernæst kommer produktionsdata. Omkring 40% af kommuner efterspørger data om resultat/effekt og sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder i kommunen.

Hvad angår data til planlægning er det aktivitets- og produktionsdata der er størst efterspørgsel efter (omkring 60%), dernæst kommer sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder og sundhedsdata i kombination med geografiske, demografiske eller økonomiske data (35-42%).

Figur 35: Kommunernes største behov for formål og sundhedsdatatyper indenfor genoptræningsområdet



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 krydser). 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 70.

I uddybende besvarelser nævnes det, at der er behov for bedre landsdækkende statistikker f.eks. i forhold til ventetid samt standardiserede og systematiserede rapporter på kommuneniveau. Data på ventetid er et stort fokuspunkt særligt i forhold til at koble denne data med borgernes helbredstilstand og oplevelse af kvalitet. Dertil kommer et behov for sundhedsdata, som understøtter forløbsstakegangen.

5.7 Opsummering af hovedtendenserne på genoptræningsområdet

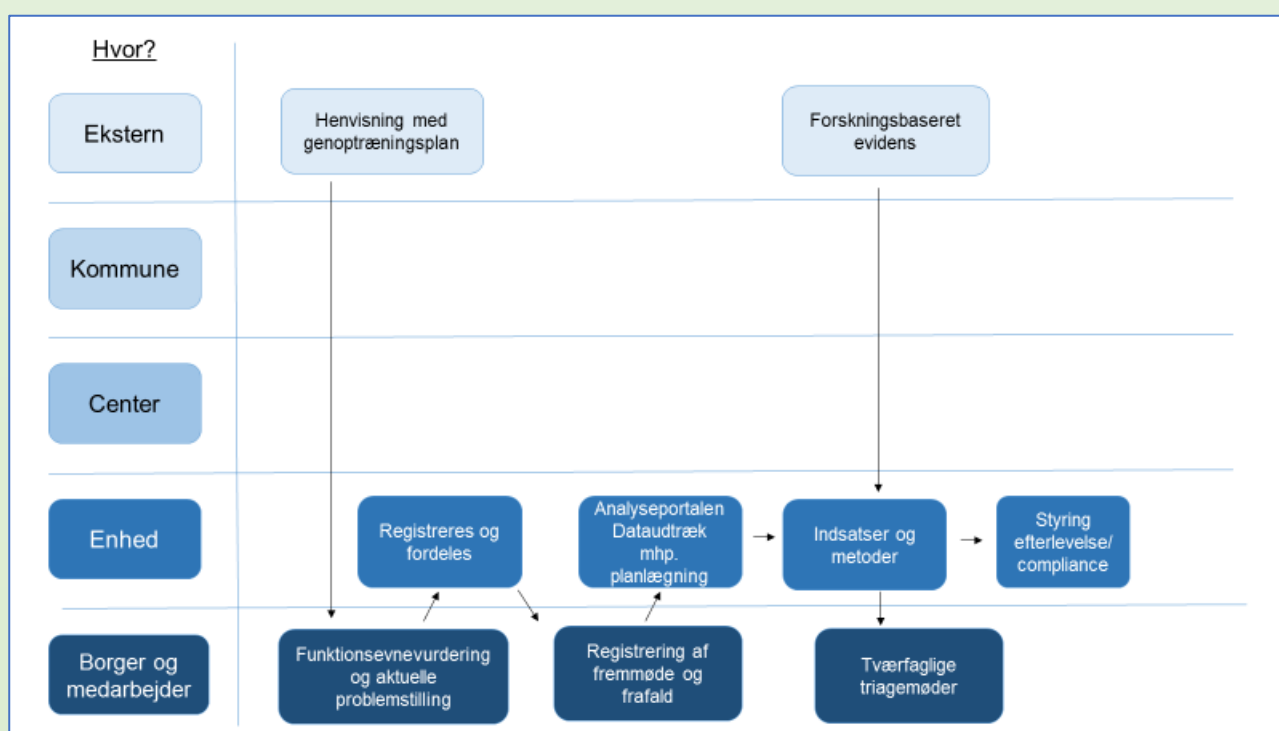
- Ca. 60% af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad til planlægning- og styringsformål, hvorimod færre kommuner (52%) anvender data i samme høje grad til kvalitetsudviklingsformål.
- Kommunerne angiver, at de bruger data fra fagsystemerne systematik om end med svingende hyppighed. Herefter følger data indsamlet fra lokale løsninger og data fra regionen og andre myndigheder.
- Området har en højere anvendelsesgrad af data i forhold budgettering, ressource- og kapacitetsplanlægning samt til at identificere fokusområder og mål.
- Sundhedsdata anvendes i lidt højere grad til budgetopfølgning og aktivitetsstyring sammenlignet med de øvrige områder (med undtagelse af hjemmepleje- og hjemmesygeplejeområdet).
- I forhold til kvalitetsudvikling følger området den gennemsnitlige brug, idet planlægning af og opfølgning på indsatser, samt faglig ledelse og udvikling af faglig praksis er de delopgaver, hvor sundhedsdata oftest bringes i anvendelse (39-47% i høj grad).
- Samarbejdet med regionen følger de tværgående tendenser, om end databruken er lidt højere særligt mhp. kvalitetsudvikling. Den modsatte tendens gør sig gældende for samarbejdet med almen praksis, som på genoptræningsområdet ligger meget lavere.
- Der bruges særligt aktivitets- og produktionsdata. Der er en lidt højere anvendelsesgrad end den gennemsnitlige, mens data om resultater og effekter flugter med den gennemsnitlige brug. De øvrige typer sundhedsdata har kun en begrænset udbredelse.
- I næsten alle kommunerne anvendes sundhedsdata til planlægning i alle dele af organisationen, mens data anvendes til styring i 60-75% af kommuner af forvaltningschefer og udførende ledere og i noget mindre grad af politikere, direktion og medarbejdere. Sundhedsdata anvendes til kvalitetsudvikling af de udførende ledere og medarbejderne i hhv. 100% og 93% af kommunerne. Mens den tilsvarende andel for forvaltningschefer er 77% og blandt politikere og direktion en del lavere (30-37%).
- Andelen af kommunale aktører, som bruger data til styringsformål, er langt mere fremtrædende på dette område. Den eneste gruppe, hvor styringsformålet ligger en smule lavere end det gennemsnitlige er ift. medarbejderne.
- Det er først og fremmest de tekniske og personalemæssige barrierer, der fylder for kommunerne. Omkring 60% angiver, at de oplever problemer med at udtrække data og problemer med datakvalitet. Oplevelsen af barrierer er højere end på de øvrige områder.
- 80% af kommunerne ser et stort behov for data om resultater og effekt, som led i den fremtidige kvalitetsudvikling på genoptræningsområdet. Også prodata og data fra tilfredshedsundersøgelser vurderes af et flertal af kommunerne at være vigtige for den fremtidige kvalitetsudvikling på området.
- Der efterspørges endelig aktivitetsdata, produktionsdata efterfulgt af data om resultat/effekt til styring og planlægning

5.8 Case 1: Anvendelse af sundhedsdata i genoptræningsindsatsen i Sorø Kommune

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces med en borger med det formål, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne – bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

I Sorø Kommune tager et genoptræningsforløb udgangspunkt i en individuel vurdering af borgerens træningsbehov, dennes funktionsevne samt den aktuelle problemstilling, som borgeren har været i behandlet for. Til understøttelse af dette bruges, som illustreret i Figur 36, en række forskellige sundhedsdata.

Figur 36 Brug af sundhedsdata på genoptræningsområdet i Sorø Kommune



Brugen af sundhedsdata understøtter primært Sorø Kommunes arbejde på genoptræningsområdet med effektiv planlægning og opfølgning på de gennemførte indsatser. Når borgerne visiteres til et genoptræningsforløb, sker dette med en henvisning fra sygehuset via en genoptræningsplan (G-GOP) efter Sundhedslovens § 140 eller via henvisning fra egen læge mv. efter Sundhedslovens § 119 rettet imod forebyggelse og sundhedsfremme.

Med udgangspunkt i genoptræningsplanen koblet med vurderinger af borgerens funktionsevne, behandlingsforløb samt aktuelle problemstilling tages der stilling til, hvad den konkrete borgers træningsbehov er. På baggrund heraf udarbejdes en plan med tilhørende mål for genoptræningsforløbet og borgeren registreres og placeres på det relevante genoptræningstilbud.

Medarbejderne registrerer løbende fremmøde, frafald, deltagelses- og gennemførelsesprocenter samt hvilke aktiviteter, som udføres. Data, registreres i kommunens fagsystem NEXUS, ovenpå hvilken data opsamles og aggregeres i rapporteringsværket Analyseportalen. Data i Analyseportalen opdateres dagligt og kan filtreres i forhold til specifikke

målgrupper, fx køn og alder. Dataudtræk fra Analyseportalen kan på denne måde anvendes til at følge op på økonomi, frekvenser og kompleksitet samt til planlægning af konkrete indsatser.

Samtlige faggrupper har adgang til borgerens journal og kan via en app med et fælles journal-/ændringsskema triagere borgeren løbende, når der observeres ændringer hos denne. Disse skemaer bruges i forbindelse med tværfaglige triage-møder med deltagelse fra visitationen og medarbejdere fra sundheds-, genoptræning samt hjemmeplejen. Her drøftes fællesfaglige problemstillinger med udgangspunkt i borgeren og dennes behov og den fælles adgang til journalen gør her, at det altid er muligt at tilgå yderligere oplysninger om borgeren, hvis nødvendigt.

Selve udvælgelsen af indsatser og metoder baserer sig primært på forskningsbaseret evidens om virksomme metoder, mens den indsamlede sundhedsdata i denne sammenhæng bruges i et styringsperspektiv til at følges op på efterlevelse/compliance. Det vil sige, hvorvidt de nødvendige screeninger af borgerne gennemføres (f.eks. ernærings-screeninger for dysfagi (synkebesvær)) og ligeledes hvorvidt de prioriterede indsatser og metoder udføres.

Samarbejde med Sorø Kommunes Akutteam

En vigtig snitflade for genoptræningsområdet er samarbejdet med kommunens Akutteam. Sorø Kommunes Akutteam arbejder med at forbedre og styrke indsatsen for borgere, der udskrives fra sygehuset. Målet er at forebygge genindlæggelser, skabe tryk i udskrivelsen samt sikre, at den rehabiliterende indsats igangsættes på det rette tidspunkt. Når borgerne udskrives med en genoptræningsplan efter Sundhedslovens § 140 foretages der screeninger af borgerens funktionsevne og aktuelle problemstillinger ud fra hvilket det besluttes hvad borgerens konkrete behov er.

Med henblik på at sikre, at borgeren får det rette tilbud har man i Sorø Kommune udviklet et tværfagligt notat, et såkaldt META-notat, som dækker områderne Medicin, Ernæring, Træning og Aktivitet. Notatet bruges på de tværfaglige møder og tanken er, at alle relevante faggrupper skal komme med input til udfyldelse af notatet. Løsningen er opbygget således at de vigtigste punkter opsummeres på max én A4-side I Akutteamet har man ligeledes indført et lignende notat, hvor sygepleje, terapeut og visitator kan skrive deres kommentarer til borgeren. Notaterne giver et overblik over hvad de forskellige fagprofessionelle syn på borgerens og dennes problemstillinger er. Formålet er at give frontmedarbejderne et overblik over hvilke beslutninger der er drøftet på det tværfaglige møde, hvad der er sket hos borgeren siden sidst og hvad den videre plan for borgeren er.

Resultater

Arbejdet med sundhedsdata har på nuværende tidspunkt betydet, at der er skabt relevant ledelsesinformation i forhold til aktivitetsdata. Ledelsesinformation, som kan understøtte planlægningen i enheden. Brugen af sundhedsdata er dog stadig under udvikling på genoptræningsområdet i Sorø Kommune. Fremadrettet ønsker man særligt at kunne trække og bruge relevant sundhedsdata til understøttelse af kvalitetsudviklingen af indsatser og forløb samt ikke mindst effekten af disse. Et andet fokuspunkt er, at der skabes en mere systematisk inddragelse af borgeren med henblik på, at der kan skabes et samlet borgerbillede med efterfølgende målrettede indsatser. Det vil sige, at der skabes data, der understøtter at borgeren "følges hjem" og at der dermed ikke skabes en ny sektorovergang.

Det nye fælles journalark på den enkelte borger har skabt en fælles platform for de tværfaglige møder om borgeren. Formålet med disse møder er ud fra en rehabiliteringstilgang at "komme hele vejen rundt" om borgeren med særligt fokus på ernæring, pleje, genoptræning mv. Disse tværfaglige møder, hvor man på basis af data skaber et fælles ståsted, har vist sig at have stor betydning i forhold til den interne kompetenceudvikling og samarbejdet på tværs af faggrupper.

Metoden har vist sig at være så succesfuld, at den er udbredt til andre dele af organisationen herunder i forhold til borgere i plejeboliger.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Et vigtigt succeskriterium for at sundhedsdata kan understøtte planlægningen og styringen i Sorø Kommune er, at der bruges tid og ressourcer på at forstå det til tilgængelige data samt de muligheder og begrænsninger den konkrete sundhedsdata giver. Tilgangen til et fælles datagrundlag er her helt centralt for skabelsen af et tværfagligt samarbejde, hvor medarbejdere kan mødes og sammen skabe et fælles, oplyst billede af borgeren.

Arbejdet med at skabe et solidt datagrundlag er dog ikke ukompliceret og udfordres af, at det ofte er svært at trække data ud af systemerne og efterfølgende lave de relevante koblinger. Der er som sådan adgang til meget sundhedsdata og information om borgeren. Den registrerede data er dog ofte karakteriseret ved at være kvalitativ og derfor svær at opsamle og aggregere. En anden udfordring i forhold til den tilgængelige sundhedsdata er, at sundhedsdata fra nationale databaser, såsom KØS, ofte kun opdateres en gang årligt. Dette besværliggør den daglige brug og gør at det er svært at agere på denne data i den daglige styring. Et eksempel her er indsatser i forhold til forbyggelige genindlæggelser.

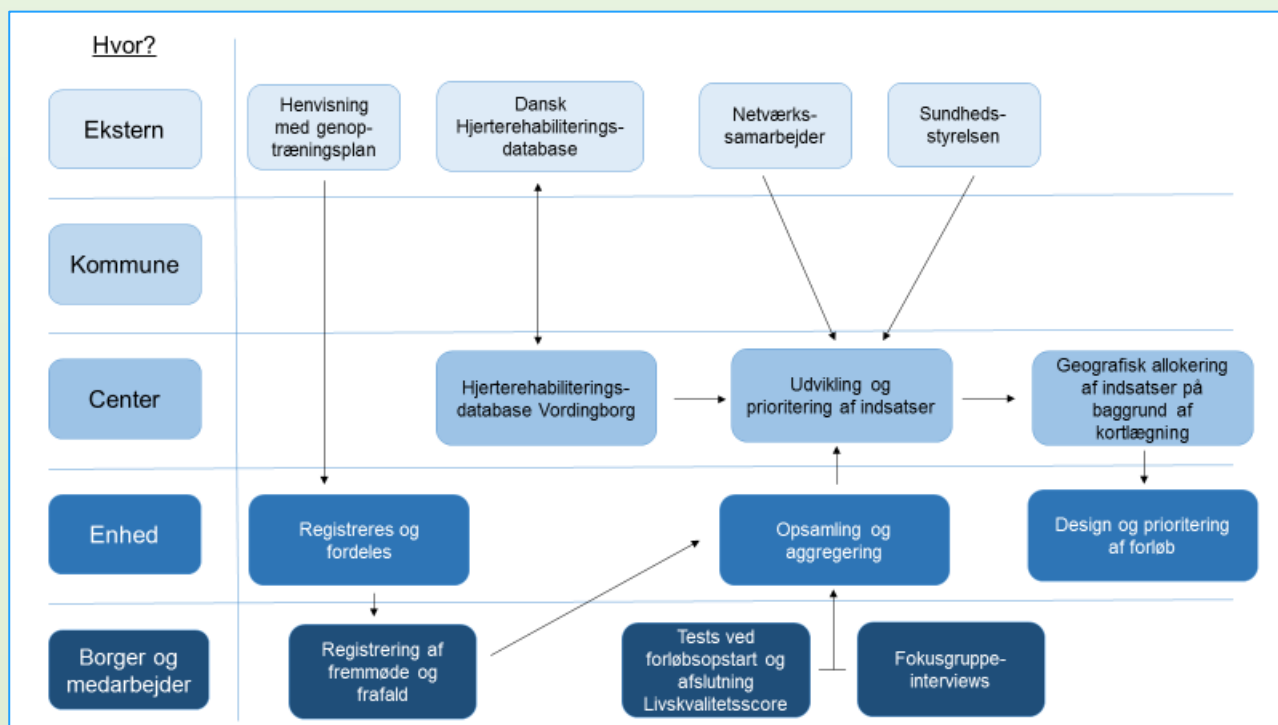
Et kontinuerligt arbejde med data udfordres endeligt særligt af systemændringer, herunder ikke mindst i tilfælde af indførelsen af nye omsorgssystemer. Sådanne skift umuliggør i realiteten sammenligning på tværs af år, hvilket er med til at gøre det svært at følge udviklingen og effekten af indsatserne i et mere langsigtet perspektiv.

5.9 Case 2: Hjerterehabilitering i Vordingborg Kommune

I Vordingborg Kommune har man sammen med Guldborgsund og Lolland kommuner i det tværsektorielle projekt "Tæt på dig" valgt at hjemtage hjerterehabiliteringsindsatsen fra Nykøbing F sygehus. Hjerterehabiliteringsindsatsen har til formål at sikre en blivende livsstilsforandring hos borgeren. Inden hjemtagningen lå Fase 1 og 2 af hjerterehabiliteringsindsatsen på sygehuset, imens den 3. og sidste fase blev varetaget i kommunalt regi. Data fra regionen sammenholdt med Vordingborg Kommunes egne data på deltagelsesfrekvenser og fremmøde viste dog faldende deltagelse. En tendens, som var med til at underbygge antagelsen om, at en del borgere ikke gennemførte deres rehabiliteringsforløb. Noget som bl.a. blev tilskrevet store geografiske afstande til lokationerne hvor hjerterehabiliteringen blev udbudt.

Med hjemtagningen er en stor del af fase 2 af hjerterehabiliteringen overdraget fra hospitalerne til Vordingborg Kommune og til arbejdet med dette benyttes en række forskellige data. Figur 61 viser hvordan data understøtter udvikling og prioritering af indsatser og forløb i forbindelse med kommunes hjerterehabiliteringsindsats.

Figur 37: Brugen af sundhedsdata på genoptræningsområdet i Vordingborg Kommune



Brugen af data understøtter primært forvaltningens arbejde med at planlægge og prioritere indsatser samt imod opfølgning på borgernes deltagelse, generelle motivation og udbytte af deres deltagelse i hjerterehabileringsforløbet. Når borgerne visiteres til et hjerterehabileringsforløb, sker dette med en henvisning fra sygehuset via en genoptræningsplan (G-GOP) efter Sundhedslovens § 140 eller via henvisning fra egen læge eller lignende efter Sundhedslovens § 119 rettet imod forebyggelse og sundhedsfremme. Planlægning af forløb sker med udgangspunkt i dette og borgerne registreres og sættes på fordelingslister fordeles derefter på de relevante forløb.

Udgiften til hjerterehabilering på sygehuset (den specialiserede genoptræning) følges med KØS data

Der laves løbende opfølgning på fremmøde, frafald og gennemførelsesprocenter samt på hvilke aktiviteter som fastholdes. Tal som udtrækkes fra kommunens fagsystem. Derudover registreres der og følges op på data fra en hjerterehabileringsdatabase. En vigtig forudsætning for hjemtagelse var at Vordingborg Kommune var i stand til at kunne lave de lovpligtige indderbetninger om borgerne til Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DEFACTUM). Database indsamler sundhedsfaglige data om hjerterehabilering på alle danske sygehuse med henblik på at ensrette hjerterehabileringsindsatser. Som en del af hjemtagelsen har Region Sjælland i forbindelse med projektet derfor købt sig adgang til og registrer i en hjerterehabileringsdatabase understøttet af Region Midtjylland – DEFACTUM database.

I forhold til den enkelte borger måles på disses fysiske funktionsniveau, motivation og mål før og efter deres deltagelse i hjerterehabileringsforløbet. Data der laves halvårslige opfølgning på. Dette suppleres med data, udfyldt af borgeren selv eller med hjælp fra en terapeut, som giver en indikation om borgerens vurdering af egen livskvalitet med fokus på måling af helbredsrelateret livskvalitet samt screening for depression og angst. Denne data bruges til at styre og følge op på frafald samt til stillingstagning i forhold til den enkelte borger. Vordingborg Kommune har løbende fokus på at indsamle og følge op på mere kvalitative data om borgernes oplevelser. Dette sker bl.a. gennem afholdelse af fokusgruppeinterviews med borgerne. Evidens fra Sundhedsstyrelsen og

erfaringer fra netværkssamarbejder med andre kommuner indgår her også løbende i Vordingborg Kommunes kvalitetsudvikling.

De detaljerede individuelle data aggregeres særligt med fokus på sammenhængen mellem aktivitet og økonomi. Den enkelte tovholder forholder sig til de overordnede tal, men også i den samlede løbende evaluering ift. hvordan kommunens tilbud eventuelt skal tilpasses. For at sikre høje gennemførselsprocenter bruges der i denne sammenhæng data om geografi og borgernes bopæl til udvælgelse af de fysiske placeringer af indsatser og fordeling af borgerne på tilbud. Sammen med den aggregerede data om aktivitet og borgerne fysiske og psykiske tilstand indgår derfor i den løbende udvikling, prioritering af indsatser samt til design af konkrete forløb.

Resultater

Et centralt resultat for Vordingborg Kommune har været, at det har været muligt at øge antallet af borgere, som har gennemført deres hjerterehabiliteringsforløb. Det er sket sideløbende med et fald i udgifterne til det specialiserede område. Data om økonomi og aktivitet har her vist at der efter hjemtagningen rehabiliteres 3 gange så mange for de samme penge.

Internt i forhold til medarbejderne har inddragelse i opfølgningen samt i de løbende justeringer koblet brugen og opsamlingen af de personlige borgerfortællinger været med til at give energi tilbage til medarbejderne. Noget som har været med til at kvalitetssikre eksisterende forløb samt givet anledning til at udvikle og prioritere andre og nye indsatser.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Arbejdet med data kræver overordnet, at der investeres tid og ressourcer i at lære, hvordan data udtrækkes, behandles og bruges således at det kan understøtte leveringen af kerneydelsen. Det er ikke en ukompliceret øvelse og det opleves ofte som svært at trække data ud fra systemerne og herunder ikke mindst at identificere, hvilke af de tilgængelige data som rent faktisk er relevante til f.eks. at planlægge, styre og kvalitetsudvikle.

Tværfaglighed og brugerperspektivet på genoptræningsområdet er centralt i Vordingborg Kommune også med henblik på at gøre arbejdet med data er relevant. Da der arbejdes i et system, hvor ressourcerne til tider er pressede, er det vigtigt at kunne følge op på, hvorvidt brugen ressourcer også medfører den ønskede effekt. Data og deraf følgende løbende inddragelse af borgerne er derfor et centralt pejlemærke på genoptræningsområdet. Et vigtigt succeskriterium er her at kunne trække og følge op på relevant data om borgerne. Dette med henblik på strategisk brugerinddragelse i planlægningen, under borgerens forløb og i selve forløbsevalueringen. Overordnet med det formål at forbedre indsatserne og skabe best practice.

En vigtig forudsætning for at hjemtage rehabiliteringen var, at Vordingborg Kommune var i stand til at indberette data til hjerterehabiliteringsdatabasen. Oprindeligt var det egentligt et krav fra kommunens side, at den nye kliniske database skulle kunne arbejde sammen med kommunens fagsystemer. Dette har dog ikke været muligt, hvilket betyder at der udføres en del dobbeltregistreringer. Udover, at det selvfølgelig har krævet en økonomisk investering at etablere adgang til hjerterehabiliteringsdatabasen, er det også en udfordring, at databasen er bygget til og primært bruges i regi af sygehuse. Databasen bygger for nuværende på de samme indikatorer, som i sygehusvæsenet og disse er ikke altid, set fra en kommunal kontekst, relevante indikatorer i forhold til opfølgning på effekter. Her kunne man med fordel inkorporere data og relevante indikatorer for borgernes forløb, praksis ift. pro-data med henblik på at gøre den indsamlede sundhedsdata mere kommunalt relevant.

6 Forebyggelsesområdet

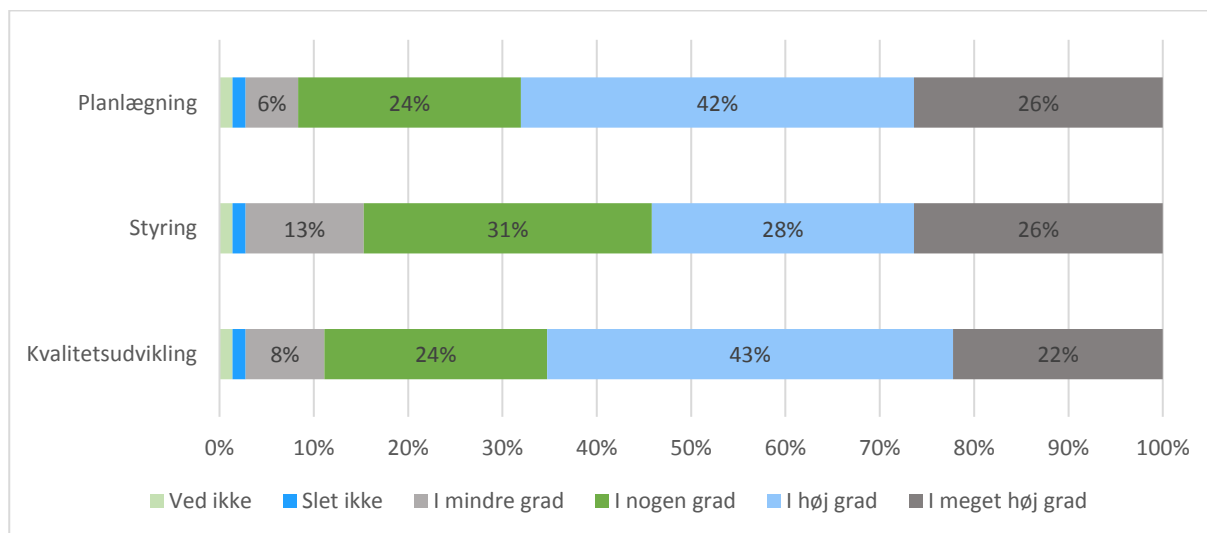
I følgende kapitel kortlægges kommunernes anvendelse af sundhedsdata på forebyggelsesområdet. Først kortlægges anvendelsen af sundhedsdata, herunder hvor systematisk brugen er. Kapitlet kortlægger, hvad sundhedsdata anvendes til, hvilke datatyper, som anvendes og hvem i den kommunale organisation, som anvender data. Derudover kortlægges de relevante barrierer for arbejdet med sundhedsdata og endelig hvilke data, der efterspørges på området. Kapitlet afsluttes med et konkrete case-eksempel på, hvordan sundhedsdata anvendes på forebyggelsesområdet i en kommune.

Spørgeskemaet er udsendt til de kommunale sundhedschefer, som er blevet bedt om at videresende det til den leder/medarbejder, der har ansvaret for forebyggelsesområdet. Afgrænsningen er således i et vist omfang bestemt af kommunernes organisering, og der er i spørgeskemaundersøgelsen ikke skælnet mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse.

6.1 Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?

Figur 38 illustrerer, hvor meget kommunerne anvender sundhedsdata på forebyggelsesområdet. Figuren opsummerer kommunernes brug på tværs af de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Det illustreres i figuren, at 68 % anvender data i høj eller meget høj grad til planlægning, mens mellem 8 og 15 % anvender data i mindre grad eller slet ikke (inkl. ved ikke). Figuren illustrerer desuden, at anvendelsen af data til styring adskiller sig fra de resterende formål. Kun 28 % af kommunerne anvender data i høj grad, modsat planlægnings- og kvalitetsudviklingsformål, hvor 42-43 % anvender data i høj grad. Deraf er der også cirka 1/3 af kommunerne der kun anvender data i nogen grad til styringsformål mod cirka 1/4 på de resterende områder.

Figur 38: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata til forskellige formål på forebyggelsesområdet

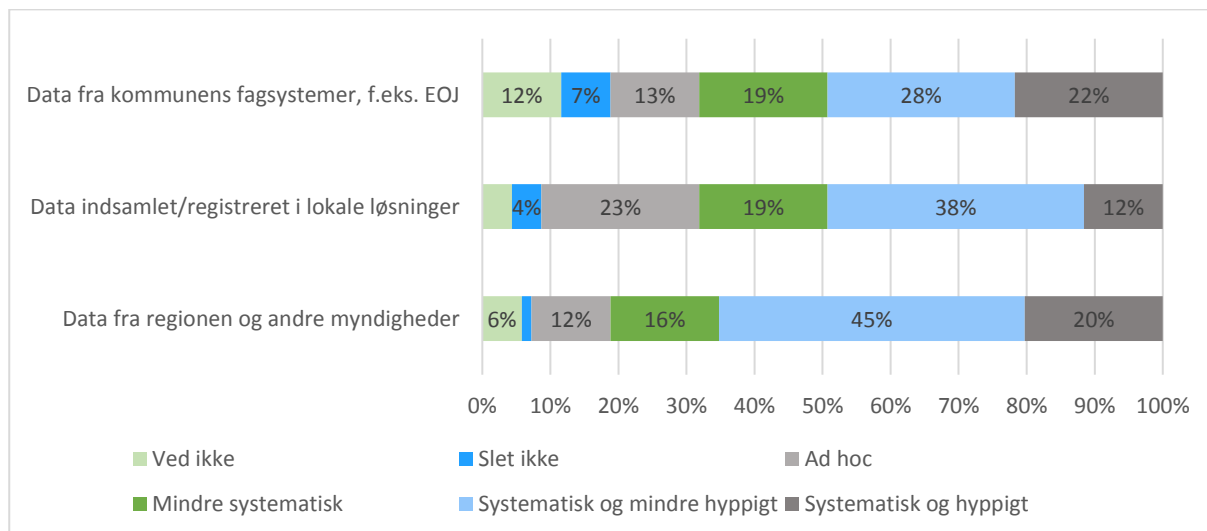


Figurnote: Procenterne i figuren er på baggrund af spørgsmålet *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* i spørgeskemaet Sundhedsdataundersøgelsen. Antallet af respondenter er 70.

Sammenlignes anvendelsen på forebyggelsesområdet med anvendelsesgraden på tværs af de seks fagområder (se Tabel 5), ses det, at anvendelsesgraden følger den tværgående tendens.

Som en del af kortlægningen er det undersøgt, hvor systematisk brugen af sundhedsdata er fra specifikke kilder er. Som det ses i Figur 39, er det særligt data fra regionen og andre myndigheder som anvendes på forebyggelsesområdet, derefter følger data fra kommunernes fagsystemer og data indsamlet fra lokale løsninger.

Figur 39: Den systematiske anvendelsesgrad af sundhedsdata fra forskellige kilder i kommunen på forebyggelsesområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune? Antallet af respondenter er 69.

6.2 Hvad anvendes data til?

I undersøgelsen er der spurgt ind til, hvilke delopgaver under de tre hovedformål – planlægning, styring og kvalitetsudvikling, som kommunerne hyppigst anvender sundhedsdata til. De detaljerede besvarelser kan ses i bilaget. Disse resultater suppleres i det følgende med, hvorvidt sundheds- og ældredata indgår i samarbejdet med regionen og almen praksis og afsnittes afsluttes med konkrete eksempler på anvendelse. Hovedtendenserne er som følger:

Ad planlægning:

74% af kommunerne anvender i høj grad eller i meget høj grad sundhedsdata på forebyggelsesområdet til identifikation af fokusområder og mål, samt planlægning af indsatser. 40% af kommunerne anvender i høj grad eller meget høj grad sundhedsdata til ressource- og kapacitetsplanlægning. Kun omkring hver tredje kommune anvender i høj grad eller meget høj grad sundhedsdata til at koordinere mellem enheder.

Sammenlignet med den tværgående analyse ses det, at sundhedsdata i langt højere grad bliver brugt til at identificere fokusområder og mål sammenlignet med den tværgående brug. Mens resultaterne for den øvrige brug flugter med den tværgående anvendelse (se Figur 4).

Ad styring

50% af kommuner anvender i høj grad sundhedsdata til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser, dertil kommer 36% der anvender dem i nogen grad, dvs. i alt 83% af kommuner anvender data i nogen grad eller høj grad. Lidt færre (69%) anvender sundhedsdata i nogen grad eller høj grad til opfølgning på budgetter. Endvidere anvender knap halvdelen af kommunerne i høj grad sundhedsdata til aktivitetsstyring.

Sammenlignet med den tværgående analyse ses det dermed at data på forebyggelsesområdet i højere grad bruges til opfølgning på mål og indsatser og i mindre grad til at oversættelse serviceniveau til fælles faglig praksis, Figur 5.

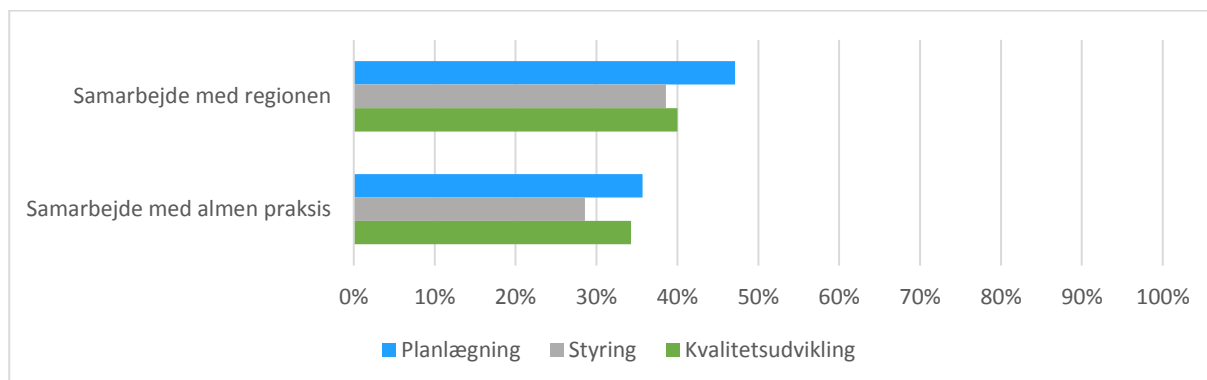
Ad kvalitetsudvikling

I forhold til kvalitetsudvikling ses det, at planlægning af og opfølgning på indsatser, samt faglig ledelse og udvikling af faglig praksis er de delopgaver, hvor sundhedsdata oftest bringes i anvendelse (51-54% i høj grad). Også anvendelse af data til identifikation af og opfølgning på fokusområder og mål ligger højt. Sammenlignet med den tværgående analyse ses det dermed, at data på forebyggelsesområdet i højere grad bruges til planlægning af og opfølgning på indsatser og i mindre grad til koordination mellem enheder, se Figur 5.

Ad samarbejde

47 % af kommunerne har svaret, at de anvender sundhedsdata på forebyggelsesområdet til planlægning i deres samarbejde med regionen. Det er blot 36% af kommunerne der har svaret at de anvender sundhedsdata til planlægning i samarbejdet med almen praksis. 39% af kommunerne har svaret, at de anvender data til styring og 29% til kvalitetsudvikling i samarbejde med regionen. De tilsvarende svar for samarbejdet med almenpraksis er 29% vedrørende styring og 34% vedrørende kvalitetsudvikling. En anvendelsesgrad der følger den tværgående brug, se Figur 7.

Figur 40: Anvendelsesgraden af sundhedsdata i kommunesamarbejder på forebyggelsesområdet



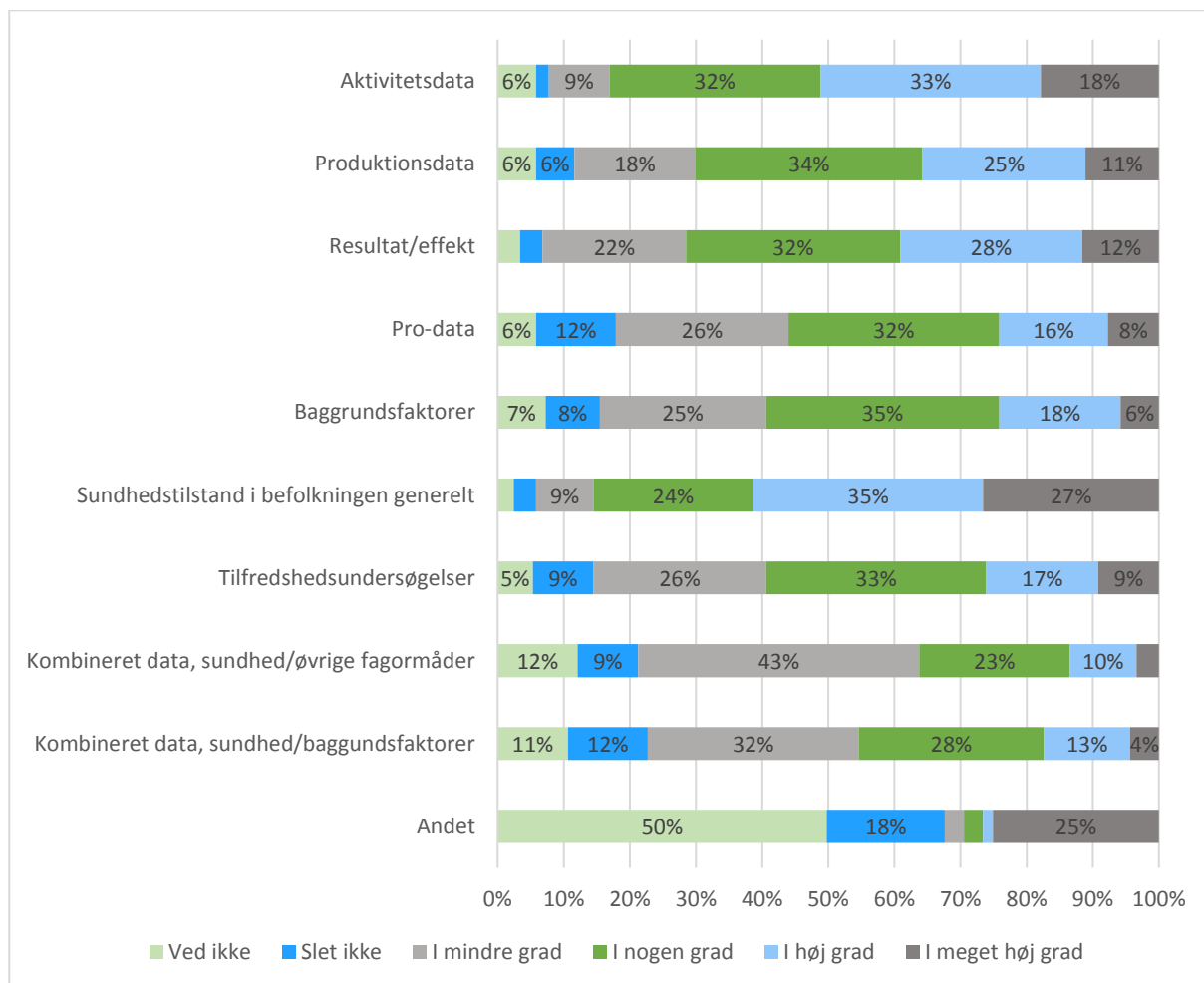
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilke eksterne samarbejder har I på "angivet område" i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere kryds).* Antallet af respondenter er hhv. 70 for både planlægning, styring og kvalitetsudvikling

I en uddybende kommentar i spørgeskemaet har kommunerne givet gode eksempler på, hvordan de anvender sundhedsdata på forebyggelsesområdet. Sundhedsdata bruges særligt som et styringsredskab til prioritering af indsatser og til forebyggelse af indlæggelser og ikke mindst til at sikre kvaliteten i tilbuddene samt til samarbejdet med sygehusvæsenet og almen praksis. Data fra den Nationale Sundhedsprofil identificeres, som en vigtig kilde til data, som kan understøtte planlægning og udvikling af indsatser til specifikke målgrupper og problemstillinger. Data som f.eks. kobles med geografiske kortlægninger af ulighed i sundhed.

6.3 Hvilke typer af data anvendes?

I Figur 41 ses det, at data om sundhedstilstanden i befolkningen samt aktivitetsdata er klart de mest anvendte datatyper på forebyggelsesområdet. Hhv. 62% og 51% af kommunerne anvender i høj eller meget høj grad denne datatype. Herefter følger data om produktion og resultat/effekt, som i høj grad anvendes (hhv. 36 og 40%). Pro-data og baggrundsfaktorer, samt data fra tilfredshedsundersøgelser anvendes også en del i kommunerne. Anvendelsesgrader for samtlige datatyper ligger noget under gennemsnittet (se Figur 8).

Figur 41: Kommunernes anvendelsesgrad af forskellige typer sundhedsdata på forebyggelsesområdet

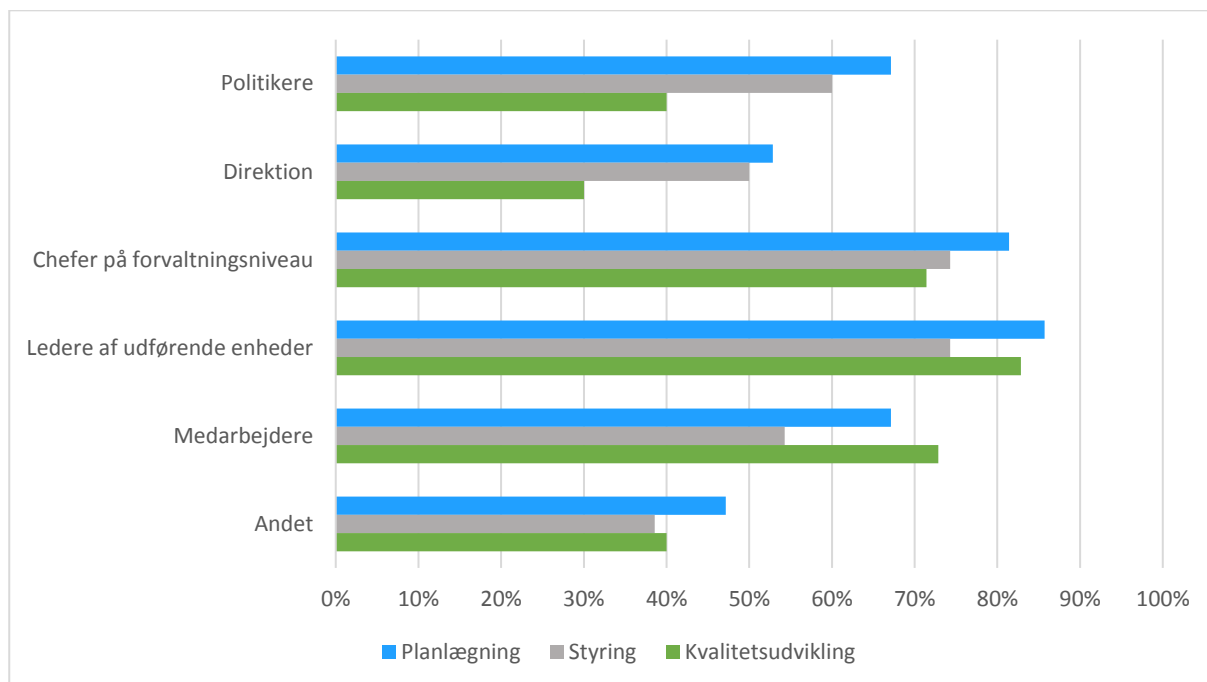


Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad anvender I disse typer af sundhedsdata til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne i figuren er opgjort ud fra et vægtet gennemsnit af de tre formål, planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Antallet af respondenter er 69 i hver kategori.

6.4 Hvem anvender sundhedsdata på området?

Figur 42 viser hvor i den kommunale organisation sundhedsdata anvendes på forebyggelsesområdet. Bemærk at anvendelsen er fordelt på de tre overordnede formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Figuren viser, at i langt hovedparten af kommunerne anvender forvaltningschefer og udførende ledere sundhedsdata til planlægning på forebyggelsesområdet (81-86%) og i noget mindre grad af politikere, direktion og medarbejdere. Sundhedsdata til styring anvendes i stort set alle kommuner af forvaltningschefer og udførende ledere og i noget mindre grad af politikere, direktion og medarbejdere. Sundhedsdata anvendes til kvalitetsudvikling af de udførende ledere og medarbejderne i hhv. 83% og 73% af kommunerne. Mens den tilsvarende andel for forvaltningschefer er 71% og blandt politikere og direktion en del lavere (30-40%).

Figur 42: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata på forskellige niveauer i organisationen på forebyggelsesområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *På hvilke niveauer i organisationen har i på angivet området i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere krydser)*. Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad (hjemmepleje-området). Antallet af respondenter er hhv. 70 for både planlægning, styring og kvalitetsudvikling

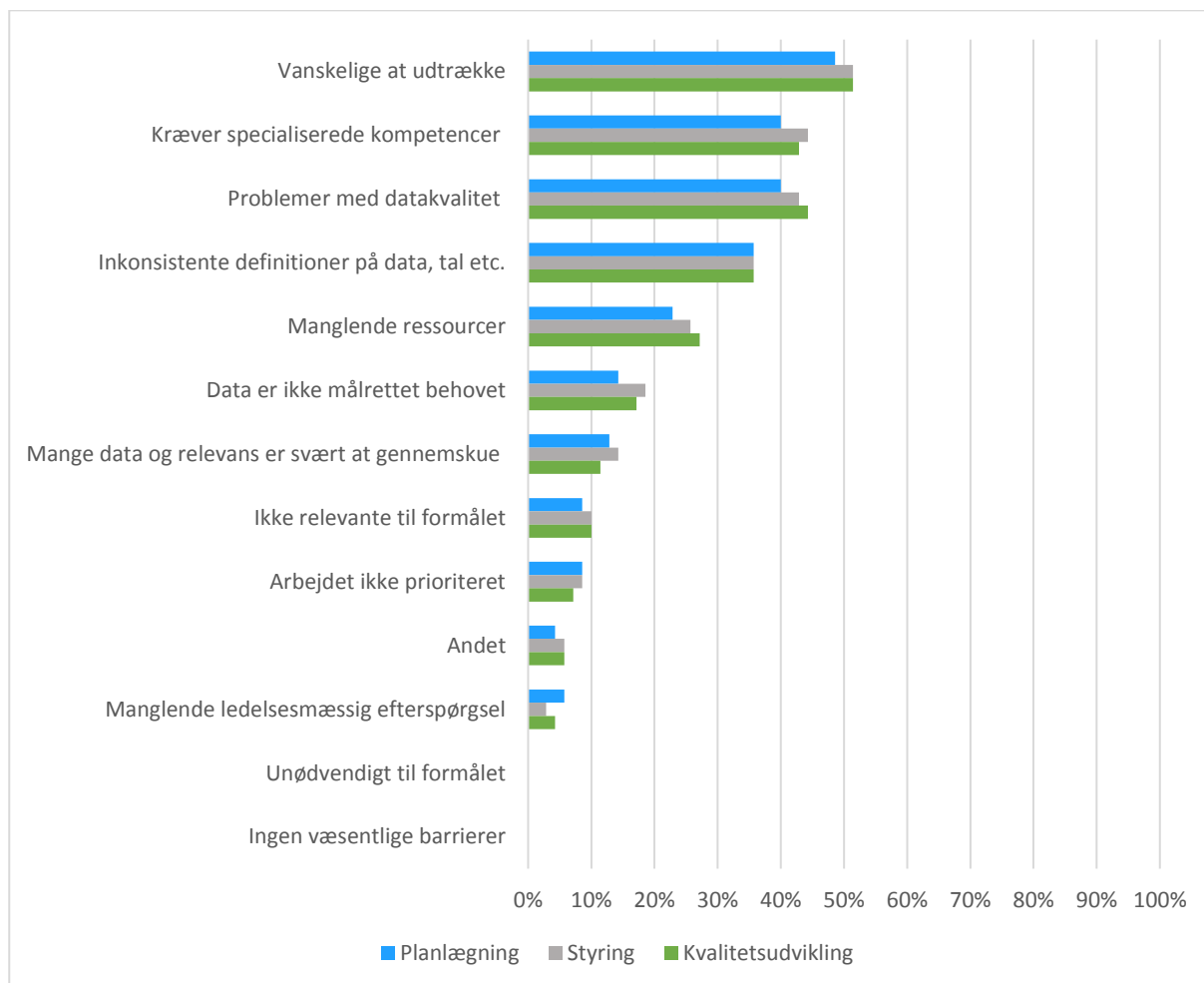
Sammenlignes resultaterne med brugen på tværs af de øvrige fagområder, ses det, at styringsformålet på forebyggelsesområdet i højere grad angives som værende et formål på tværs af organisatoriske niveauer (se Figur 9). På nær medarbejderne, som følger tendensen fra de øvrige områder. Det er værd at bemærke at ledere af udførende enheder i højere grad anvender sundhedsdata til planlægning og kvalitetsudvikling på dette område sammenlignet med de tværgående tendenser.

6.5 Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?

I figuren neden for er respondenternes svar ift. eventuelle barrierer for arbejdet med sundhedsdata på forebyggelsesområdet gengivet. Det falder ligesom på de øvrige områder igen i øjnene, at det først og fremmest er de tekniske og personalemæssige barrierer, der fylder for kommunerne.

Omkring 60% af kommunerne angiver, at de oplever problemer med at udtrække data og problemer med datakvalitet. Lidt over 40% af kommunerne angiver, at de oplever barrierer i forhold til at have personaleressourcer nok til at bearbejde og udtrække data og at bearbejdningen kræver specialiserede kompetencer. Det er her værd at bemærke, at oplevelsen af disse barrierer er i den høje ende sammenlignet med de øvrige områder. Et fåtal af kommunerne der oplever, at det ikke er relevant at arbejde med sundhedsdata, eller at der mangler ledelsesmæssig prioritering og efterspørgsel.

Figur 43: Kommunernes barrierer for anvendelsen af sundhedsdata på forebyggelsesområdet



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 på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad. Antallet af respondenter er hhv. 70 for både planlægning, styring og kvalitetsudvikling

De uddybende svar fra spørgeskemaerne med hensyn til barrierer er især rettet imod problemer med samkøring af data fra forskellige databaser og ikke mindst mod inkonsistente definitioner, som ses i forhold til parametre og konkret måling af data.

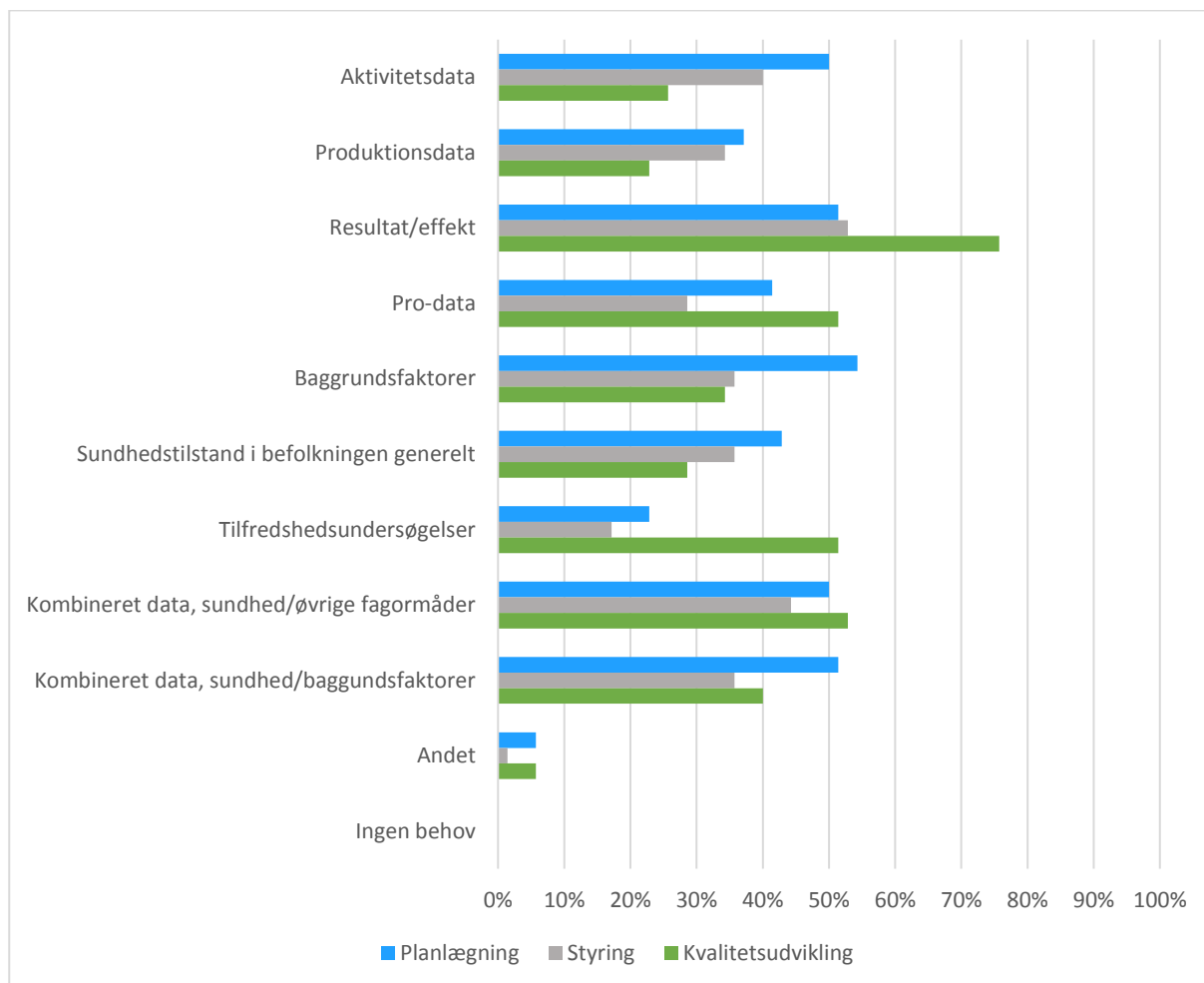
6.6 Hvilke typer data er der behov for?

76% af kommunerne ser et stort behov for data om resultater og effekt som led i den fremtidige kvalitetsudvikling på forebyggelsesområdet. Også prodata, data fra tilfredsundersøgelser og sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder i kommunen vurderes af et flertal af kommunerne at være vigtige for den fremtidige kvalitetsudvikling på området.

Ser man på styring, har over 50% af kommunerne svaret, at der er særligt behov for data for resultat og effekt, dernæst kommer sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder i kommunen og aktivitetsdata.

Hvad angår data til planlægning er det data for baggrundfaktorer der er størst efterspørgsel efter (55%), dernæst kommer aktivitets- og produktionsdata og sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder og i kombination med geografiske, demografiske eller økonomiske data (40-42%).

Figur 44: Kommunernes største behov for specifikke datatyper på tværs af formål på forebyggelsesområdet



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 krydser). 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 70.

I uddybende besvarelser nævnes et behovet for at kunne trække og bruge data fra andre områder, såsom beskæftigelses- og det specialiserede socialområde. Dertil kommer et behov for bedre benchmarking af indsatser. Endelig nævnes det, at der bør skabes data som muliggør udvikling og udtrækning af data på effekt og ikke mindst på det samlede forløb for borgeren for at understøtte forløbstankegangen.

6.7 Opsummering af hovedtendenserne på forebyggelsesområdet

- Ca. 70% af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad til planlægning. Dataanvendelsen til styring adskiller sig fra de to øvrige formål, idet en langt lavere andel bruger data til dette formål.

- Det særligt data fra regionen og andre myndigheder som anvendes på forebyggelsesområdet, derefter følger data fra kommunernes fagsystemer og data fra lokale løsninger. Dette er et anderledes mønster end på de øvrige områder
- Sundhedsdata anvendes i højere grad til at identificere fokusområder og mål sammenlignet med den tværgående brug. Ligeledes bruges data i højere grad til opfølgning på mål og indsats og i mindre grad til at oversættelse serviceniveau til fælles faglig praksis
- Sundhedsdata anvendes lidt mere i samarbejdet med regionen sammenlignet med samarbejdet med almen praksis. En anvendelse, som tendens som følger den tværgående brug. Der ses dog en højere tendens på begge områder sammenlignet med de øvrige områder.
- Aktivitetsdata og data vedrørende sundhedstilstanden i befolkningen er de mest anvendte datatyper (hhv. 62% og 51%). Herefter følger data om produktion og resultat/effekt (hhv. 36 og 40%). Pro-data og baggrundsfaktorer, samt data fra tilfredshedsundersøgelser anvendes også i en del i kommunerne. Anvendelsesgrader for samtlige datatyper ligger noget under gennemsnittet
- Sammenlignet med den gennemsnitlige brug, ses det, at styringsformålet i højere grad angives som værende et formål på tværs af organisatoriske niveauer. På nær medarbejderne, som følger tendensen fra de øvrige områder. Det er værd at bemærke at ledere af udførende enheder i højere grad anvender sundhedsdata til planlægning og kvalitetsudvikling på dette område sammenlignet med de øvrige områder.
- Det er først og fremmest de tekniske og personalemæssige barrierer, der fylder for kommunerne, herunder problemer med at udtrække data samt adgang til de rette kompetencer til udtrækning og bearbejdning af data. Oplevelsen af disse barrierer er i den høje ende sammenlignet med de øvrige områder
- Der er stort behov for data om resultater og effekt, som led i den fremtidige kvalitetsudvikling. Prodata, data fra tilfredshedsundersøgelser og sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder i kommunen vurderes af et flertal af kommunerne at være vigtige for den fremtidige kvalitetsudvikling på området.
- Styringsmæssigt efterspørges data for resultat og effekt, dernæst sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder i kommunen samt aktivitetsdata
- I et planlægningsperspektiv efterspørges data for baggrundsfaktorer, dernæst aktivitets- og produktionsdata samt sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder i kombination med geografiske, demografiske og økonomiske data.

6.8 Case: Hvordan data understøtter beslutninger om idriftsættelse af forebyggelsesprojekter Sønderborg Kommune

Sønderborg Kommune udmønter rammen til sundhedsfremme og forebyggelse på baggrund af kommissorier, der forelægges sundhedsudvalget. Kommunen har således løbende en portefølje af projekter i gang. Projekternes løbetid er forskellig fra projekt til projekt, og det er op til en politisk beslutning, hvorvidt der skal afsættes yderligere driftsmidler til indsatsen, når det enkelte projekts finansieringsperiode udløber. I kommissoriet er der stillet krav til, hvordan projekterne skal evalueres og evalueringerne skal understøtte sundhedsudvalgets og byrådets beslutning om, hvorvidt midlerne skal prioriteres til andre formål eller om der skal afsættes yderligere driftsmidler til indsatsen, når projektperioden udløber.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

For at opnå den bedste prioritering af midler er det vigtigt, at data kan bidrage til at indkredse de relevante målgrupper tilstrækkelig præcist til, at indsætterne kan målrettes. Dette kan f.eks. være efter geografiske områder. Dette med henblik på, at sikre at midlerne anvendes, hvor de bedst kan bidrage til at øge sundheden frem for i generelle tilbud. En barriere er i den sammenhæng, at data fra f.eks. E-sundhed og KØS er vanskelige at få opdelt på relevante geografiske. Øvrige tekniske barrierer er at det opleves som værende omstændeligt at udarbejde tidsserier og lignende. Dette betyder, at arbejdet både bliver ressourcekrævende og samtidig ofte ikke helt kommer til at udgøre det ønskede grundlag for beslutninger.

Eksempel på arbejdet med data i projektet Sund Mand Sønderborg

Et konkret eksempel på et projekt, der er iværksat inden for rammen til sundhedsfremme og forebyggelse er *Sund Mand Sønderborg*. Projektet er igangsat med det formål at forbedre mænds sundhed og trivsel. Baggrunden for projektet er det faktum, at danske mænd lever 4-5 år kortere end kvinder, har stor overdødelighed og oftere bliver ramt af alvorlige sygdomme som f.eks. hjertekarsygdomme og kræft. I forbindelse med evalueringen af projektet har kommunen bl.a. anvendt pro-data (data om borgerens helbredsstatus rapporteret af borgeren selv) kombineret med tilfredshedsmåling. Projektet rummer tre målrettede indsætser, der alle har tilknyttede målbare succeskriterier:

Forløb med fokus på fysisk aktivitet og socialt fællesskab for mænd med livstilsudfordringer og/eller mentale helbredsudfordringer kaldet *Er du klar, mand?* For disse forløb indsamles data om bl.a. oplevet sundhedstilstand samt ønskede og realiserede livstilsændringer via spørgeskemaer, som udfyldes af de deltagende mænd af fire omgange; inden forløbet påbegyndes, efter den indledende 24-timers camp, ved forløbets afslutning og et halvt år efter forløbets afslutning. Desuden registreres væggtab under forløbet.

Desuden afholdes årligt en række aktiviteter med fokus på bl.a. sund madlavning og aktivitet i forbindelse med Men's Health Week i uge 24. For disse aktiviteter er der evalueret på deltagerantal.

Endelig har Sønderborg Kommune oprettet "Mænds Mødesteder i Sønderborg" for målgruppen blandt mænd uden fast tilknytning til en arbejdsplads, som derfor ikke er tilknyttet et sundhedstilbud gennem arbejdet. Midtvejsevalueringen af dette tilbud er baseret på spørgeskemaer, som tager udgangspunkt i den australske version af spørgeskemaet til evaluering af *Men's Sheds*. Her spørges bl.a. til mændenes oplevelse af mental sundhed, fysisk aktivitet, selv vurderet helbred, kostvaner samt forbrug af tobak og alkohol.

Konkrete resultater

Forløbene med fokus på fysisk aktivitet og socialt fællesskab har på alle parametre levet op til de succeskriterier, som var fastsat for forløbet. Målet var, at mindst 75 pct. af

mændene skulle gennemføre hele forløbet med mere end 60 pct. deltagelse i de 19 mødegange efter den indledende 24-timers camp. Ved midtvejsevalueringen havde 91,3 pct. af deltagerne gennemført forløbene. De data, der blev opsamlet i og efter forløbet viser yderligere, at deltagerne i gennemsnit tabte 6,5 kg under forløbene, samt at mindst 35 pct. holder fast i en eller flere livsstilsændringer efter forløbet.

De data, der er indsamlet via spørgeskema blandt de faste medlemmer i Mænds Mødesteder i Sønderborg, viser, at ca. 60 pct. af mændene oplever at have fået det bedre med sig selv, at være gladere derhjemme og/eller at have fået mere selvtillid efter, at de er startet i Mænds Mødesteder. Oprettelsen af mænds mødesteder har således især haft positiv indflydelse på mændenes mentale sundhed. Der er dog også flere deltagere, der oplever forbedringer i forhold til KRAM-faktorerne. F.eks. har forløbet for over halvdelen af mændene haft en positiv indflydelse på deres fysiske aktivitet.

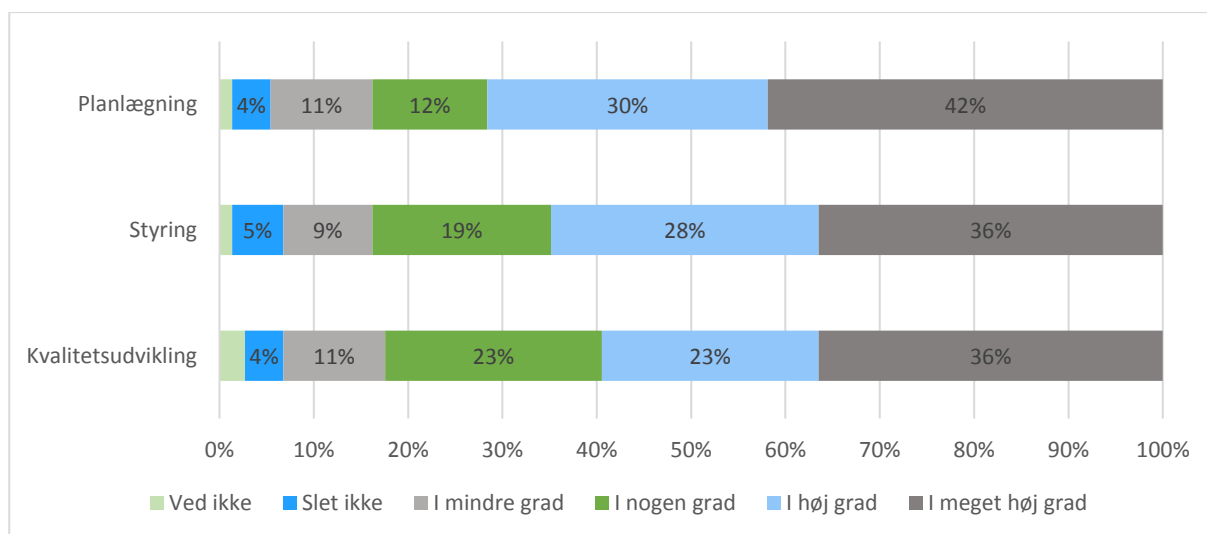
7 Tandplejeområdet

I følgende kapitel kortlægges kommunernes anvendelse af sundhedsdata på tandplejeområdet. Kortlægningen omfatter både børne- og unge- samt omsorgstandplejen. Først kortlægges anvendelsen af sundhedsdata, herunder hvor systematisk brugen er. Kapitlet kortlægger, hvad sundhedsdata anvendes til, hvilke opgaver og datatyper, som anvendes og hvem i den kommunale organisation, som anvender data. Derudover kortlægges de relevante barrierer for arbejdet med sundhedsdata og endelig hvilke data, der efterspørges på området. Kapitlet afsluttes med to konkrete case-eksempler på, hvordan sundhedsdata anvendes på tandplejeområdet i to kommuner.

7.1 Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?

Figur 45 illustrerer, hvor meget kommunerne anvender sundhedsdata på tandplejeområdet. Figuren opsummerer anvendelsesgraden af data på tværs af de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Figuren illustrerer, at ca. 60 og 70 % af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad til de tre formål, imens 15 % på tværs af de tre formål anvender data i mindre grad eller slet ikke (inkl. Ved ikke). Ligeledes illustreres det, at kvalitetsudvikling er det formål, hvor færrest kommunerne anvender data i høj grad. 23 % af kommunerne anvender kun data i nogen grad. Omvendt forholder det sig til planlægningsformål, hvor kun 12 % bruger data i nogen grad.

Figur 45: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata til forskellige formål på tandplejeområdet

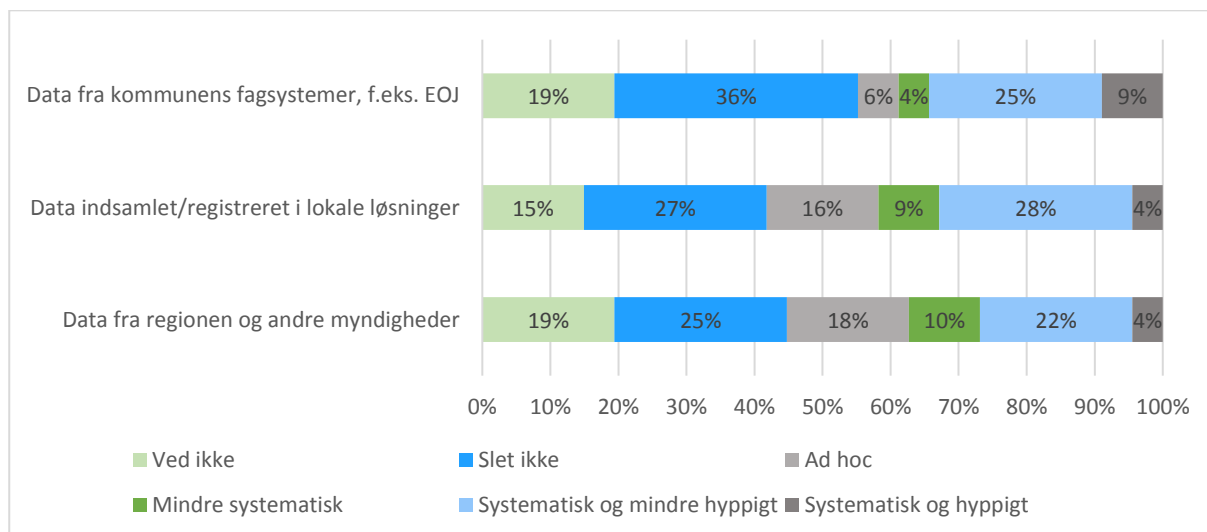


Figurnote: Procenterne i figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* i spørgeskemaet Sundhedsdataundersøgelsen. Antallet af respondenter er 74.

Sammenlignes anvendelsen på tandplejeområdet med anvendelsesgraden på tværs af de seks fagområder (se Tabel 5), ses det, at anvendelsesgraden følger den tværgående tendens for de små og helt store kommuner.

Som en del af kortlægningen er det undersøgt, hvor systematisk brugen af sundhedsdata fra specifikke kilder er. Som det ses i Figur 46 bruges data fra de forskellige kilder i lige stor grad. Det er dog værd at bemærke at den systematiske brug for alle tre kilder er lavere sammenlignet med de øvrige områder, på nær misbrugsbehandling.

Figur 46: Den systematiske anvendelsesgrad af sundhedsdata fra forskellige kilder i kommunen på tandplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune? Antallet af respondenter er 67.

7.2 Hvad anvendes data til?

Der er i undersøgelsen spurgt ind til, hvad sundhedsdata mere præcist anvendes til i de deltagende kommuner. De detaljerede besvarelser kan ses i bilaget. Sidst i afsnittet fremgår det, hvorvidt sundhedsdata indgår i samarbejdet med regionen og almen praksis.

Ad planlægning:

68% af kommunerne anvender i høj grad sundhedsdata på tandplejeområdet til identifikation af fokusområder og mål, samt planlægning af indsatser. 58% af kommunerne anvender i høj grad sundhedsdata til ressource- og kapacitetsplanlægning. 39% af kommuner anvender i høj grad data til budgettering og omkring hver tredje kommune anvender i høj grad sundhedsdata til at koordinere mellem enheder.

Sammenlignet med den tværgående analyse ses det, at sundhedsdata i langt højere grad bliver brugt til at identificere fokusområder og mål sammenlignet med den tværgående brug. Mens resultaterne for den øvrige brug ligger en smule højere end den tværgående anvendelse (se Figur 4).

Ad styring

57% af kommuner anvender i høj grad sundhedsdata til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser, dertil kommer 22% der anvender dem i nogen grad, dvs. i alt 79% af kommuner anvender data i nogen grad eller høj grad. Lidt færre (55%) anvender sundhedsdata i nogen grad eller høj grad til opfølgning på budgetter. Endvidere anvender knap halvdelen af kommunerne i høj grad sundhedsdata til aktivitetsstyring.

Sammenlignet med den tværgående analyse ses det, at sundhedsdata i langt højere grad anvendes til alle styringsopgaverne på tandplejeområdet (se Figur 5).

Ad kvalitetsudvikling

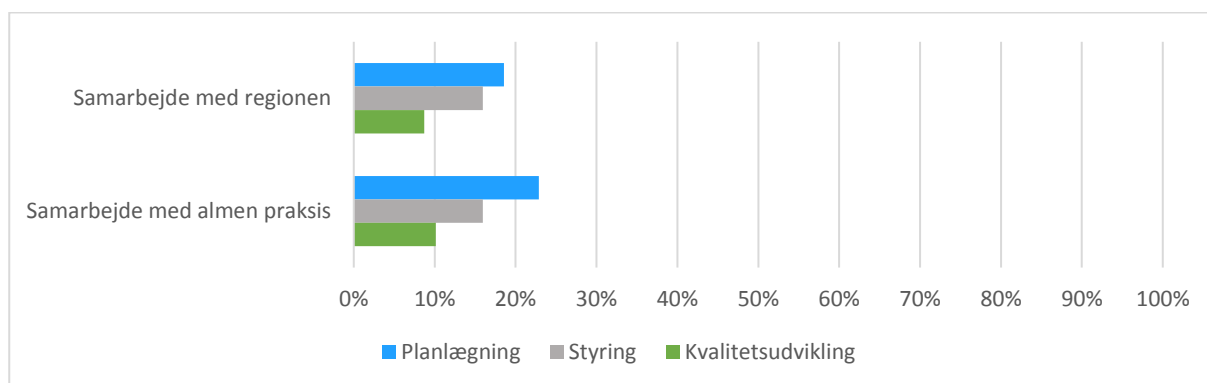
I forhold til kvalitetsudvikling ses det, at faglig ledelse og udvikling af faglig praksis er de delopgaver, hvor sundhedsdata oftest bringes i anvendelse (53% i høj grad eller meget høj grad). Også anvendelse af data til identifikation af og opfølgning på fokusområder og mål ligger højt (52% i høj eller meget høj grad).

Sammenlignet med den tværgående analyse ses det, at sundhedsdata i langt højere grad anvendes til alle kvalitetsudviklingsopgaverne på tandplejeområdet (se Figur 5).

Ad samarbejde

Forholdsvis få kommuner har svaret, at de anvender sundhedsdata i samarbejdet med regionen eller almen praksis. Det er blot 24% der anvender data til planlægning i samarbejdet med almen praksis og 18% i samarbejdet med regionen. Til brug for styring og kvalitetsudvikling er det endnu færre kommuner der anvender sundhedsdata i samarbejdet med region og almenpraksis. Det er 8-10% vedrørende kvalitetsudvikling og 16-17% vedrørende styring. Disse resultater noget under den gennemsnitlige brug på tværs af fagområder for både begge typer samarbejder og formål, se Figur 7.

Figur 47: Anvendelsesgraden af sundhedsdata i kommunes samarbejder på tandplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *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. 70 for planlægning samt 69 for styring og kvalitetsudvikling.

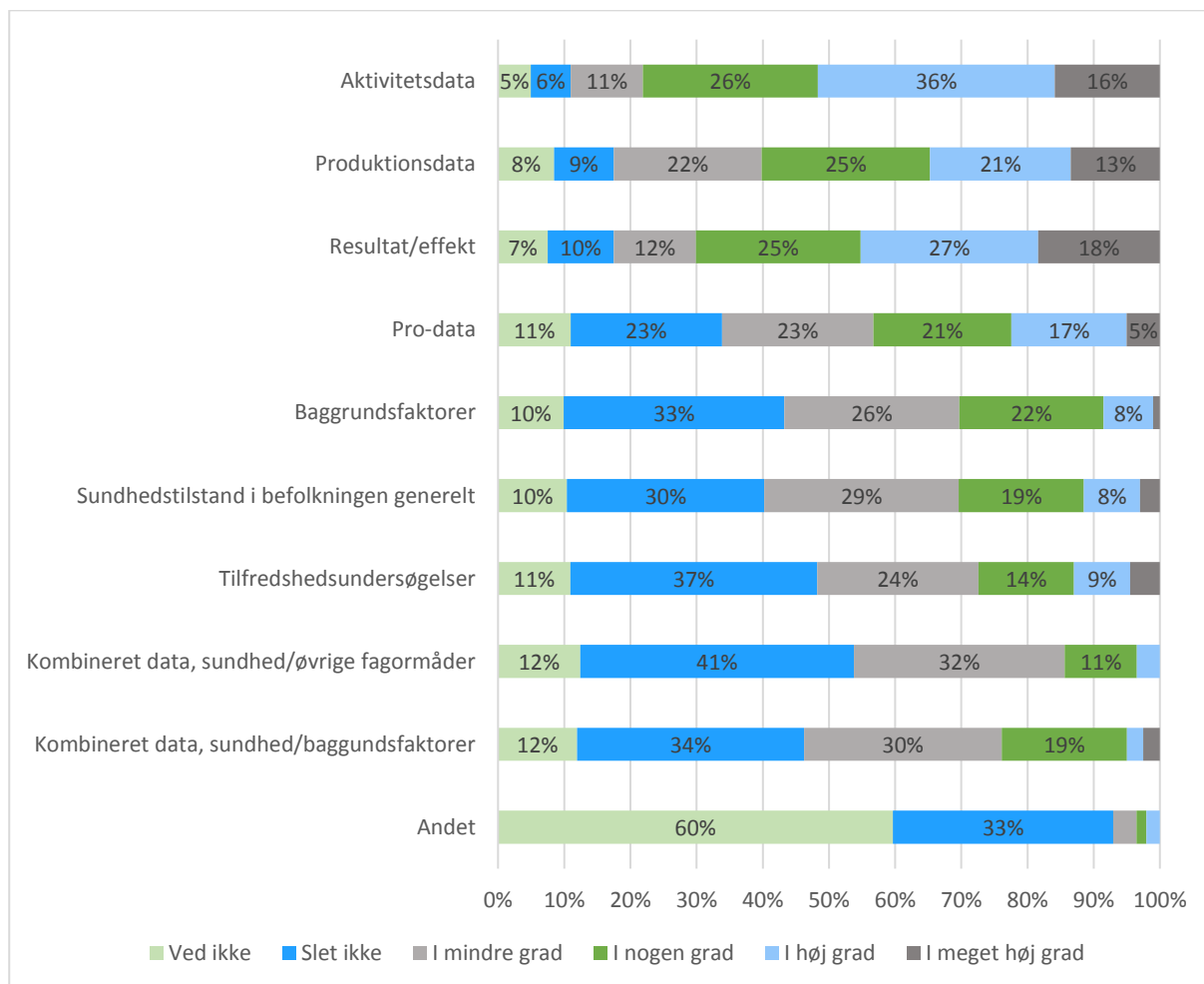
I en uddybende kommentar i spørgeskemaet har kommunerne givet gode eksempler på, hvordan de anvender sundhedsdata på tandplejeområdet. SCOR-data udgør en vigtig datakilde på tandplejeområdet og bruges f.eks. til at følge tandsygdomsforekomsten blandt børn og unge og til at sammenligne kommunens udvikling med andre kommuner. Sundhedsdata understøtter generelt prioriteringen og dimensionering af ressourcer, til udvikling af tilbud og til understøttelse af tværfagligt samarbejde og til drøftelse af best-practice.

7.3 Hvilke typer af data anvendes?

I Figur 48 ses det, at aktivitetsdata og data om resultat/effekt er klart de mest anvendte former for sundhedsdata inden for tandplejeområdet. Hhv. 52% og 48% af kommunerne anvender i høj eller meget høj grad denne datatype. Herefter følger produktionsdata, som anvendes i høj eller meget høj grad af 34% af kommunerne. Brug af baggrundsdata og data om sundhedstilstande i befolkningen anvendes i høj eller meget høj grad af ca. en tredjedel af kommunerne.

Anvendelsesgrader for brugen af de forskellige datatyper følger nogenlunde gennemsnittet (se Figur 8). Dog ses der en større brug af baggrundsdata, resultat og effekter samt i forhold til kombinationen af sundhedsdata med data fra øvrige fagområder eller med sundheds-/baggrundsdata generet.

Figur 48: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata til planlægningsopgaver på tandplejeområdet



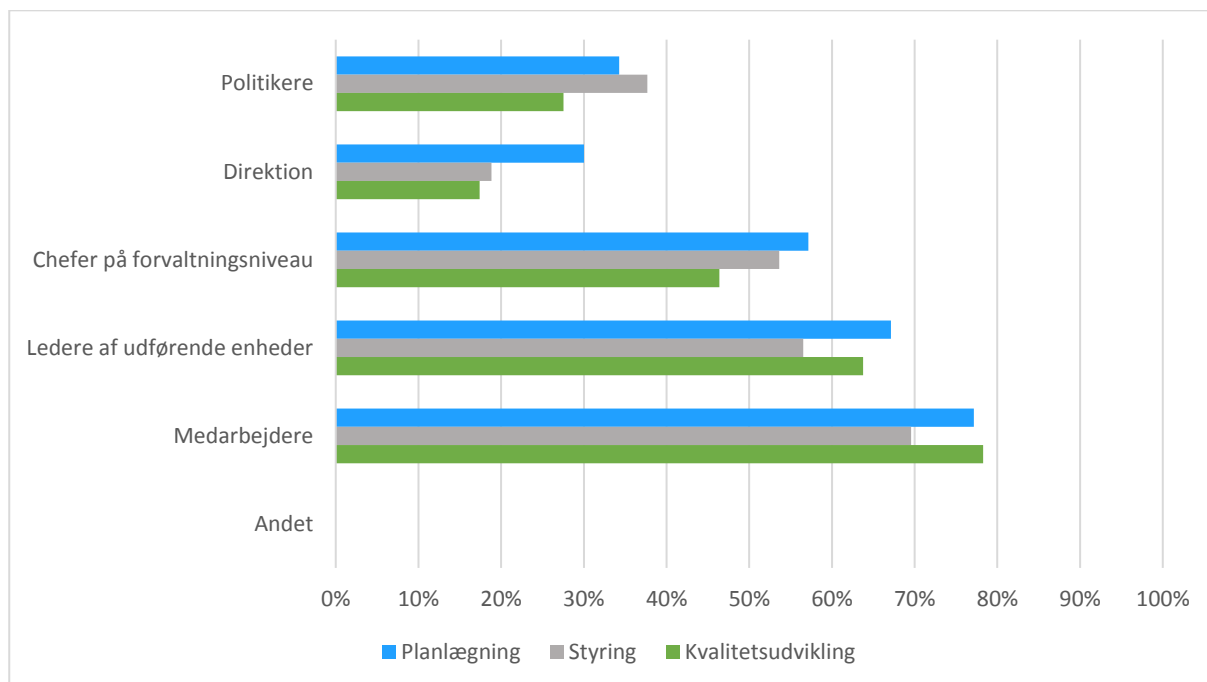
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad anvender I disse typer af sundhedsdata til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne er opgjort på baggrund af et vægtet gennemsnit. Antallet af respondenter er hhv. 69 for planlægning og 66 for styring og kvalitetsudvikling.

7.4 Hvem anvender sundhedsdata på området?

Figur 49 viser hvor i den kommunale organisation sundhedsdata anvendes på tandplejeområdet. Bemærk at anvendelsen er fordelt på de tre overordnede formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling.

Figuren viser, at i størstedelen af kommunerne (77-78%) anvendes sundhedsdata af medarbejderne til planlægning og kvalitetsudvikling af tandplejeområdet. I 70% af kommunerne anvendes data af medarbejderne også til styring. Sundhedsdata til styring anvendes i en stor del af kommunerne (54-57%) af forvaltningschefer og udførende ledere og i noget mindre grad af politikere og direktion (hhv. 38% og 18%)

Figur 49: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata på forskellige niveauer i organisationen på tandplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *På hvilke niveauer i organisationen har i på angivet område i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere krydser)*. Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad (hjemmepleje-området). Kategorien andet er fjernet fra figuren, da der ingen respondenter er i kategorien. Antallet af respondenter er hhv. 70 for planlægning samt 69 for styring og kvalitetsudvikling.

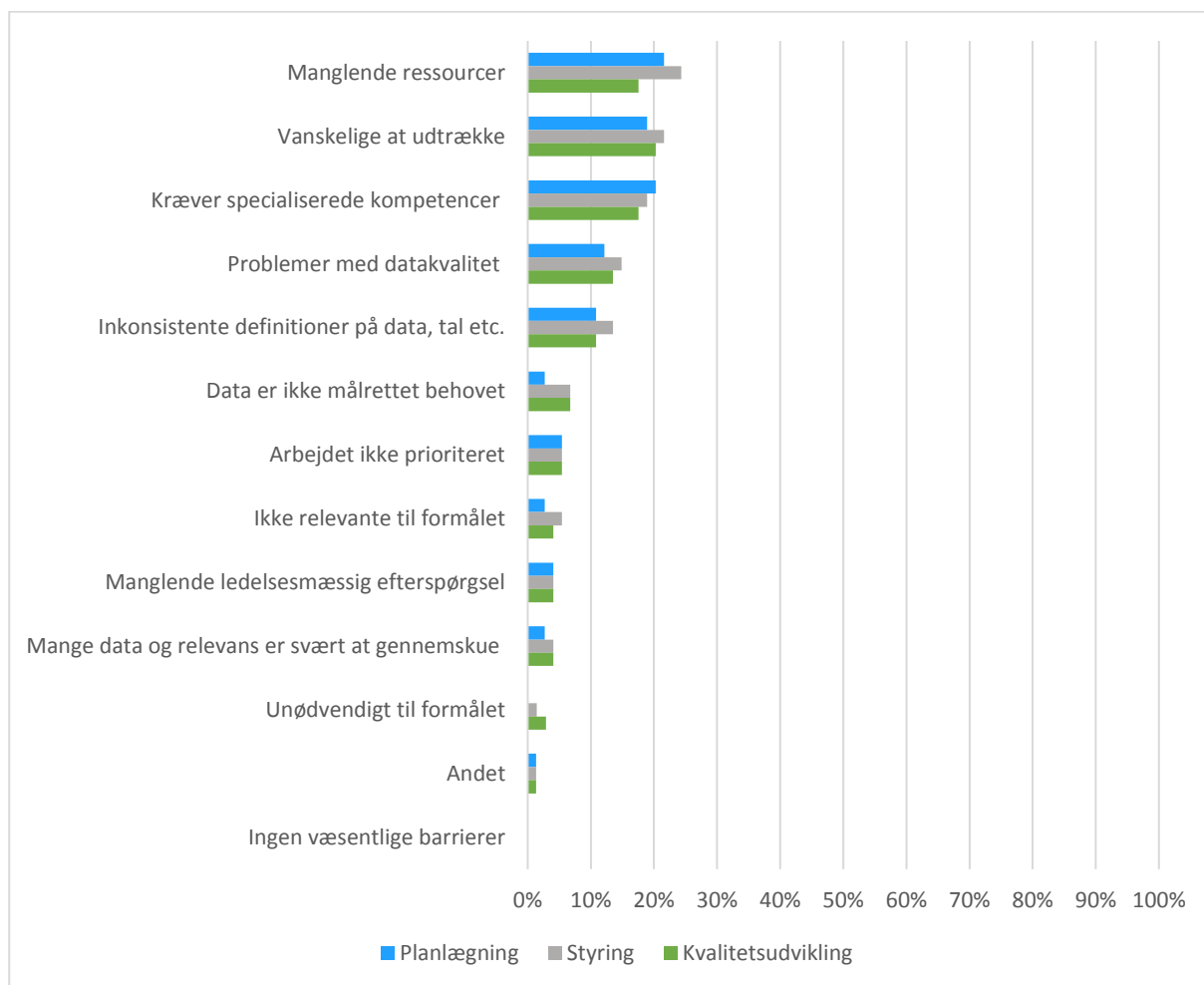
Sammenlignes resultaterne med brugen på tværs af de øvrige fagområder, ses det, at styringsformålet på tandplejeområdet i langt mindre grad angives som værende et formål på tværs af organisatoriske niveauer, med undtagelse af ledere af de udførende enheder, som ligger på niveau med de øvrige områder. Anvendelsesgraden i forhold til planlægningsformål er også lavere på tværs af organisatoriske niveauer. Undtagelsen er dog medarbejdere, hvor en lidt større procentandel (77 kontra 71) angives at bruge data til planlægning. I forhold til kvalitetsudvikling bruges sundhedsdata i lidt højere grad på medarbejderniveau sammenlignet med de tværgående tendenser, mens det modsatte gør sig gældende for de øvrige aktører (se Figur 9).

7.5 Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?

I figuren neden for er respondenternes svar ift. eventuelle barrierer for arbejdet med sundhedsdata på forebyggelsesområdet gengivet. Det er en forholdsvis lille andel af kommunerne der angiver barrierer i forhold til anvendelse af sundhedsdata på tandplejeområdet.

Det er blot 20-25% af kommunerne der angiver, at det er en barriere, at der mangler ressourcer til at udtrække og behandle data, dertil kommer mangel på specialiserede kompetencer og at data er vanskelige at hente ud af systemerne. Lidt over 10% angiver at der er problemer med datakvalitet på området og under 5-10% angiver andre barrierer for at anvende data på området. Området skiller sig på denne måde markant ud fra de øvrige områder i forhold til oplevelsen af barrierer, se Figur 10.

Figur 50: Kommunernes barrierer for anvendelsen af sundhedsdata på forebyggelsesområdet

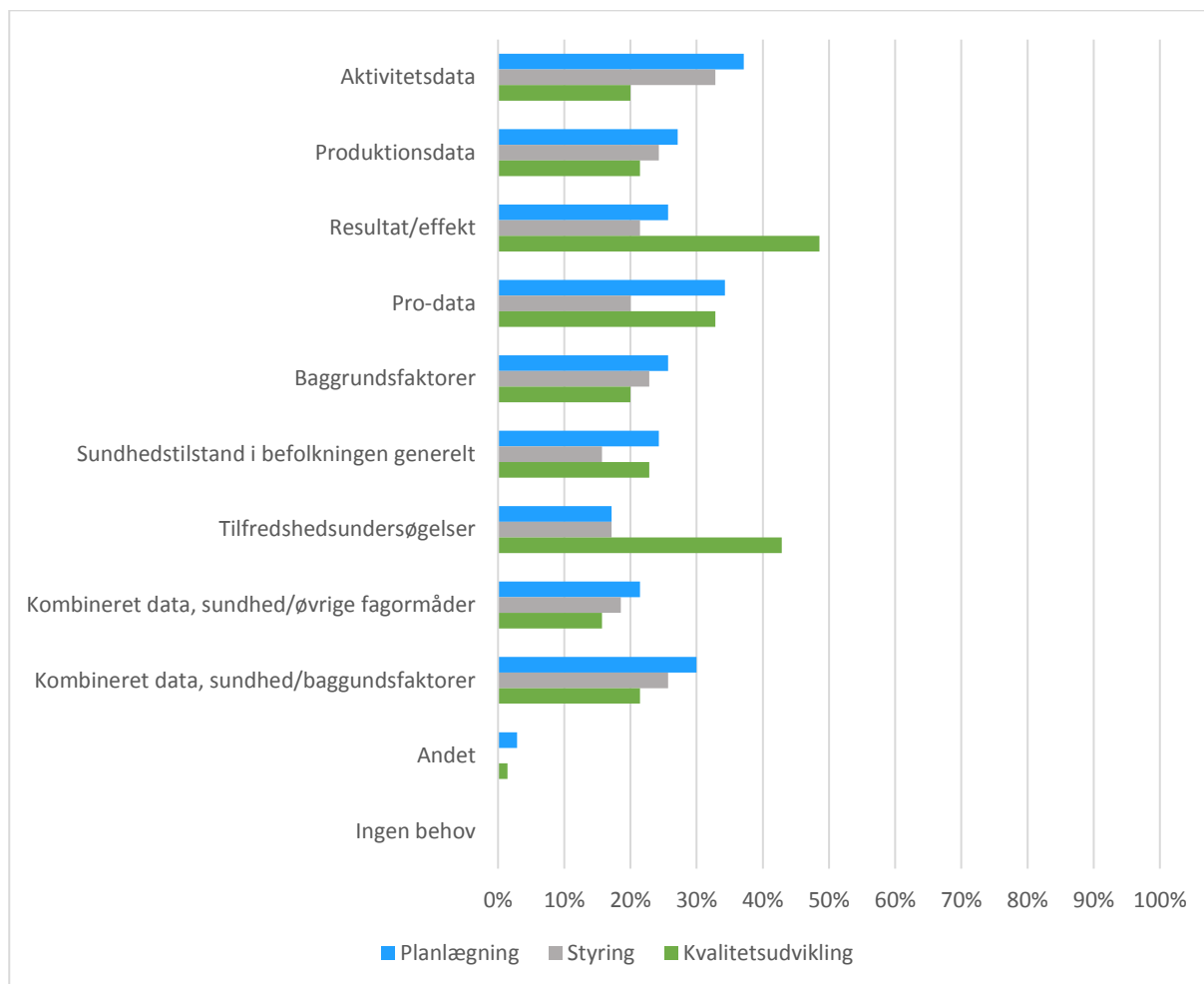


Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvilke af følgende udsagn beskriver de væsentligste barrierer for anvendelse af sundhedsdata til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune? (Sæt gerne flere kryds).* Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad. Antallet af respondenter er hhv. 70 for planlægning samt 69 for styring og kvalitetsudvikling.

7.6 Hvilke typer data er der behov for?

Efterspørgsel på nye data på tandplejeområdet er ikke så stort som på de andre områder. Lidt under halvdelen af kommunerne svarer, at der er behov for data om resultat/effekt og tilfredshed til brug for kvalitetsudvikling. 35-37% af kommunerne efterspørger pro-data og aktivitetsdata til brug for planlægning. Under en tredjedel af kommunerne efterspørger sundhedsdata i kombination med geografiske, demografiske og økonomiske data til brug for planlægning.

Figur 51: Kommunernes største behov for specifikke datatyper på tværs af formål på tandplejeområdet



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 krydser). 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 70.

I uddybende besvarelser i forhold til behov nævnes særligt behovet for at datagrundlaget i omsorgstandplejen forbedres, således, at det kommer på niveau med det, som er i børne- og ungdomstandplejen. Endvidere er der et ønske om større brug af pro-data og at data kan bruges til at udføre behovstandpleje som sikrer at ressourcer anvendes, hvor de giver mest effekt for borgerne. Desuden nævnes det, at data i højere grad bør bruges til at lave mere tværfagligt forebyggende arbejde, f.eks. vil det være gavnligt, hvis tandplejen havde adgang til plejecentrenes fagsystem med henblik på at give mere kvalificeret tilbud.

7.7 Opsummering af hovedtendenserne på tandplejeområdet

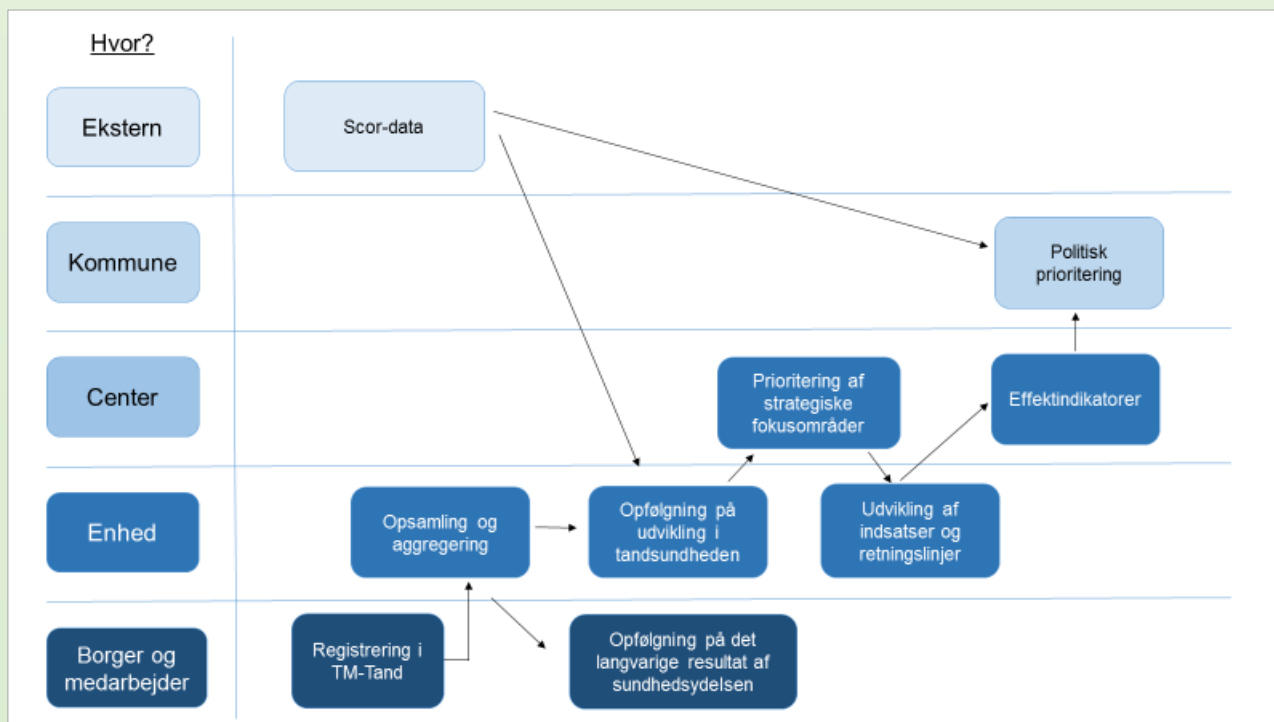
- Mellem 60% og 70% af kommuner anvender i høj eller meget høj grad data til de tre styringsformål
- Der anvendes i lige høj grad data fra de tre udvalgte kilder, om end det er værd at bemærke, at den systematiske brug for alle tre kilder er lavere sammenlignet med de øvrige områder, på nær misbrugsbehandlingsområdet.

- Sundhedsdata bruges i langt højere grad til at identificere fokusområder og mål sammenlignet med den tværgående brug. Mens resultaterne for den øvrige brug ligger ligeledes en smule højere end den tværgående anvendelse
- Sammenlignet med den tværgående analyse ses det også, at sundhedsdata i langt højere grad anvendes til alle styrings- og kvalitetsudviklingsopgaver på tandplejeområdet end de øvrige områder.
- Forholdsvis få kommuner har svaret, at de anvender sundhedsdata i samarbejdet med regionen eller almen praksis på tværs af de tre formål. En brug, som ligger under den som ses på de øvrige fagområder
- Aktivitetsdata og data om resultater/effekt er de mest anvendte datatyper efterfulgt af produktionsdata og data vedrørende sundhedstilstanden i befolkningen
- Der ses en lidt større brug af baggrundsfaktorer, resultat og effekter samt sundhedsdata i kombination med data fra øvrige fagområder eller med sundheds-/baggrundsfaktorer på dette område sammenlignet med de tværgående tendenser.
- Sundhedsdata anvendes særligt af medarbejderne til både planlægning, kvalitetsudvikling og styring. Sundhedsdata til styring anvendes i en stor del af kommunerne af forvaltningschefer og udførende ledere og i noget mindre grad af politikere og direktion.
- Sundhedsdata anvendes i mindre grad til styringsformål på tværs af organisatoriske niveauer, med undtagelse af ledere af de udførende enheder. I forhold til planlægningsformål er anvendelsen også lavere, med undtagelse af medarbejderne. I forhold til kvalitetsudvikling er anvendelsen lidt højere på medarbejderniveau sammenlignet med de tværgående tendenser, mens det modsatte gør sig gældende for de øvrige aktører.
- Andelen af kommuner der oplever barrierer, er meget lav – den laveste på tværs af de seks fagområder. De største barrierer er manglende ressourcer til at udtrække og behandle data, specialiserede kompetencer og at data er vanskelige at hente ud af systemerne.
- Efterspørgslen på nye data er ikke så stort, som på de øvrige områder. Lidt under halvdelen af kommunerne svarer, at der er behov for resultat/effekt data og data om tilfredshed til brug for kvalitetsudvikling, efterfulgt af pro-data og aktivitetsdata til brug for planlægning. Under en tredjedel af kommunerne efterspørger sundhedsdata i kombination med geografiske, demografiske og økonomiske data til brug for planlægning.

7.8 Case 1: Dataunderstøttet arbejde i Børne- og Ungdomstandplejen i Vordingborg Kommune

Børne- og ungdomstandplejen i Vordingborg Kommune, tilbydes tandplejeydelser til børn og unge i alderen 0-18, med henblik på generel forebyggelse og sundhedsfremme. Derudover yder den kommunale Tandpleje behandling til ca. 200 omsorgstandplejepatienter og 30 specialtandplejepatienter. Som en del af tilrettelæggelsen af indsatser og til at underbygge politiske prioriteringer anvendes en række forskellige sundhedsdata om udviklingen i tandsundheden på børne- og ungeområdet. Figur 52 skitserer hvordan data understøtter udviklingen af indsatser og den deraf følgende opfølgning gennem blandt andet brugen af effektindikatorer.

Figur 52: Børne- og Ungetandplejen i Vordingborg og brugen af sundhedsdata



Vordingborg Kommunes Børne- og Ungetandpleje anvender primært to typer sundhedsdata. Data, som bruges til at understøtte arbejdet med at planlægge og kvalitetssikre indsatserne på området. Det drejer sig om det årlige udtræk fra den nationale database SCOR (Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register) samt løbende dataudtræk fra kommunens journalsystem TM Tand.

Det elektroniske patientjournalsystem TM Tand, systematiserer alle ydelser og observationer på tværs af arbejdsområder og visningsmåder og på baggrund af dette laves der i tandplejen månedlige udtræk, hvor den aggregerede data bruges til planlægning og opfølgning. Der fokuseres her særligt på udviklingen i diagnoser, interventioner og materialeforbrug.

SCOR-data opgøres en gang årligt for de fire obligatoriske årgange 5-,7-, 12-, 15- årige og data for den enkelte kommune opgøres på kommune- regions- og landsniveau. Vordingborg Kommune bruger især SCOR-data til at identificere tendenser i udviklingen af tandsundhed med særligt fokus på udviklingen i antal skader og huller samt alvorlighedsgrad fx om der er hul i tyggefladerne eller forsiden af fladerne. På denne måde bruges denne data konkret til at følge udviklingen internt i tandplejen, men også til at sammenholde disse resultater med udviklingen i regionen og på landsplan.

Til understøttelse arbejdet med data, har man i tandplejen nedsat en klinikgruppe, som bl.a. med udgangspunkt i udviklingen i data, er med til at bearbejde, udvælge og udvikle de strategiske fokusområder for tandplejen. For at sikre at datakvaliteten gennem ensartede registreringer afholdes der fællesmøder, med det formål at sikre ensartede data-indberetning. Data gennemgås på personalemøder, således, at medarbejderne har en tilbagevendende viden om hvordan udviklingen og aktiviteten i tandplejen ser ud i Vordingborg Kommune.

Med udgangspunkt i den tilgængelige data har man endelig identificeret en række effektindikatorer, som bruges til at følge op på den overordnede udvikling på området. Data fra journalsystemet samt SCOR bruges på denne måde til at udvikle og forbedre de indsatser, som udføres, men også som udgangspunkt for diskussioner af interne retningslinjer og praksis. Data bruges her som input til diskussioner af de mere langvarige resultat af specifikke metoder og af den enkelte medarbejders resultater i forhold til borgernes langvarige tandsundhed.

Til opfølgning på de mere overordnet niveau, med fokus på udviklingen i tandsundheden for Vordingborg Kommunes borgere, er det effektindikatorerne og særligt SCOR-resultaterne, som har stort fokus politisk. Disse data præsenteres årligt.

Resultater

Data anvendes som fælles oplyst udgangspunkt til at udvikle det kvalitetsmæssige i de indsatser der igangsættes og fortsættes i det daglige arbejde i tandplejen. Det vil sige, til at følge med i aktiviteterne i specifikke projekter. I forhold til f.eks. specifikt projekt med fokus på lakering af flader, muliggør data at der kan følges op på antallet af behandlinger, hvem der har udført behandlingen, det efterfølgende resultat ift. eventuelle behov for re-lakering eller fyldninger samt materialeforbruget. På denne måde giver data indblik i effekten af den enkelte tandplejers behandling samt materialeforbrug, set i forhold til en fastsat gennemsnitscore.

Data tilgår og anvendes også på det politiske niveau i Vordingborg Kommune. Et særligt fokuspunkt er udviklingen i SCOR-data samt i de udvalgte effektindikatorer, som er opsummeret i Tabel 9.

Tabel 9: Effekindikatorer i Vordingborg Kommunes Børne- og Ungetandpleje

- SCOR def-s og DMF-s
- Zoner
- Udeblivelse
- Udslusning af 18-årige til privat praksis
- Udmeldte via Frit valgs-loven
- Tandreguleringsprocent
- "Egne henvendelse" – antallet af borgere, som selv henvender sig pga. egne observationer om huller etc.

Her giver sundhedsdata i form af effektindikatorerne og SCOR-data generelt anledning til diskussioner om prioriteringer og indsatser, hvilket f.eks. var tilfældet, da data fra SCOR viste en nedgang i tandsundheden i Vordingborg Kommune. Dette medførte efterfølgende at området, blev tilført en ekstrabevilling, med henblik på at tandplejen kunne forbedre og styrke sine indsatserne overfor børn og unge i Vordingborg Kommune.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Et vigtigt succeskriterium for at sundhedsdata kan understøtte effektiv planlægning, styring og kvalitetsudvikling er i Vordingborg Kommune, at der bruges tid og ressourcer på at forstå det tilgængelige data samt de muligheder og begrænsninger den konkrete data giver.

Dette er et vigtigt fokuspunkt, da opgørelser såsom SCOR-data, som ranglister kommunernes indsatser, kan have stor vægt politisk. Som følge heraf er det nødvendigt at forstå og arbejde med, hvordan data skal tolkes og fremlægges både politisk men også i den daglige praksis i forhold til medarbejderne.

Da data bygger på medarbejdernes daglige registreringer, er det tilbagevendende fokuspunkt i Vordingborg Kommunes tandpleje at der løbende følges op på datakvalitet og registreringspraksis, således, at der opnås en nogenlunde ens registreringspraksis, om end den enkelte registrering altid vil være baseret på den enkelte medarbejders subjektive faglige vurdering. Fagligt baserede succeskriterier og kliniske standarder kunne her være en mulighed.

Eksistensen af flere forskellige journaliseringssystemer på tværs af kommunerne identificeres i denne forbindelse som en barrierer og udfordring i forhold til at lave fælles udtræk og mere ensartet opfølgning. Et fælles mere fleksibelt journalsystem med muligheden for udvidede databestillinger er her et stort ønske.

7.9 Case 2: Tandplejen i Aarhus Kommune

Målrrettede indsatser og tværfagligt samarbejde på baggrund af data om tandsundhed for børn og unge

Aarhus Kommunes børne- og ungdomstandpleje anvender data til at understøtte en lang række opgaver f.eks. behovsprioritering af indsatser, kvalitetsudvikling, målretning af indsatser og til at understøtte det tværfaglige samarbejde.

Tandplejen i Aarhus Kommune anvender de samme data, som også indberettes til Sundhedsstyrelsen, dog arbejder man med flere årgange end de indberetningspligtige – både de 3, 5, 7, 12, 15 og 18-årige. Tandplejen har stort fokus på, at alle børn og unge på disse årgange indkaldes og indberettes. Derved sikres valide tandsundhedsdata for årgangen, og samtidig dokumenteres Tandplejens opsøgende indsats med en høj indberetningsprocent.

Disse data anvendes bl.a. til at følge op på tandplejens mål. Fx er der fokus på lighed i sundhed (bl.a. mange børn uden huller, og få børn med mange huller) og på lighed i brug af sundhedsvæsenet, netop ved at bruge ressourcer på at sikre kontakten til *alle* børn og unge, så også de mindst ressourcestærke profiterer af adgang til forebyggende ydelser.

Et andet eksempel på tilpasning af ressourcer ved brug af data er, at Aarhus Kommune har et mål om at 95 pct. af børnene skal være kariesfri ved treårsalderen. Selv om målet opfyldes, arbejder tandplejen med også at forbedre tandsundheden for de sidste 5 %. Data anvendes i denne sammenhæng til at finde karakteristika ved den gruppe, der har karies ved treårsalderen, både i forhold til risikofaktorer og beskyttende faktorer. Kortlægningen har bl.a. vist, at en del af disse børn var tilflyttere, og det er dermed blevet tydeligt, at der er behov for en indsats for at få etableret kontakt til denne gruppe tidligere end ved treårseftersynet.

Data fra den elektroniske patientjournal udtrækkes i samme format, som det indberettes til sundhedsstyrelsen, og så kobles data med f.eks. data om hvilket dagtilbud eller skole, børn og unge går i, geografiske områder, overvægt, dansk som andet sprog osv. med henblik på at kunne identificere målgrupper og iværksætte tværfaglige indsatser for at øge sundhed, trivsel o.a. for børnene og de unge. Data samkøres på individniveau, og anvendes i anonymiseret og aggregeret form. Det er således en stor hjælp i forhold til at skabe synlighed omkring behov for tværfaglige og helhedsorienterede indsatser.

Et eksempel på tværfaglige indsatser, hvor viden om tandsundhed indgår, er indsatsen "Gentænk Aarhus Vest" målrettet skoledistrikterne Gellerup, Tovshøj og Ellekær. Kortlægningen med data på tværs af områder viser, at de børn og unge, der bor i Gellerup, Toveshøj og Ellekær skoledistrikter, klarer sig dårligere end børn og unge i resten af byen i forhold til sprog, fagligt niveau, fravær, sundhed, ungdomsuddannelse med videre. Derfor arbejder kommunen målrettet med at udvikle en række tilbud med det formål, at disse børn og unge får et lige så godt udgangspunkt som børn og unge i resten af Aarhus Kommune både hvad angår sundhed, trivsel og uddannelse.

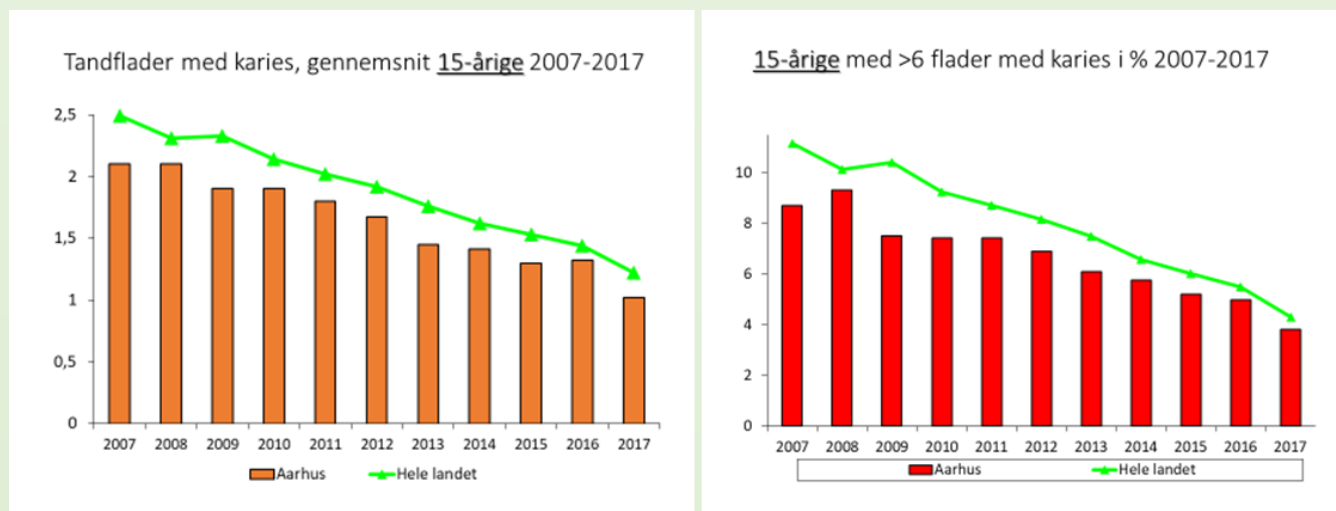
Tandplejens data indgår også i kvalitetsrapporter på skole- og dagtilbudsområdet. Det betyder, at skoler og dagtilbud kan planlægge konkrete indsatser i forhold til børnenes sundhed. Dvs. at der gennem brug af data skabes opmærksomhed på børnenes og de unges tandsundhed i de enheder i kommunen, hvor børnene og de unge tilbringer mest tid.

Konkrete resultater

Data er med til at sætte fokus på at der er forskel på behovene, og at det kræver forskellige indsatser at opnå god tandsundhed for forskellige grupper af børn. Data skaber dermed udgangspunkt for faglige drøftelser af behovsorientering og prioritering af indsatser, hvilket Tandplejens ny-formulerede Sundhedsplan også bærer præg af.

Det vil tage mindst 2-3 år før de nye forebyggende indsatser kan ses i de resultater, tandplejen måler på. Det er ikke muligt at foretage kohortestudier (samme børn før og efter), derfor måler Tandplejen på stadigt stigende tandsundhed og stadigt faldende differentiering af sygdom m.v. Som vist i nedenstående eksempler.

Figur 53:Udvikling i tandsundhed og differentiering i sygdom i Aarhus Kommune og hele landet



Kombinationen af data fra tandplejen med data fra andre områder skaber et godt udgangspunkt for at mobilisere potentielle tværfaglige samarbejder. Data skaber tydelighed omkring korrelationen mellem ulighed i sundhed og andre problemstillinger, og medfører, at tandplejen bliver mere synlig som en samarbejdspart ind i de tværgående indsatser. F.eks. forsøger man at etablere koordinerede indsatser for unge, der både dropper ud af skole og ud af behandlinger i tandplejen (som f.eks. bøjlebehandlinger). Et andet eksempel på en tværfaglig indsats er "Gentænk Aarhus Vest".

I kvalitetsrapporten for skole og dagtilbud er tandsundheden analyseret. Rapporten viser, at målet om at 95 pct. af børn i tresårsalderen ikke har huller i tænderne er opfyldt, idet 96,4 pct. af de tre årige ikke havde huller i tænderne i 2017. Samtidig viser hovedrapporten, at den lokale spredning er lille blandt de treårige. I forhold til de femårige er der imidlertid flere børn, der har huller i tænderne (12,8 pct.) og en større lokal spredning mellem dagtilbuddene. Aarhus Kommune har også kunnet konstatere at det er kendetegnene ved de dagtilbud, hvor andelen af femårige uden huller i tænderne er under 60 pct. at de ligger udsatte boligområder og/eller har en stor andel børn med dansk som andet sprog. Rapporten viser også, at andelen af børn med nul huller er større blandt femårige med dansk som første sprog (92,1 pct.) end blandt børn med dansk som andet sprog (58,2 pct.). Dermed har kombinationen af sundhedsdata og øvrige data været med til at skabe synlighed om, hvor i kommunen og til hvilken målgruppe, der er behov for en fokuseret indsats. Da data stilles til rådighed for institutions- og skolelederne i dagtilbuddene og skolernes kvalitetsrapporter, så giver det også mulighed for, at der planlægges indsatser for at forbedre børnenes sundhed i de dagtilbud og skoler, hvor de tilbringer deres hverdag. I bilaget til kvalitetsrapporten fremgår det at flere dagtilbud har udviklingsmål for børnenes sundhed.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

Tandplejen har som udgangspunkt en dokumentationskultur, der medfører, at området har et solidt datagrundlag. Begrebsapparat er indarbejdet allerede under faggruppernes uddannelser, hvilket betyder at datakvaliteten inden for tandplejens område er høj. Det betyder også, at tandplejen har stor erfaring med at anvende de registrerede data i det fagprofessionelle arbejde.

For tandplejen har det nye været, at data nu anvendes til at understøtte det tværfaglige samarbejde og helhedssynet på børn og unges sundhed og trivsel. I Aarhus Kommune har kontraktstyringen af tandplejen været en velfungerende ramme for, at tandplejen arbejder dataunderstøttet med udvikling af indsatser, ressourcestyring og differentiering af tilbud.

Aarhus Kommune peger på kombinationen af fagprofessionelle kompetencer og data-kompetencer som en af de centrale faktorer i forhold til at lykkes med det dataunderstøttede arbejde. Det kræver fagprofessionelle kompetencer at omsætte de mønstre, der ses i dataene, til konkrete indsatser. Det betyder, at dataunderstøttelsen af arbejdet lykkes bedst, hvis det er en fra fagprofessionen eksempelvis en tandlæge, som er med til at kortlægge mønstre i data og omsætte det til indsatser.

FAKTA BOKS - Hvis du vil vide mere:

Du kan se hvordan tandplejen og sundhedsplejens data indgår kvalitetsrapporten for dagtilbud og skole i Aarhus Kommune på følgende link:

<https://kvalitetsrapporter.aarhus.dk>

Du kan læse mere om initiativerne under "Gentænk Aarhus Vest" på følgende link:

<https://aarhus.dk/om-kommunen/boern-og-unge/skoler-dag-og-fritidstilbud/gentaenk/>

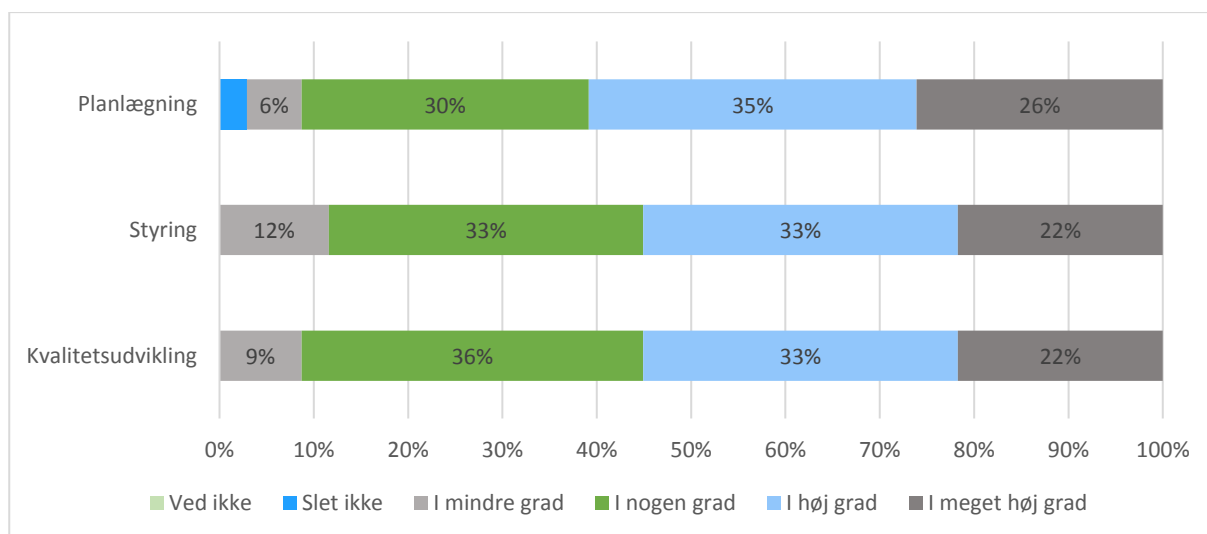
8 Sundhedsplejeområdet

I følgende kapitel kortlægges kommunernes anvendelse af sundhedsdata på sundhedsplejeområdet. Først kortlægges anvendelsen af sundhedsdata, herunder hvor systematisk brugen er. Kapitlet kortlægger, hvad sundhedsdata anvendes til, hvilke datatyper, som anvendes og hvem i den kommunale organisation, som anvender denne data. Derudover kortlægges de relevante barrierer for arbejdet med sundhedsdata og endelig hvilke data, der efterspørges på området. Kapitlet afsluttes med to konkrete case-eksempler på, hvordan sundhedsdata anvendes på sundhedsplejeområdet i 2 kommuner.

8.1 Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?

Figur 543 illustrerer, hvor meget kommunerne anvender sundhedsdata på sundhedsplejeområdet. Figuren opsummerer kommunernes brug på tværs af de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Som illustreret anvendes sundhedsdata meget på tværs af formål på hele sundhedsplejeområdet. Hele 55-61% af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad. Kun mellem 9 og 12 % angiver, at de slet ikke eller kun i mindre grad anvender data. Her er det også illustreret, at data til styring er det formål, hvor færrest kommuner anvender sundhedsdata i nogen, høj eller meget høj grad (88 %).

Figur 54: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata til forskellige formål på sundhedsplejeområdet

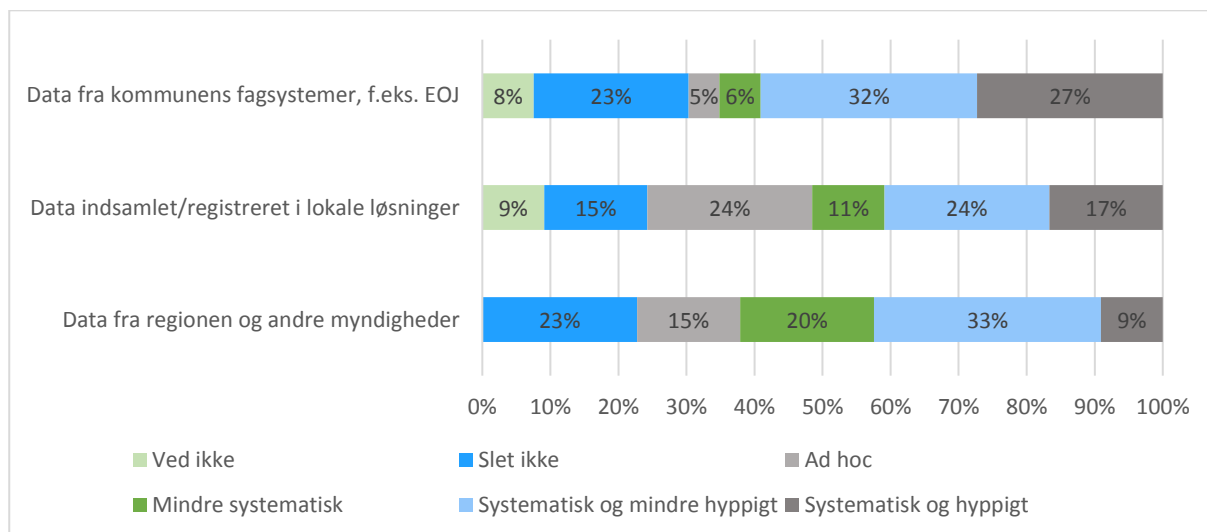


Figurnote: Procenterne i figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* i spørgeskemaet Sundhedsdataundersøgelsen. Antallet af respondenter er 69.

Sammenlignes anvendelsen på sundhedsplejeområdet med anvendelsesgraden på tværs af de seks fagområder (se Tabel 5), ses det, at anvendelsesgraden følger den tværgående tendens.

Som en del af kortlægningen er det undersøgt, hvor systematisk brugen af sundhedsdata fra specifikke kilder er. Som det ses i Figur 55, er det særligt data fra kommunernes fagsystemer som anvendes på sundhedsplejeområdet, og dernæst data fra regionen og andre myndigheder samt data indsamlet fra lokale løsninger.

Figur 55: Den systematiske anvendelsesgrad af sundhedsdata fra forskellige kilder i kommunen på sundhedsplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune? Antallet af respondenter er 66.

8.2 Hvad anvendes data til?

Der er i undersøgelsen spurgt ind til, hvad sundhedsdata mere præcist anvendes til i de deltagende kommuner. Se bilag for de detaljerede figurer, der går i dybden med anvendelse af sundhedsdata i forhold til planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Sidst i afsnittet fremgår det, hvorvidt sundhedsdata indgår i samarbejdet med regionen og almen praksis.

Ad planlægning:

54% af kommunerne anvender i høj grad sundhedsdata på sundhedsplejeområdet til ressource- og kapacitetsplanlægning. 43% af kommunerne anvender i høj grad sundhedsdata til identifikation af fokusområder og mål samt planlægning af indsatser. 36% af kommuner anvender i høj grad data til budgettering og omkring hver tredje kommune anvender i høj grad sundhedsdata til at koordinere mellem enheder. Resultater, som flugter med den tværgående anvendelse (se Figur 4).

Ad styring

37% af kommuner anvender i høj grad sundhedsdata til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser, dertil kommer 37% der anvender dem i nogen grad, dvs. i alt 74% af kommuner anvender data i nogen grad eller høj grad. Lidt færre (65%) anvender sundhedsdata i nogen grad eller høj grad til aktivitetsstyring. Endvidere anvender knap en tredjedel af kommunerne i høj grad sundhedsdata til resultat og effektstyring og til oversættelse af serviceniveau og kvalitetsstandarder til fælles faglig praksis.

Sammenlignet med den tværgående analyse ligger den kortlagte anvendelse om end en smule lavere godt i tråd med den overordnede brug, se Figur 5.

Ad kvalitetsudvikling

I forhold til kvalitetsudvikling ses det, at faglig ledelse og udvikling af faglig praksis, samt planlægning af og opfølgning på indsatser identifikation af og opfølgning på fokusområder og mål, er de delopgaver, hvor sundhedsdata oftest bringes i anvendelse (44-56% i høj grad). Sammenlignet med den tværgående analyse ligger den kortlagte anvendelse om end en smule lavere godt i tråd med den overordnede brug, se

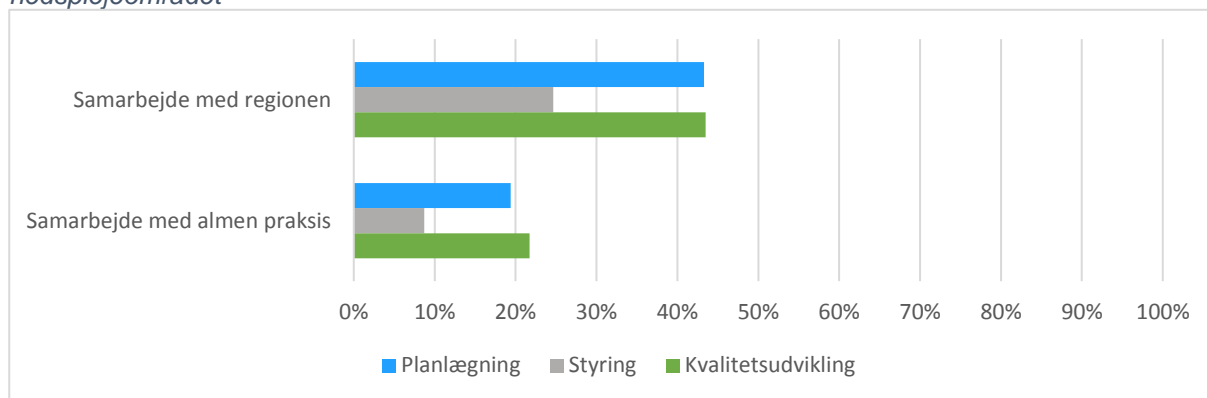
Figur 6.

Ad samarbejde

Knap 45% af kommunerne har svaret, at de anvender sundhedsdata til planlægning og kvalitetsudvikling i samarbejdet med regionen. Det er blot 22% der anvender data til kvalitetsudvikling og 19% til planlægning i samarbejdet med almen praksis. Til brug for styring er det endnu færre kommuner der anvender sundhedsdata i samarbejdet med almenpraksis, blot 8%. Hvad angår samarbejdet med regionen er det en fjerdedel af kommunerne der anvender data til styring i samarbejdet.

Overordnet viser tallene at samarbejdet med regionen på tværs af de tre formål er lidt større på sundhedsplejeområdet end hvad der ses på tværs af fagområderne, mens det modsatte gør sig gældende for samarbejdet med almen praksis, se Figur 7

Figur 56: Anvendelsesgraden af sundhedsdata i kommunes samarbejder på sundhedsplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: 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. 67 for planlægning samt 69 for styring og kvalitetsudvikling.

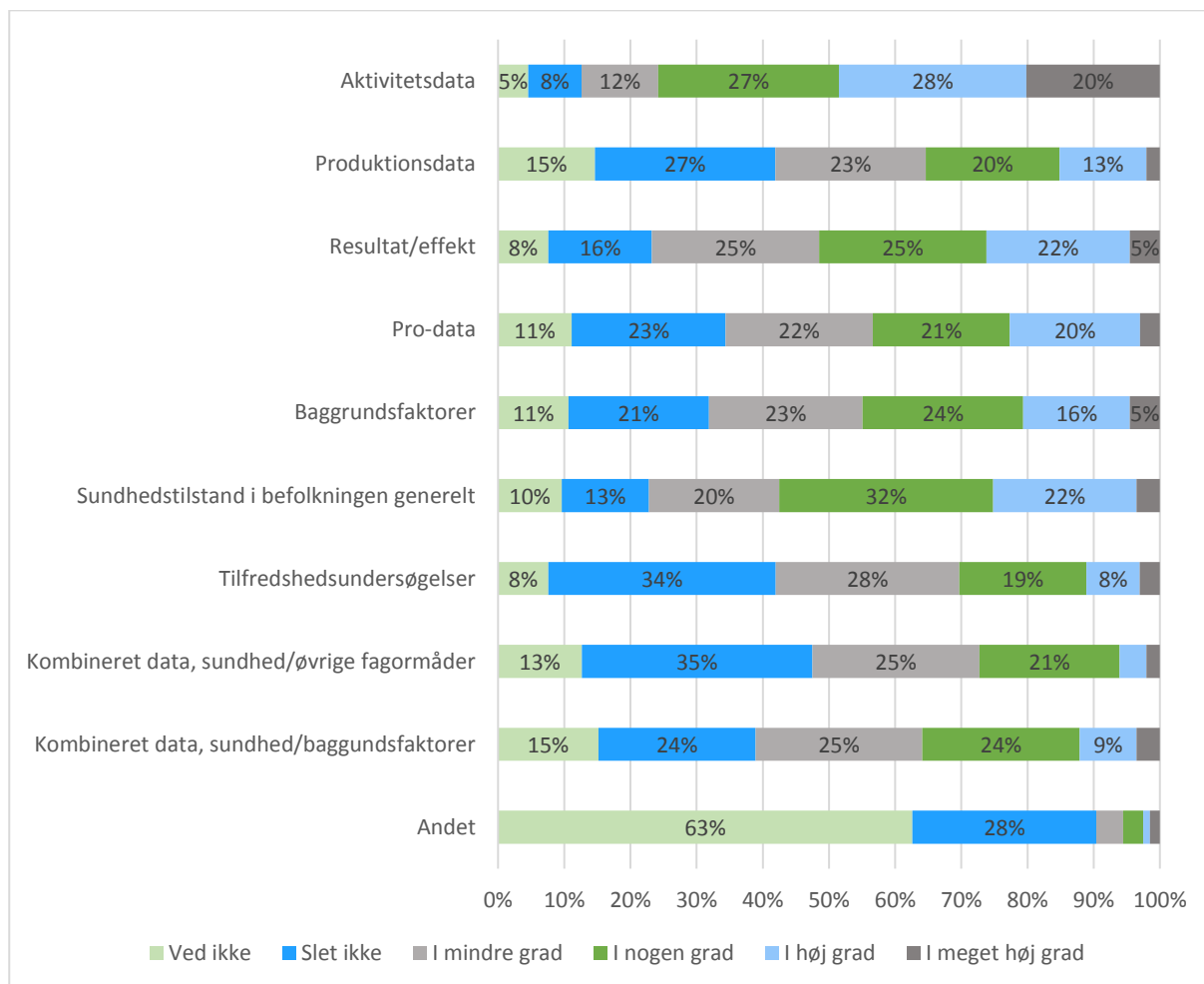
I en uddybende kommentar i spørgeskemaet har kommunerne givet gode eksempler på, hvordan de anvender sundhedsdata på sundhedsplejeområdet. Sundhedsdata bruges særligt til tværfagligt samarbejde med regionen og andre kommuner i forhold til specifikke målgrupper og til at oprette nye målrettede tilbud. Dertil kommer at sundhedsdata bruges til at optimere indsatser og til planlægning og styring. Danmarks børn, Den Nationale Børnedatabase, Børns Sundhed, Sundhedsprofiler, trivselsmålinger og Skolesundhed.dk identificeres endelig som kilder til benchmarking af egne indsatser op imod andre kommuner

8.3 Hvilke typer af data anvendes?

I Figur 57 ses det, at aktivitetsdata er klart de mest anvendte former for sundhedsdata inden for sundhedsplejeområdet. 48% af kommunerne anvender i høj grad denne type af data og dertil kommer 27% som i nogen grad anvender dem. Herefter følger data om effekt og data om sundhedstilstande i befolkningen som anvendes i høj grad i 26-27% af kommunerne og i nogen grad i yderligere 25-32% af kommunerne, dvs. cirka halvdelen af kommunerne. Sundhedsdata i kombination med data fra andre velfærdsområder i kommunen anvendes slet ikke i 35% af kommunerne

Anvendelsesgrader for brugen af de forskellige datatyper følger generelt den tværgående brug (se Figur 8).

Figur 57: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata til planlægningsopgaver på sundhedsplejeområdet



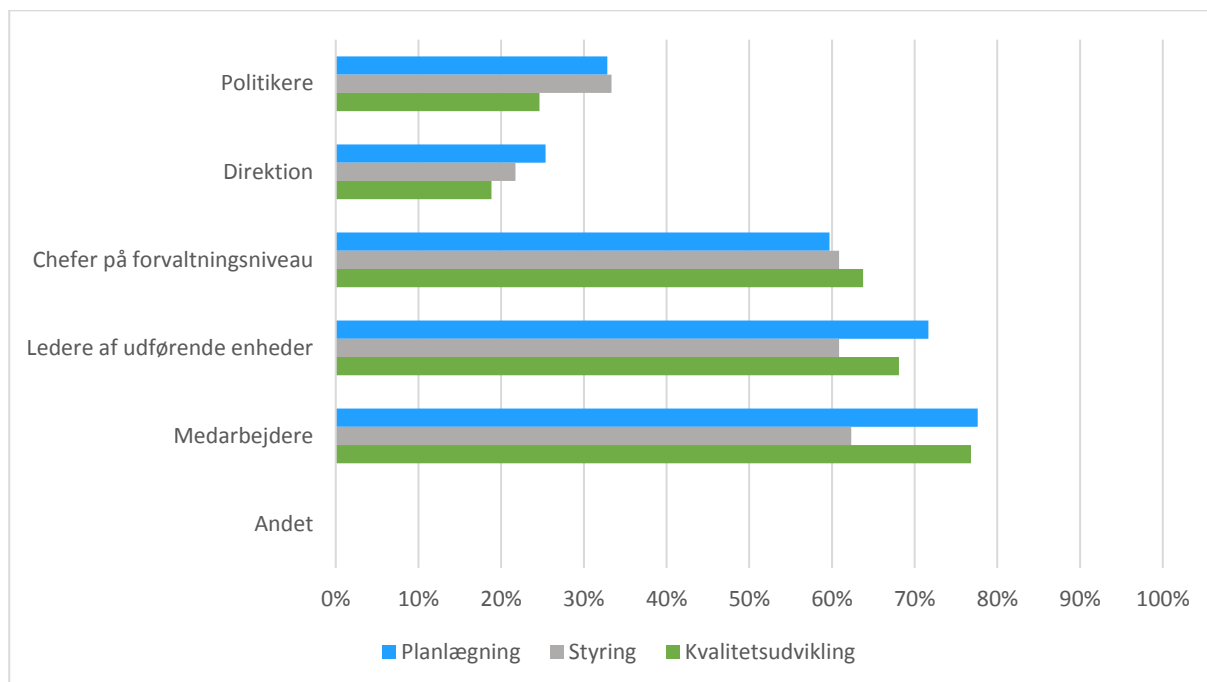
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad anvender I disse typer af sundhedsdata til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne er dannet ud fra et vægtet gennemsnit af kategorierne planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Antallet af respondenter er 65 for planlægning, 67 for styring samt 66 for kvalitetsudvikling.

8.4 Hvem anvender sundhedsdata på området?

Figur 58 viser hvor i den kommunale organisation sundhedsdata anvendes på sundhedsplejeområdet. Bemærk at anvendelsen er fordelt på de tre overordnede formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling.

Figuren viser, at i størstedelen af kommunerne (77-78%) anvendes sundhedsdata af medarbejderne til planlægning og kvalitetsudvikling af sundhedsplejeområdet. I 63% af kommunerne anvendes data af medarbejderne også til styring. Sundhedsdata til styring anvendes i en stor del af kommunerne (omkring 60%) af forvaltningschefer og udførende ledere og i noget mindre grad af politikere og direktion (hhv. 33% og 22%)

Figur 58: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata på forskellige niveauer i organisationen på sundhedsplejeområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *På hvilke niveauer i organisationen har i på angivet området i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere krydser)*. Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad (hjemmepleje-området). Kategorien andet er fjernet fra figuren, da der ingen respondenter er i kategorien. Antallet af respondenter er hhv. 67 for planlægning samt 69 for styring og kvalitetsudvikling.

Sammenlignes resultaterne med brugen på tværs af de øvrige fagområder, ses det, at planlægningsformålet på sundhedsplejeområdet i lidt mindre grad angives som værende et formål på tværs af organisatoriske niveauer, med undtagelse af medarbejdernes brug, som ligger en smule højere end de øvrige områder. Samme tendens gør sig gældende i forhold til styring og kvalitetsudvikling, om end chefer på forvaltningsniveau, ledere af udførende enheder samt medarbejderne i forholdt i til kvalitetsudviklingen følger de tværgående tendenser (se Figur 9).

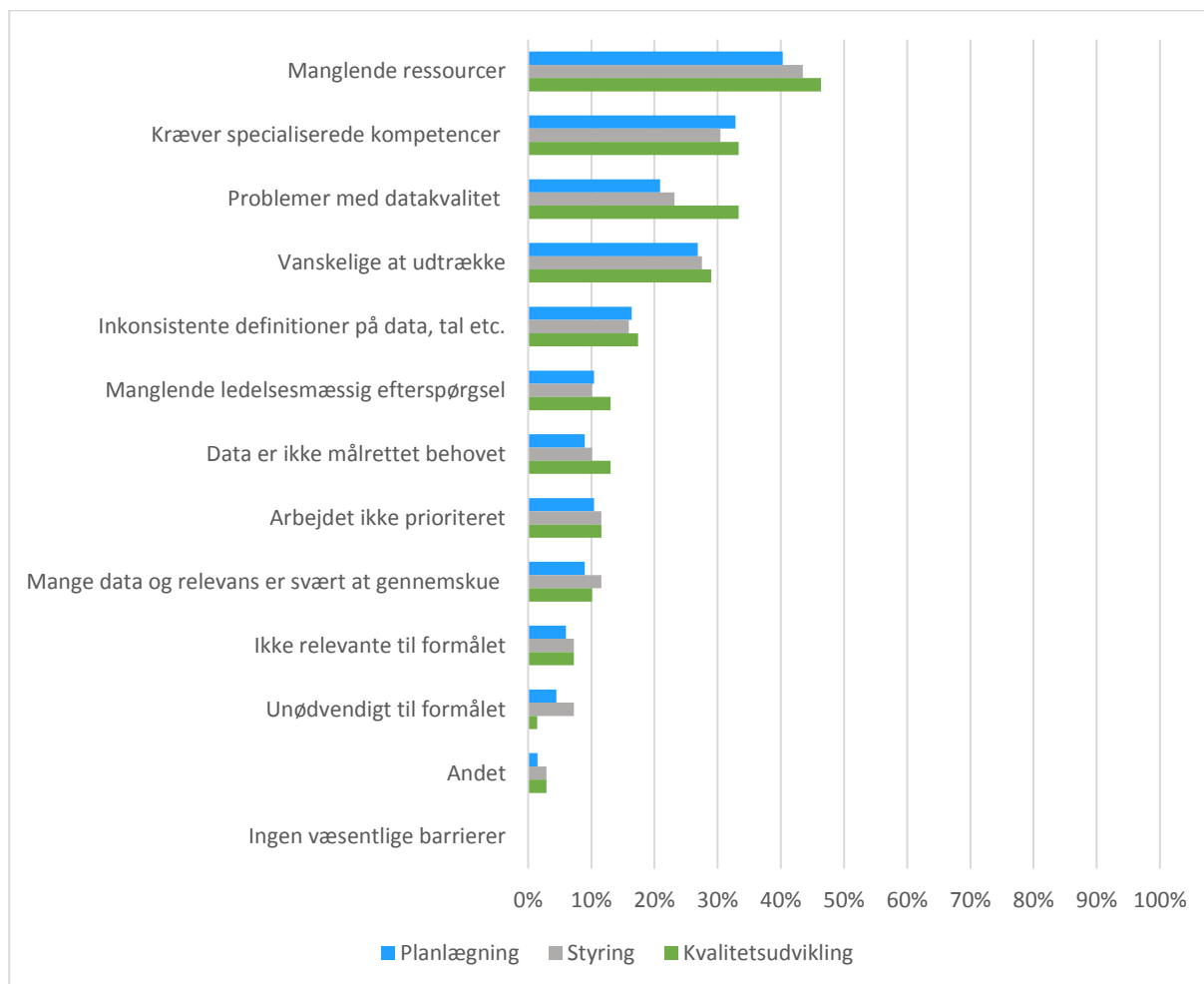
8.5 Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?

I figuren neden for er respondenternes svar ift. eventuelle barrierer for arbejdet med sundhedsdata på sundhedsplejeområdet gengivet. Det er først og fremmest de tekniske og personalemæssige barrierer, der fylder for kommunerne, dog i mindre grad end på f.eks. på genoptrænings- og forebyggelsesområdet.

30-40% af kommunerne angiver, at de mangler ressourcer til at udtrække og behandle data og at udtræk og bearbejdning af data kræver specialiserede kompetencer. Omkring en fjerdedel af kommunerne oplever, at sundhedsdata er vanskelige at hente ud af systemer og at der er problemer med datakvaliteten. Tendenser, som flugter med de tværgående tendenser på tværs af de seks fagområder.

Det er igen et fåtal af kommunerne der oplever, at det ikke er relevant at arbejde med sundhedsdata, eller at der mangler ledelsesmæssig prioritering og efterspørgsel.

Figur 59: Kommunernes barrierer for anvendelsen af sundhedsdata på sundhedsplejeområdet



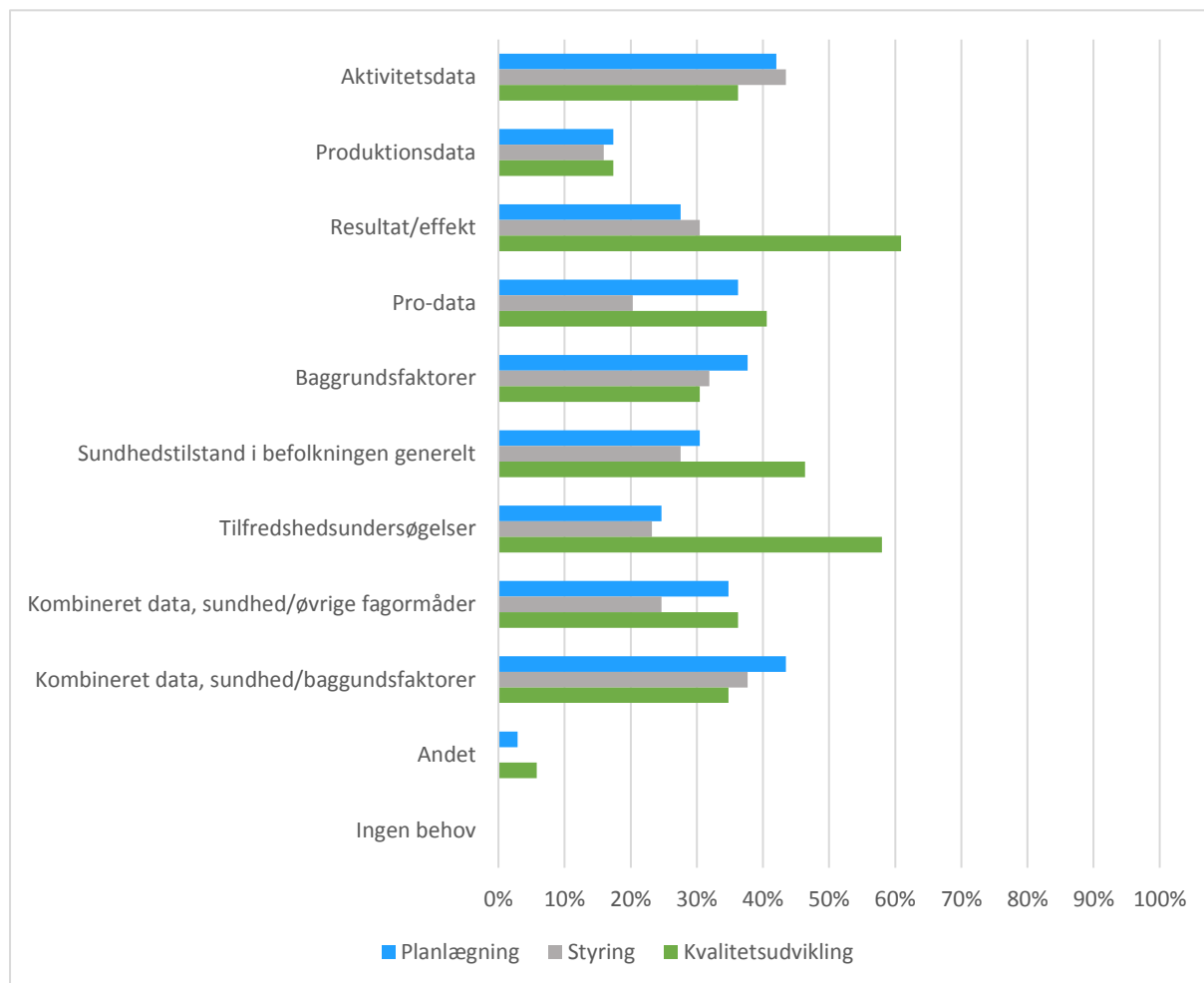
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvilke af følgende udsagn beskriver de væsentligste barrierer for anvendelse af sundhedsdata til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune? (Sæt gerne flere kryds).* Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad. Antallet af respondenter er hhv. 67 for planlægning samt 69 for styring og kvalitetsudvikling.

De uddybende svar fra spørgeskemaerne med hensyn til barrierer er især rettet imod problemer med datakvalitet, at der i praksis ikke er adgang til nok relevant sundhedsdata og ikke mindst at det er meget ressourcetungt at arbejde med, ikke mindst fordi det ikke er muligt at lave automatiserede udtræk i forhold til effekten af behandling, hvilket gør processen omkostningstung og skaber unødvendige arbejdsgange.

8.6 Hvilke typer data er der behov for?

61% af kommunerne ser et stort behov for data om resultater og effekt som led i den fremtidige kvalitetsudvikling på sundhedsplejeområdet. Også data fra tilfredshedsundersøgelser og data om sundhedstilstande i befolkningen generelt til brug for kvalitetsudvikling efterspørges af hhv. 58% og 46% af kommunerne. Til brug for styring og planlægning er det særligt aktivitetsdata og sundhedsdata i kombination med geografiske, demografiske og økonomiske data der efterspørges. De efterspørges af omkring 40% af kommunerne. Der er mindst efterspørgsel efter produktionsdata (under 20%).

Figur 60: Kommunernes største behov for specifikke datatyper på tværs af formål på sundhedsplejeområdet



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 krydser). 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 69.

I uddybende besvarelser i forhold til behov nævnes det, at der mangler en overordnet national strategi på IT-området, mål, akkreditering for området, samt en ensrettet indsamling af data. Dertil kommer et behov for mere viden om effekt og evidensbaserede indsatser med henblik på at kunne styre, planlægge og udvikle, da det på nuværende tidspunkt er svært at måle effekter af f.eks. de forebyggende indsatser.

8.7 Opsummering af hovedtendenserne på sundhedsplejeområdet

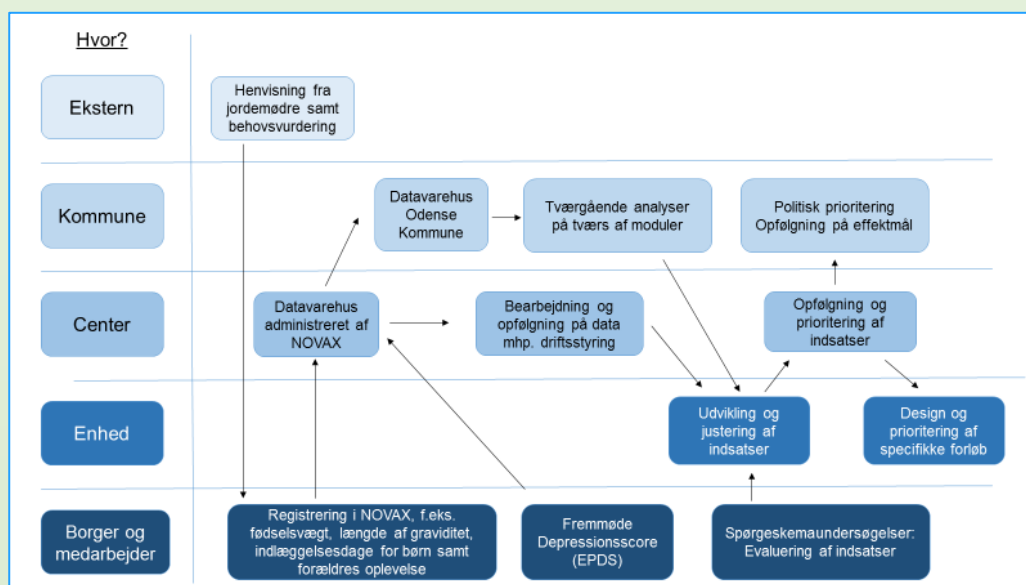
- Ca. 60% af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad til planlægning- og styringsformål. Anvendelsesgraden følger den tværgående tendens.
- Det er særligt data stammer fra kommunernes fagsystemer, som anvendes, dernæst data fra regionen og andre myndigheder samt data indsamlet fra lokale løsninger.

- Ca. halvdelen af kommunerne anvender i høj grad sundhedsdata til ressource- og kapacitetsplanlægning, dernæst til identifikation af fokusområder og mål samt planlægning af indsatser. Et mønster, som flugter den tværgående anvendelse.
- I et styringsperspektiv anvendes sundhedsdata i høj grad til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser, dernæst til aktivitetsstyring, resultat og effektstyring samt til oversættelse af serviceniveau og kvalitetsstandarder til fælles faglig praksis. Et mønster, som følger den tværgående tendens.
- I forhold til kvalitetsudvikling anvender størstedelen af kommunerne data til faglig ledelse og udvikling af faglig praksis.
- Lidt under halvdelen anvender sundhedsdata til planlægning og kvalitetsudvikling i samarbejdet med regionen, mens en langt mindre andel anvender data til kvalitetsudvikling og planlægning i samarbejdet med almen praksis. Kun en meget lille andel bruger sundhedsdata i samarbejdet med almenpraksis,
- Anvendelsen af data til samarbejdet med regionen er på tværs af de tre formål lidt større på sundhedsplejeområdet end hvad der ses på tværs af fagområderne. Det modsatte gør sig gældende for samarbejdet med almen praksis
- Aktivitetsdata anvendes af den største andel af kommuner, efterfulgt af data om effekt og om sundhedstilstande i befolkningen
- I størstedelen af kommunerne anvendes sundhedsdata af medarbejderne til planlægning og kvalitetsudvikling og dernæst til styring. I et styringsperspektiv anvendes sundhedsdata i ca. 60% af kommunerne af forvaltningschefer og udførende ledere og i noget mindre grad af politikere og direktion
- Planlægningsformålet angives i mindre grad, som værende et formål på tværs af organisatoriske niveauer sammenlignet med de øvrige områder, med undtagelse af medarbejdernes brug. I forhold til styring og kvalitetsudvikling ligger anvendelsen lidt lavere end den gennemsnitlige.
- I forhold til barrierer angives de tekniske og personalemæssige barrierer. Barrierer, som flugter med de tværgående tendenser på fagområderne.
- Der angives et behov for data om resultater og effekt, som led i den fremtidige kvalitetsudvikling samt data fra tilfredshedsundersøgelser og data om sundhedstilstande i befolkningen.
- I planlægningsøjemed efterspørges aktivitetsdata og sundhedsdata i kombination med geografiske, demografiske og økonomiske data der efterspørges.

8.8 Case 1: Brugen af sundhedsdata i Odense Kommunes sundhedspleje

Sundhedsplejen i Odense Kommune har en bred vifte af sundhedstilbud til kvinder under deres graviditet, hen over barnets leveår og indtil den unge forlader skolen. Sundhedsplejen skal bidrage til at sikre børn og unge får en sund opvækst og at der skabes gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Dette skal gøres gennem undersøgelser, rådgivning og vejledning af børn og familier om trivsel og sundhed. Til understøttelsen af arbejdet i sundhedsplejen bruges en række sundhedsdata, som illustreret i Figur 61.

Figur 61: Brugen af sundhedsdata på sundhedsplejeområdet i Odense Kommune



Indsatsen hos den kommunale sundhedspleje tager udgangspunkt i en henvisning fra en jordemoder. Brugen af sundhedsdata i Odense Kommunes sundhedspleje baserer sig herefter primært på de informationer og registreringer som sundhedsplejerskerne løbende indtaster i det elektroniske journalsystem NOVAX. Data, som overføres til et datavarehus administreret af NOVAX, hvor data kobles med aktivitetsdata registreret af sundhedsplejepersonalet i Excel-ark. Den sundhedsfaglige registrering udspringer primært af Sundhedsloven og indbefatter bl.a. informationer om barnets fødselsvægt, længde af graviditet osv.

Analyseredskabet Danmarks børn, som er en del af NOVAX, understøtter her arbejdet med faglige analyser samt i forhold til at understøtte sundhedsplejens arbejde med effektiv planlægning. Det være sig i forhold til den overordnede planlægning, men også til brug for den enkelte medarbejder. Mangler en teamleder viden om konkrete tiltag eller aktiviteter, kan to superbrugere i NOVAX tilgå data i Danmarks børn og f.eks. se antallet af fødsler fordelt på sundhedsplejerskerne.

NOVAX dækker tre overordnede område, en forældre-, småbørns- samt en skoledel. Systemet muliggør opdeling og analyse med udgangspunkt i forskellige målgrupper og i Odense Kommune bruges data fra NOVAX, således, til at koble viden om udvikling i målgrupper med iværksættelsen og behovet for indsatser, f.eks. i forhold til behovet for depressionsgrupper. Da NOVAX kun indeholder oplysninger om sundhedsdata og da systemet ikke muliggør tværgående analyser på tværs af modulerne, har man i Odense Kommune valgt at opbygge et lokalt, centralt forankret datavarehus. Et varehus, som Odense Kommune har fuld autonomi over, og selv står for at udvikle. Ved at

trække data fra NOVAX over i dette datavarehus åbnes der dermed op for at der kan laves bredere analysere, hvor sundhedsdata f.eks. kobles med anden data såsom geografi og fravær

Data fra de to datavarehuse bruges i et planlægnings- og styringsperspektiv til at udvikle og justere indsatser. Det vil sige, til at vurdere de iværksatte indsatser samt de konkrete aktiviteter og metoder med efterfølgende evalueringer af indsatsen. Konkret bruges data til at følge op på hvor mange, der tilbydes konkrete forløb og dette sammenholdes med antallet af borgere som takker ja til tilbuddet, mens ventelistedata bruges til at give indsigt i udbud og efterspørgsel på specifikke tilbud. Borgernes holdninger og ønsker opfanges her efter behov ved at få dem til at udfylde spørgeskemaundersøgelser, som giver dybere indsigt i baggrunden for til- og fravalg. Data bruges på denne måde til at skabe et mere solidt beslutningsgrundlag til at foretage prioritering af indsatser og til at understøtte eller forkaste de fornemmelser og ”synsninger” som eksisterer i organisationen.

Som overordnede effektmål, har man i Odense Kommune besluttet at man indenfor Tværfaglig Sundhed og Forebyggelse, som sundhedsplejen er en del af, skal måles på to centrale effektmål; fysisk og mental trivsel, hvor fysisk trivsel måles gennem et indeks bestående af en række komponenter, herunder BMI. Hver måned laves der månedlige opfølgninger på antallet af fødsler og besøg med henblik på at understøtte den generelle driftsplanlægning. Derudover laves der løbende og i forskellig regi opfølgning på antallet af fødsler fordelt på sundhedsplejen og udviklingen i målgruppens BMI.

Den mentale trivsel måles med henblik på at forebygge fødselsdepression. Dette gøres ved at de kommende mødre udfylder et spørgeskema, som kan bruges til at vurdere en den enkeltes ’depressionsscore’. En score som giver en indikation om, hvorvidt kvinden har/eller er ved at udvikle en efterfødselsreaktion. I Odense Kommune benyttes EPDS-testen (Edinburgh Postnatal Depression Scale), som screeningsværktøj til at vurdere om kvinderne har/eller er ved at udvikle en fødselsdepression, samt hvilke reaktioner de har i forhold til at være blevet forældre. Kvinderne får på baggrund af EPDS-testen og deres score tilbud om samtale med læge samt tilbud om deltagelse i relevante forløb. Center for Omsorg og Forebyggelse trækker efterfølgende data for at følge op på hvem der har fået tildelt fødselsdepressionsgrupper, udviklingen i diagnoser samt hvor mange der burde have fået tildelt en gruppe. Herefter vurderes det, hvorvidt der er behov for nye grupper.

Data bruges ind i den politiske proces til at underbygge beslutningsgrundlaget og til at følge op på udviklingen i de besluttede effektmål. Udover udviklingen i effektmål kunne dette f.eks. omfatte fremlæggelser af deltagelsesprocenter for chefgrupper og politikere, hvis, sådanne data skal og kan understøtte større og mere principielle prioriteringsbeslutninger.

Resultater

Arbejdet i sundhedsplejen i Odense Kommune er baseret på et ønske om at kunne lave tidlige indsatser. Dette er bygget på en investeringstanke om, at jo tidligere og mere målrettet der sættes ind jo bedre er det for barnet og familien, men også for omfanget af de indsatser, som kræves. Data og ikke mindst effektmålene er her centrale parametre i opfølgningen af udviklingen på området.

Arbejdet med data har i sundhedsplejen i Odense Kommune betydet, at det har været muligt at tilpasse indsatser og tilbud. Ved at styre og følge op på antal registrerede deltagere sammenholdt med de faktiske deltagelsesprocenter har det været muligt at prioritere indsatserne med udgangspunkt i borgernes behov. Et eksempel er her forældreforløb for nye forældre. Forløbet var oprindeligt sat til at bestå af 14 mødegange. Data viste dog, at deltagerantallet ved de sidste 4 møder, som lå efter barnet var fyldt 10 mdr. var halveret. Dette førte til en justering af indsatsen, således, at den i dag kun består af 10 møder, med afholdelse af det sidste møde når barnet er ni måneder.

Et andet konkret resultat er i denne forbindelse, at data er blevet brugt til at følge op sundhedsplejerskernes praksis, herunder hvorvidt borgere med specifikke behov faktisk bliver henvist til de rette tilbud. I forhold til borgere med efterfødselsreaktioner, har man bl.a. ved at følge op på antallet af mødre, som er registreret med diagnosen samt deres EPDS-score, kunnet følge op på, hvorvidt de faktisk er blevet tildelt og tilbud deltagelse i en depressionsgruppe.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

En vigtig succesfaktor for arbejdet med data er, at de fagprofessionelle klædes ordentligt på til at kunne dokumentere og registrere retvisende og korrekt. Dette understøtter, at data kan bruges til at udvikle en fælles faglig praksis og ikke mindst til at skabe et fælles blik for udvikling og udfordringerne på området. For sundhedsplejerskerne er NOVAX et arbejdsredskab, og der udestår derfor en vigtig opgave i løbende at oversætte og kommunikere behovet og vigtigheden af registreringer og dokumentation. Dette på sådan måde, at det giver mening ind i sundhedsplejerskernes fagprofessionelle arbejde. Det har vist sig, at en vigtig motivationsfaktor er at de fagprofessionelle har viden om og forståelse for, hvad deres registreringer har af betydning for de indsatser og tilbud, som borgerne tilbydes.

Det har, endvidere, været væsentligt, at der har været adgang til superbrugere i f.eks. NOVAX. Superbrugere, som har kunnet se og analysere på tværs og som kan bistå med teknisk viden om udtræk og bearbejdning af data. Superbrugeren bliver således et vigtigt bindeled mellem de fagprofessionelle og datamedarbejderne og er en vigtig brik i oversættelsesarbejdet mellem det tekniske og det fagfaglige. Både så de fagprofessionelle kan forstå og omsætte konkrete behov til databestillinger, og lige så vigtigt at de som arbejder med data forstår og har indsigt i praksis, således, at de kan oversætte og omsætte data til de efterspurgte behov. Dette er ikke en let øvelse og kræver ofte at ting gennemtænkes og diskuteres ad flere omgange.

NOVAX er en applikationsløsning med omkring 140 tabeller, hvilket betyder, at den kan være svær at finde rundt i. Selvom NOVAX dækker de tre overordnede områder forældre, småbørn samt skole, opstår der udfordringer i forhold til at kunne trække og analysere data på tværs af moduler. Dette betyder, at det ikke er muligt at koble data med henblik på f.eks. at lave analyser af antallet af behovsbesøg som et givent barn har brug for sammenholdt med moderens alder. Der forligger derfor noget vej inden det er muligt at bruge data til at lavere lidt dybere analyser af problemstillingerne.

Ændringer i tilbud og tilbudsstruktur er endelig også en udfordring i arbejdet med data. Når der løbende sker ændringer i indsatser og tilbud, også selvom dette blot er af navn, betyder dette at arbejdet med at fremstille sammenlignelige tidsserier besværliggøres. Hvis sådanne oplysninger ikke noteres løbende, er det ikke muligt efterfølgende at lave opfølgning på tværs af år. Det er her erfaringen at sådan organisatorisk viden hurtigt går tabt, hvis man ikke oparbejder en god praksis i forhold til i f.eks. at lave kronologiske lister med navne og tilhørende indhold af tilbud.

8.9 Case 2: Dataunderstøttet arbejde i sundhedsplejen i Aarhus Kommune

Det dataunderstøttede arbejde i Aarhus Kommunes sundhedspleje

I Aarhus Kommune arbejdes der ud fra investeringsmodeller, hvor man ud fra kortlægninger på tværs identificerer, de områder og/eller målgrupper indsatserne målrettes, og der følges op på om indsatsen giver de ønskede resultater, således midlerne kan prioriteres til andre formål, hvis ikke den ønskede effekt opnås.

I udgangspunktet anvender kommunen data til at identificere målgrupper for indsatser. Kortlægningen bliver bl.a. foretaget på baggrund af data, der blev hentet på tværs af interne systemer og fra e-sundhed. I kortlægningen kan kommunen bl.a. se på socio-økonomiske faktorer, diagnoser og geografi. Herefter designs indsatserne og det fastsættes, hvilke konkrete indikatorer, der skal følges op på for at bestemme om indsatsen medfører de ønskede resultater.

De data der opsamles i forbindelse med indsatserne anvendes desuden på enheds- og medarbejderniveau til at understøtte dialogen omkring faglig praksis. F.eks. anvendes oplysninger om hvor mange besøg af sundhedsplejen tilbydes til at afstemme vurderinger af borgernes behov og de resultater det har givet f.eks. at tilbyde flere besøg. Det medfører at praksis justeres således at borgere med samme behov tilbydes indsatser af samme omfang, samtidig med at den data understøttede dialog om praksis bidrager til at kompetenceudviklingsbehov hos medarbejderne identificeres.

Andre eksempler på anvendelse af sundhedsplejens data fra Aarhus Kommune er, at data om målgrupper geografisk fordelt anvendes i budgetlægningen til at fordele ressourcer mellem distrikterne. F.eks. allokeres flere midler til de distrikter, hvor der pga. at Aarhus er en universitetsby, er mange førstegangsfødende.

Sundhedsplejens data anvendes også ind i kvalitetsrapporter på skole- og dagtilbudsområdet, så skoler og dagtilbud kan planlægge konkrete indsatser i forhold til børnenes sundhed. Dvs. at sundhedsplejens data stilles til rådighed for institutions- og skolelederne, så de kan planlægge nogle konkrete indsatser på deres enhed. F.eks. iværksatte en af kommunens dagtilbud en indsats i forhold til børnenes vægt, fordi sundhedsplejens data viste, at der var en udfordring med overvægt ved skolestart i dagtilbuddet.

Kritiske succesfaktorer og barrierer for det dataunderstøttede arbejde

En af de vigtigste årsager til succes med at anvende data til at understøtte sundhedsplejens arbejde er, at der har været stor fokus på at tale ind i medarbejdernes faglighed. Det handler bl.a. om at tydeliggøre, hvordan det sundhedsplejerskerne registrerer, bidrager til, at kommunen får sat rigtigt ind i forhold til familien og i sidste ende, kan det betyde en positiv indflydelse på et helt liv. Det er således en vigtig opgave at oversætte behovet for registreringer og dokumentation således, at det giver mening ind i sundhedsplejerskernes fagprofessionelle arbejde. Det er i denne forbindelse også vigtigt med en skarp prioritering af, hvad der skal registreres, således det rigtige bliver dokumenteret og registreret uden, at der hele tiden vil skulle dokumenteres og registreres mere.

En anden vigtig succesfaktor er inddragelse af medarbejderne i hele forløbet. Det er bl.a. vigtigt at sætte de fagprofessionelles viden og erfaringer i spil, når mønstre i data skal omsættes til konkrete indsatser. Det er således også en vigtig forudsætning at datakompetence kobles med den faglige indsigt i anvendelsen af data.

En af udfordringerne i forhold til at arbejde med investeringsmodeller på den måde som Aarhus Kommune bl.a. har gjort i dette projekt er, at det ikke altid er lige let at

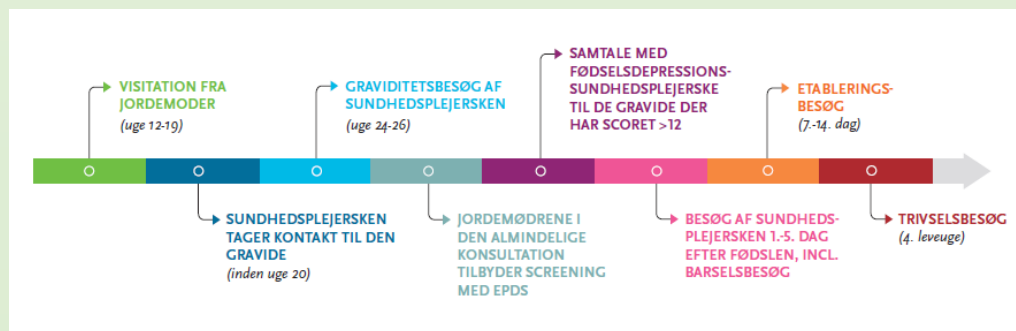
flytte penge rundt. Her bidrager anvendelsen af data til at dokumentere hvilke indsatser, der giver de bedste resultater, og hvilke der bidrager mindst, og dermed til at skabe mere tydelighed omkring hvad der giver mest sundhed for pengene.

Eksempel – Det dataunderstøttede arbejde i Aarhus Kommunes indsats for sårbare gravide

Sundhedsplejen i Aarhus Kommune arbejder målrettet med at hjælpe de sårbare gravide med sociale og psykiske udfordringer. Formålet med indsatsen er at styrke familiens robusthed med henblik på at sikre barnets trivsel og udvikling. Bl.a. gemmen samarbejde med Aarhus Universitetshospital, Skejby har kommunen haft succes med tidlige og koordinerede indsatser for målgruppen. Brug af data understøtter bl.a. en systematisk og tværfaglig opsporing, hvilket sikrer, at sårbare gravide får tilbudt en målrettet indsats, som har en tydelig og målbar positiv effekt.

Der er tale om et satspuljeprosjekt der skulle definere gravide i niveau 3 i Svangreomsorgen og udvikle en pakkeindsats til disse kvinder og deres familier med henblik på at sikre en bedre trivsel og udvikling for barnet og familien. Efter den indledende kortlægning har kommunen designet den konkrete indsats i sundhedsplejen og fastsat de indikatorer, som indsatsens succes måles på. Det er bl.a. fødselsvægten, længden på graviditeten, indlæggelsesdage, fødselsdepressionsscoringer og forældrenes oplevelse af hvor godt de føler sig rustet.

Figur 62: Tidslinje for indsatsen for sårbare gravide



Samarbejdet med Aarhus Universitetshospital, Skejby er centralt i forbindelse med denne indsats. De sårbare mødre henvises til den kommunale indsats af jordemødrene på baggrund af deres data i forbindelse med 1. graviditetsundersøgelse omkring graviditetsuge 16. Derudover henvises de gravide i den almindelige jordemoderkonsultation til den kommunale indsats, hvis de scorer 12 eller der over på Edinburgh Postnatal Depression Scale ved undersøgelsen i 28. graviditetsuge. Aarhus kommune har også valgt at tilbyde EPDS screening i det videre forløb, hvilket bl.a. betyder, at man har samme sprog og forståelse af behovet hos de sårbare mødre, når jordemødrene henviser dem til den kommunale indsats i sundhedsplejen.

I forhold til planlægningen af indsatsen for de gravide, der henvises af jordemødrene til den kommunale indsats, har Aarhus Kommune udviklet et dialoghjul "Familiehjulet", som er det redskab sundhedsplejerskerne anvender til at kortlægge familiens ressourcer og udfordringer. Familiehjulet fungerer således som et ressourcebaseret arbejdsredskab, der giver et helhedssyn på familien, og danner grundlag for at planlægge den videre indsats for familien. Det er samtidig i forbindelse med anvendelse af dette redskab, at sundhedsplejen dokumenterer og registrerer data, dvs. at det sker i samme arbejdsgang og i sammenhæng med det faglige arbejde. Der registreres i TM sund, hvor faste skemaer udfyldes i forhold til det enkelte besøg. Herfra kan der så efterfølgende trækkes relevant data og her benyttes andre skemaer til at underbygge dataindsamlingen i forbindelse med graviditetsbesøget.

Konkrete resultater

Indsatsen har medført en række konkrete og målbare resultater i forhold til de mål, Aarhus Kommune har sat for indsatsen. Bl.a. kan indsatsens succes måles på højere fødselsvægt, længden på graviditeten, antallet indlæggelsesdage for børnene og forældrenes egen opfattelse af hvor godt de føler sig rustet. Data viser således meget konkret, at indsatsen er med skabe et bedre udgangspunkt for børnenes trivsel og udvikling.

I Center for Sundhed og Trivsel i Aarhus Kommune har disse data også bidraget til at vise, at indsatsen i forhold til de sårbare gravide er en investering, der er med til sikre børnenes trivsel og udvikling. Den opfølgning på resultater anvendes i kommunens arbejde med investeringsmodeller til at afgøre om en indsats skal fortsætte eller om kommunen får mere sundhed for pengene ved at investere i andre indsatser. På den måde understøttes prioriteringen af indsatser af de data, der opsamles.

Anvendelsen af data har desuden understøttet samarbejde, dialog om faglig praksis og kompetenceudvikling. Anvendelsen af data har været med til at give medarbejderne et fælles sprog på tværs af fagligheder og organisatoriske enheder. Bl.a. giver det et fælles sprog i forhold til identifikation af de gravide indsatsen tilbydes og i kortlægningen af de ressourcer og udfordringer, som den konkrete indsats tilrettelægges på baggrund af, herunder kan nævnes fælles brug af EPDS screeningen.

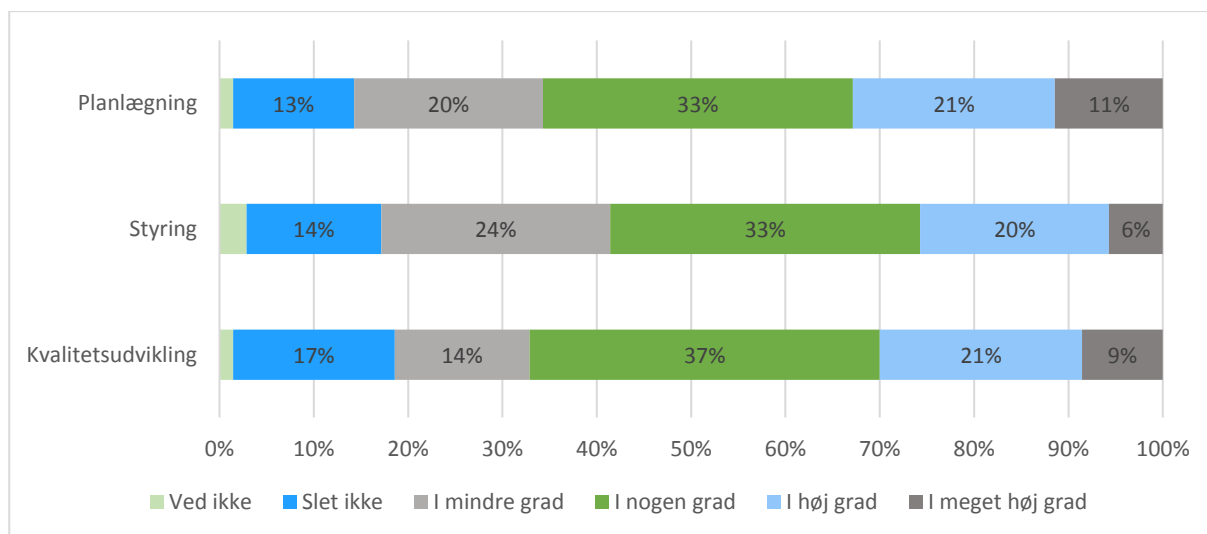
9 Misbrugsbehandlingsområdet

I følgende kapitel kortlægges kommunernes anvendelse af sundhedsdata på området for misbrugsbehandling. Først kortlægges anvendelsen af sundhedsdata, herunder hvor systematisk brugen er. Kapitlet kortlægger, hvad sundhedsdata anvendes til, hvilke datatyper, som anvendes og hvem i den kommunale organisation, som anvender denne data. Derudover kortlægges de relevante barrierer for arbejdet med sundhedsdata og endelig hvilke data, der efterspørges på området.

9.1 Hvor udbredt er anvendelsen af sundhedsdata på området?

Figur 63 illustrerer, hvor meget kommunerne anvender sundhedsdata på misbrugsbehandlingsområdet. Figuren opsummerer kommunernes brug af sundhedsdata fordelt på de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Som illustreret i figuren anvendes data kun i høj grad eller meget høj grad i ca. 30 % af kommunerne, hvorimod hele 33-37 % af kommunerne anvender data i nogen grad. Samtidig anvender 31-38 % af kommunerne slet ingen data eller kun data i mindre grad. Sammenlignes anvendelsesgraden på tværs af de tre formål ses det, at kvalitetsudvikling er det formål på misbrugsområdet, hvor flest kommuner anvender data i nogen grad, høj grad eller meget høj grad (67 %), hvorimod styring er det formål, hvor færrest af kommunerne anvender data i nogen, høj eller meget høj grad (59 %).

Figur 63: Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata til forskellige formål på området for misbrugsbehandling



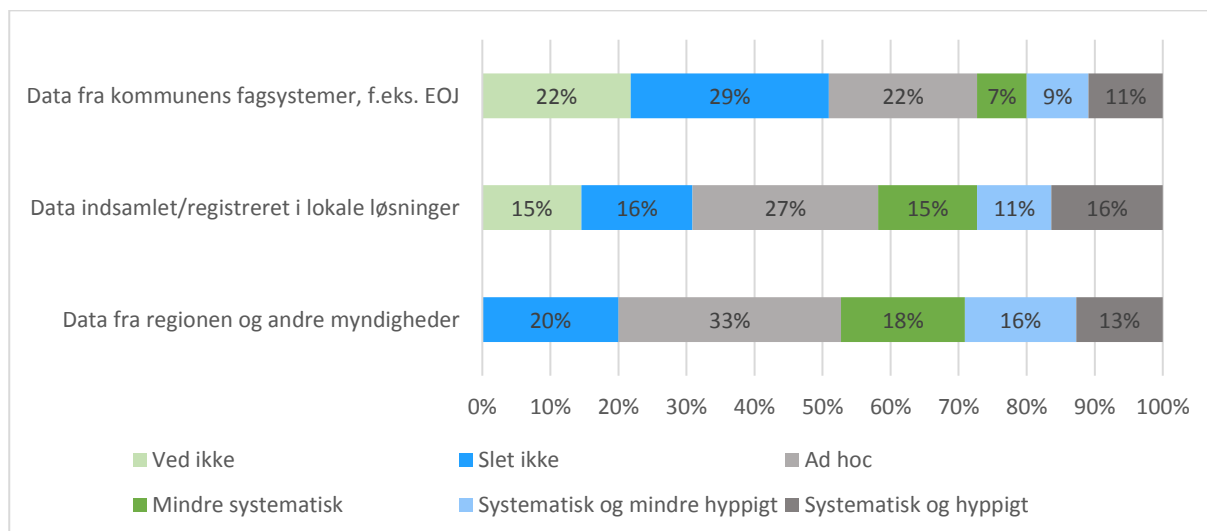
Figurnote: Procenterne i figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål på "angivet område" i jeres kommune?* i spørgeskemaet Sundhedsdataundersøgelsen. Antallet af respondenter er 70.

Sammenlignes anvendelsen på misbrugsbehandlingsområdet med anvendelsesgraden på tværs af de 6 fagområder (se Tabel 5), ses det, at anvendelsesgraden er langt mindre på dette område. Misbrugsbehandlingsområdet er således det område hvor sundhedsdata bruges mindst. I denne forbindelse er det værd at bemærke, at ca. en tredjedel af kommunerne ikke har egne tilbud på misbrugsbehandlingsområdet. Besvarelserne skal derfor ses i lyset af, at nogle af respondenterne kan have besvaret skemaet ud fra en kontekst, hvor de ikke selv har adgang til sundhedsdata på området, men hvor deres leverandør har adgang til disse data.

Som en del af kortlægningen er det undersøgt. Hvor systematisk brugen af sundhedsdata er fra specifikke kilder er. Som det ses i Figur 64Figur 39, er det særligt data fra

regionen og andre myndigheder samt data indsamlet fra lokale løsninger som anvendes efterfulgt af data fra kommunernes fagsystemer. Det er værd at bemærke, at misbrugsområdet er det område hvor disse datatyper anvendes mindst systematisk og hyppigt.

Figur 64: Den systematiske anvendelsesgrad af sundhedsdata fra forskellige kilder i kommunen på misbrugsområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: Hvor systematisk anvendes sundhedsdata fra følgende kilder på "angivet område" i jeres kommune? Antallet af respondenter er 55.

9.2 Hvad anvendes data til?

Der er i undersøgelsen spurgt ind til, hvad sundhedsdata mere præcist anvendes til i de deltagende kommuner. De detaljerede figurer fremgår af bilaget, der går i dybden med anvendelse af sundhedsdata i forhold til planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Sidst i afsnittet fremgår det, hvorvidt sundhedsdata indgår i samarbejdet med regionen og almen praksis.

Ad planlægning:

35% af kommunerne anvender i høj eller meget høj grad sundhedsdata på misbrugsbehandlingsområdet til identifikation af fokusområder og mål samt planlægning af indsatser. 24% af kommunerne anvender i høj grad sundhedsdata til ressource- og kapacitetsplanlægning og koordination mellem enheder. 23% af kommuner anvender i høj grad data til budgettering. Resultater som ligger meget lavere end den tværgående anvendelse i forhold til disse opgaver (se Figur 4).

Ad styring

25% af kommuner anvender i høj eller meget høj grad sundhedsdata til aktivitetsstyring, mens 20% bruger i høj og meget høj anvender sundhedsdata til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser. Ca. 60% af kommuner angiver, at de i nogen grad til i meget høj grad anvender data til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser. Lidt færre (omkring 50%) anvender sundhedsdata i nogen grad eller i høj grad til budgetopfølgning og opfølgning på resultater og effekt.

Sammenlignes disse resultater med de tværgående tendenser ses det at anvendelsen i forhold til de konkrete opgaver, med undtagelse af opfølgning på fokusområder, mål og indsatser, generelt ligger lavere end de tværgående tendenser (se Figur 4).

Ad kvalitetsudvikling

I forhold til kvalitetsudvikling ses det, at faglig ledelse og udvikling af faglig praksis, samt planlægning af og opfølgning på indsatser er de delopgaver, hvor sundhedsdata

offtest bringes i anvendelse (ca. 26% i høj grad eller meget høj grad). Dertil kommer 24-43% af kommuner som angiver at data til nævnte delopgaver anvendes i nogen grad. Omkring en femtedel af kommunerne har svaret at de i høj grad eller meget høj grad anvender data til identifikation af og opfølgning på fokusområder og mål og til opfølgning på resultat og effekt (19-21%).

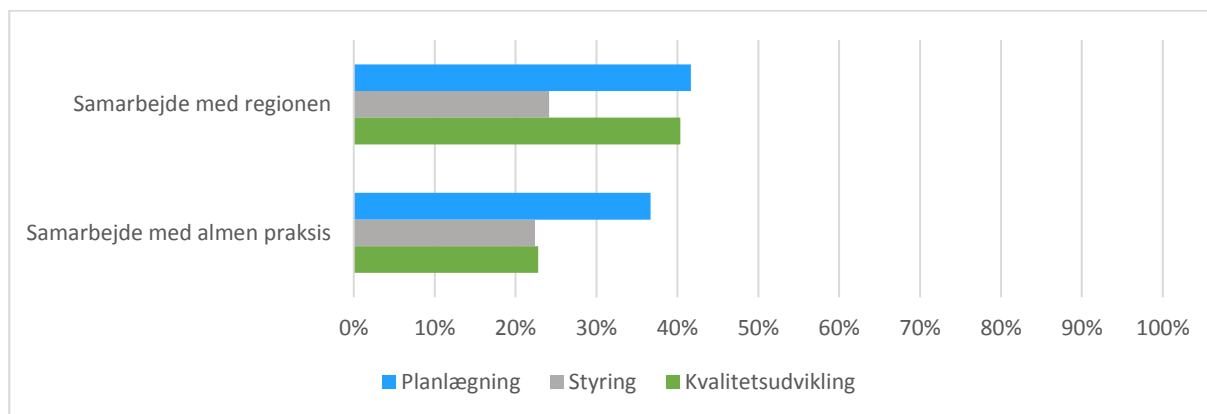
Sammenlignes disse resultater med de tværgående tendenser ses det at anvendelsen i forhold til de konkrete opgaver, generelt ligger lavere end de tværgående tendenser (se Figur 5).

Ad samarbejde

Kommunerne blevet spurgt ind til, i hvilket omfang sundheds- og ældredata anvendes til at understøtte samarbejdet med regionen og almen praksis ift. hjemme- og hjemmesygepleje. Figur 65 viser, at ca. 40% af kommunerne har svaret, at de anvender sundhedsdata til planlægning og kvalitetsudvikling i samarbejdet med regionen. 37% af kommunerne har svaret at de anvender data til planlægning i samarbejde med almen praksis. Hvad angår samarbejdet med regionen er det omkring en fjerdedel af kommunerne der anvender data til styring i samarbejdet og lidt under en fjerdedel der anvender data til styring i samarbejdet med almen praksis.

På dette punkt adskiller brugen af data sig således i forhold til den øvrige brug på dette område, i det anvendelsesgraden særligt i forhold til planlægning og styring følger de tværgående tendenser, mens den dog i forhold til kvalitetsudvikling med almen praksis ligger en del lavere.

Figur 65: Anvendelsesgraden af sundhedsdata i kommunes samarbejder på misbrugsbehandlingsområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *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. 60 for planlægning, 58 for styring og 57 for kvalitetsudvikling.

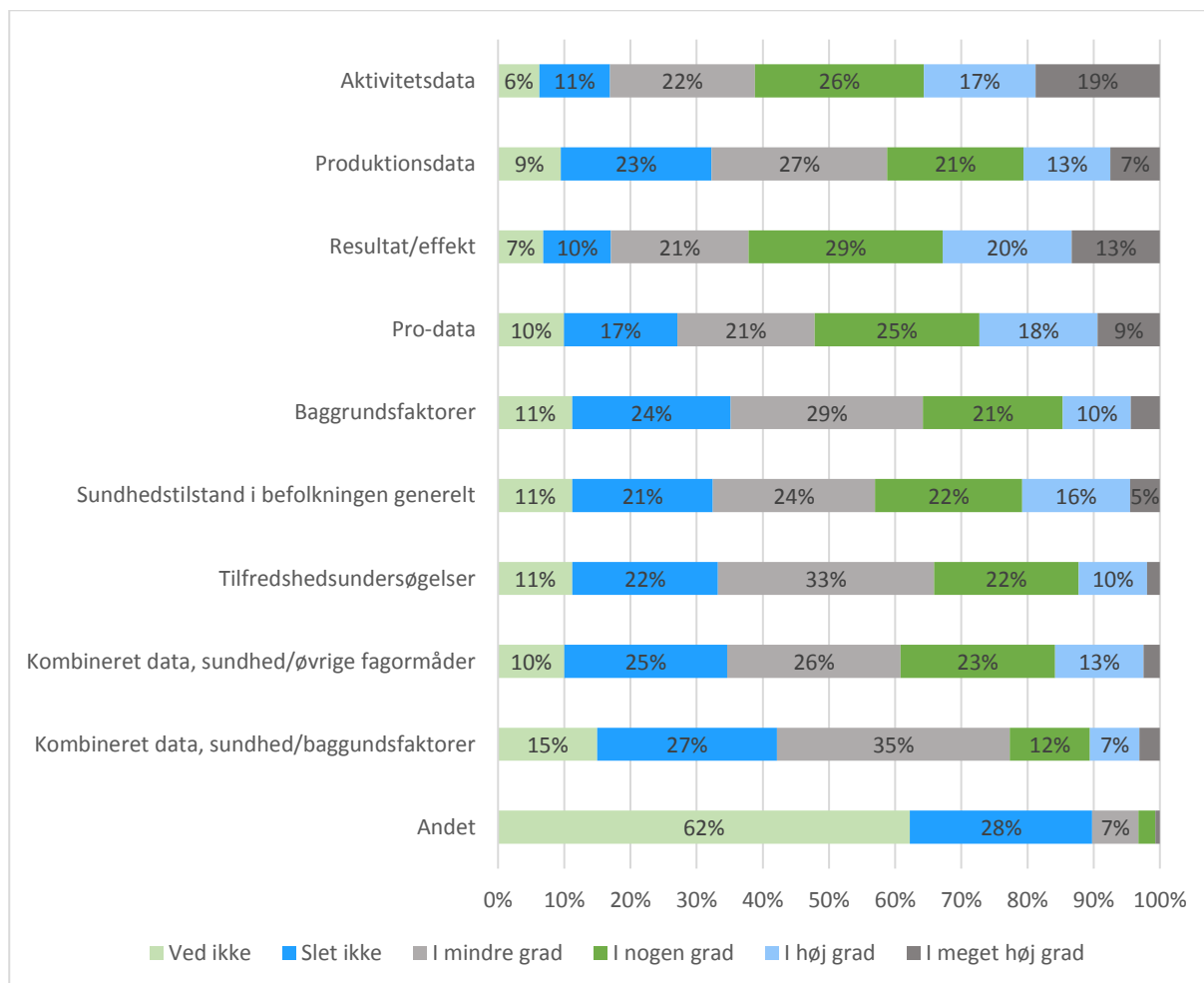
I en uddybende kommentar i spørgeskemaet har kommunerne givet gode eksempler på, hvordan de anvender sundhedsdata på misbrugsbehandlingsområdet. Sundhedsdata bruges særligt til samarbejde med andre kommuner og almen praksis om specifikke indsatser. Data om udskrivningsårsager for afsluttet behandling bruges bl.a. til at drøfte kvalitet og udvikling i samarbejdet. Sundhedsdata bruges endvidere til intern kortlægning af indsatser på alkoholområdet, hvor data fra sundhedsprofilen bruges til at blive opmærksom på nye initiativer, f.eks. behandlingstilbud til de borgere, der grundet fysisk eller psykiske udfordringer, ikke kan komme til behandlingsstedet. Endelig bruges sundhedsdata til opstilling og opfølgning på effektmål.

9.3 Hvilke typer af data anvendes?

I Figur 66 ses det, at aktivitetsdata og data om resultat og effekt er klart de mest anvendte former for sundhedsdata inden for misbrugsbehandlingsområdet. 33-36% af kommunerne anvender i høj grad denne type af data og dertil kommer 26-29% som i nogen grad anvender dem.

Herefter følger anvendelse af Pro-data (27% i høj grad) og data om sundhedstilstande i befolkningen som anvendes i høj grad i 21% af kommunerne og i nogen grad i yderligere 22% af kommunerne, dvs. cirka 40% af kommunerne. Anvendelsesgrader for brugen af de forskellige datatyper som ligger noget lavere sammenlignet med den tværgående brug (se Figur 8).

Figur 66: Kommunernes anvendelsesgrad af forskellige typer sundhedsdata til planlægningsformål på misbrugsbehandlingsområdet



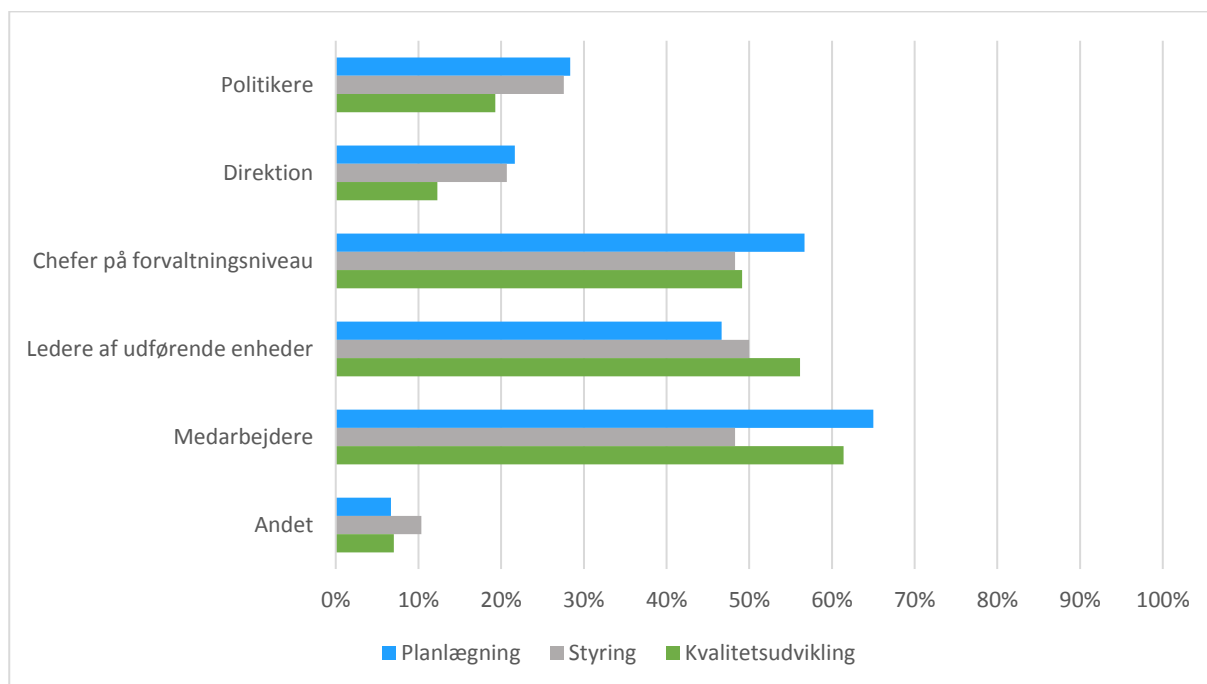
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *I hvilken grad anvender I disse typer af sundhedsdata til hhv. planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune?* Procenterne er et vægtet gennemsnit af de tre formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling. Antallet af respondenter er 57 for planlægning, 52 for styring samt 51 for kvalitetsudvikling.

9.4 Hvem anvender sundhedsdata på området?

Figur 67 viser hvor i den kommunale organisation sundhedsdata anvendes på misbrugsbehandlingsområdet. Bemærk at anvendelsen er fordelt på de tre overordnede formål planlægning, styring og kvalitetsudvikling.

Figuren viser, at i størstedelen af kommunerne anvendes sundhedsdata af medarbejderne til planlægning og kvalitetsudvikling af misbrugsbehandlingsområdet (62-65%). I 48% af kommunerne anvendes data af medarbejderne også til styring. Sundhedsdata til styring anvendes i knap halvdelen af kommunerne af forvaltningschefer og udførende ledere og i noget mindre grad af politikere og direktion (hhv. 28% og 21%).

Figur 67 Kommunernes anvendelsesgrad af sundhedsdata på forskellige niveauer i organisationen på misbrugsbehandlingsområdet



Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet *På hvilke niveauer i organisationen har i på angivet området i jeres kommune anvendt sundhedsdata til et af nedenstående formål inden for det seneste år? (Sæt gerne flere krydser)*. Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad (hjemmepleje-området). Kategorien andet er fjernet fra figuren, da der ingen respondenter er i kategorien. Antallet af respondenter er hhv. 60 for planlægning, 58 for styring og 57 for kvalitetsudvikling.

Sammenlignes resultaterne med brugen på tværs af de øvrige fagområder, slår den generelt meget lavere brug på området også igennem i forhold til brugen på tværs af organisatoriske niveauer. Anvendelsen af sundhedsdata på tværs af samtlige niveauer er hermed meget lavere end den tværgående tendens (se Figur 9). Brugen på medarbejderniveau er her den som ligger tættest på den overordnede tendens.

9.5 Hvilke barrierer opleves i anvendelsen af sundhedsdata?

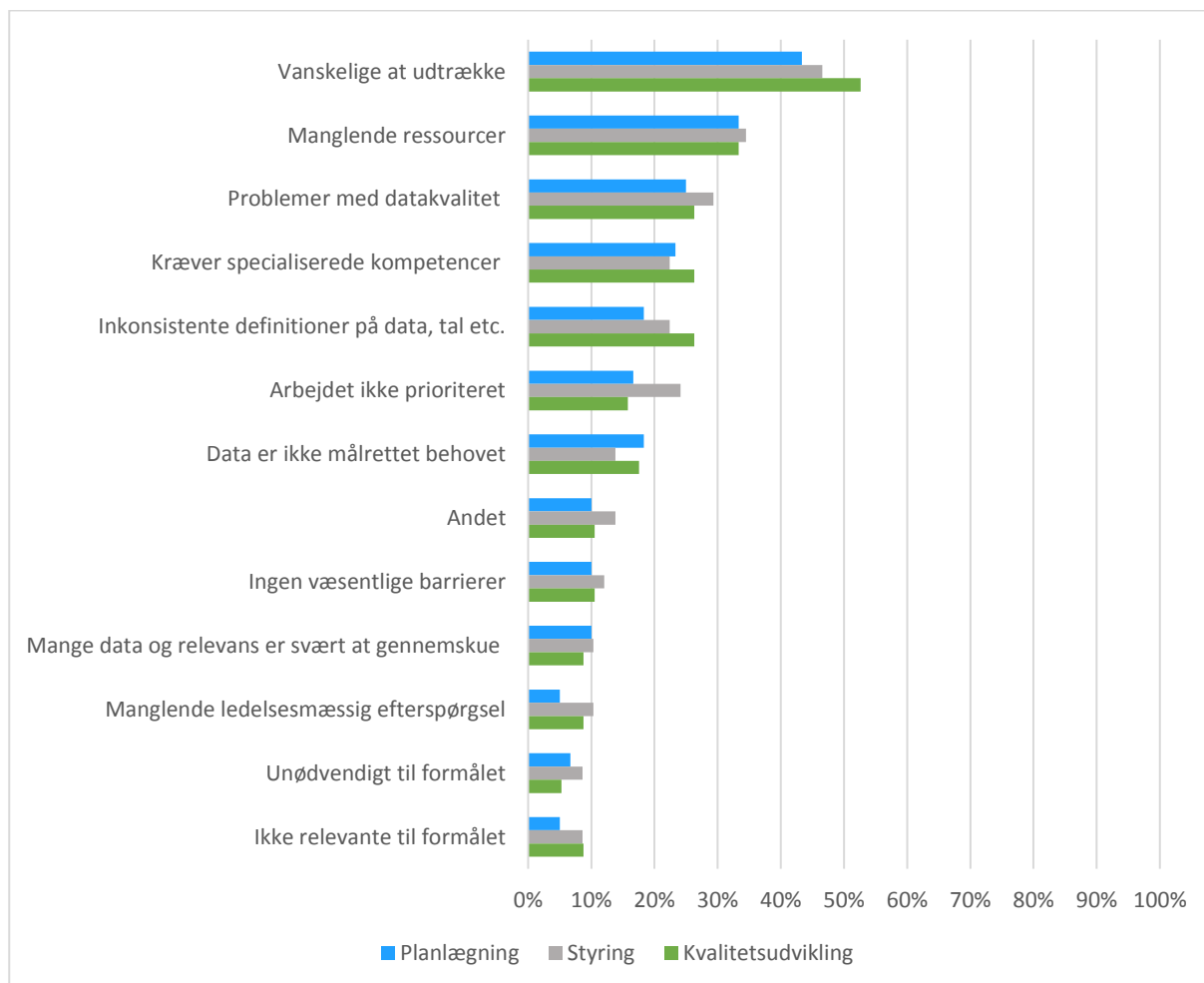
I figuren neden for er respondenternes svar ift. anvendelse af sundhedsdata inden for området for misbrugsbehandling gengivet. Det er igen iøjnefaldende, at det først og fremmest er de tekniske og personalemæssige barrierer, der fylder for kommunerne.

I omkring halvdelen af kommunerne opleves det, at sundhedsdata er vanskelige at hente ud af systemer (52%). Desuden opleves det i en tredjedel af kommunerne, at der mangler ressourcer til at udtrække og behandle data (33-34%). Lidt under 30% af kommunerne oplever at der er problemer med datakvaliteten.

Dette er tendenser, som samlet set flugter overordnet med de angivne barrierer på tværs af de seks fagområder. Graden af vanskelighed med at udtrække data fra systemerne, vurderes dog større på misbrugsbehandlingsområdet sammenlignet med de øvrige områder. Ses bort fra denne, synes den lavere anvendelse på området dog ikke at have påvirket de identificerede barrierer for arbejdet med sundhedsdata.

Det er igen et fåtal af kommunerne der oplever, at det ikke er relevant at arbejde med sundhedsdata, eller at der mangler ledelsesmæssig prioritering og efterspørgsel.

Figur 68: Kommunernes barrierer for anvendelsen af sundhedsdata på misbrugsbehandlingsområdet



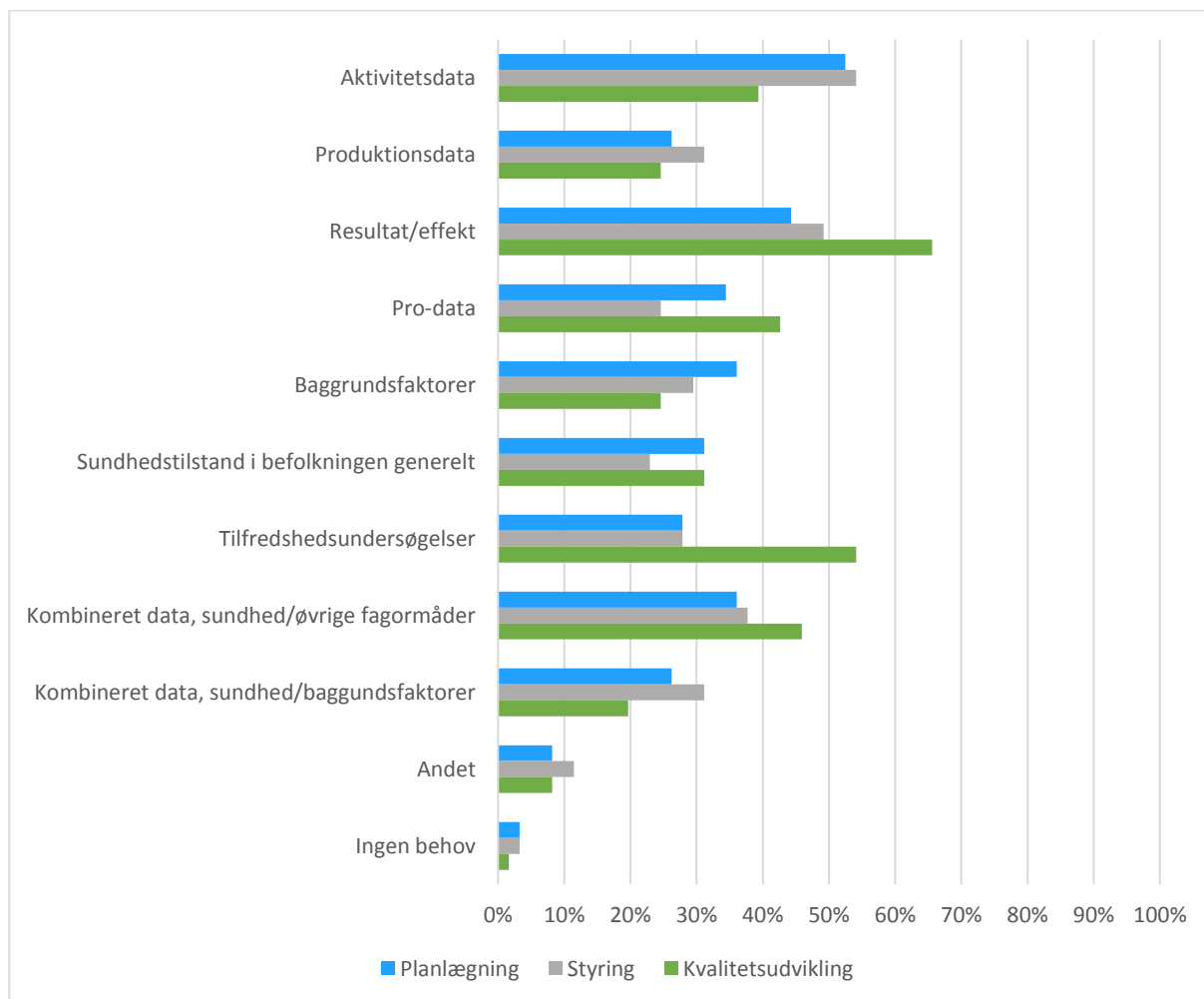
Figurnote: Figuren er opgjort på baggrund af spørgsmålet: *Hvilke af følgende udsagn beskriver de væsentligste barrierer for anvendelse af sundhedsdata til henholdsvis planlægning, styring og kvalitetsudvikling på "angivet område" i jeres kommune? (Sæt gerne flere kryds).* Procenterne er opgjort på de respondenter, der i spørgsmålet: *I hvor høj grad anvender I sundhedsdata til følgende formål?* Har svaret enten i mindre grad, i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad. Antallet af respondenter er hhv. 60 for planlægning, 58 for styring og 57 for kvalitetsudvikling.

De uddybende svar fra spørgeskemaerne med hensyn til barrierer er især rettet imod systemudfordringer som følge af, at leverandørernes systemer er utilstrækkelige. Andre pointerer, at det er en udfordring, at man ofte tilkøber ydelser på området i samarbejde med større kommuner, hvorfor data kun buges til at kontrollere antallet af borgere samt økonomien.

9.6 Hvilke typer data er der behov for?

70% af kommunerne ser et stort behov for data om resultater og effekt som led i den fremtidige kvalitetsudvikling på misbrugsbehandlingsområdet. Også data fra tilfredshedsundersøgelser og data om sundhedstilstande i befolkningen generelt til brug for kvalitetsudvikling efterspørges af hhv. 58% og 49% af kommunerne. Til brug for styring og planlægning er det igen data for resultat og effekt, samt aktivitetsdata som efterspørges. De data efterspørges af cirka halvdelen af kommunerne.

Figur 69: Kommunernes største behov for specifikke datatyper på tværs af formål på området for misbrugsbehandling



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 krydser). 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 61.

I uddybende besvarelser i forhold til behov ønskes der bedre muligheder i forhold til at kunne benchmarke med andre kommuner samt muligheder for at kunne danne mønstre ift. effekten af behandlingstyper ift. målgrupper. Derudover er der behov for data om befolkningens sundhedstilstand med henblik på opsøgende indsatser og målgruppejusteringer. Det nævnes endvidere, at der er behov for data fra samarbejdskommuner i de tilfælde hvor misbrugsopgaverne er udliciteret. Sidst men ikke mindst ønskes der data som skaber bedre overblik over borgeren egne ønsker og behov for hjælp og som systematisk kobler borgerrapporteret data om f.eks. indlæggelser med produktionsdata.

9.7 Opsummering af hovedtendenserne på misbrugsbehandlingsområdet

- Blot 30% af kommunerne anvender data i høj eller meget høj grad til planlægning, styring eller kvalitetsudvikling. En anvendelse som er den laveste på tværs af de seks områder.
- Det er særligt sundhedsdata fra regionen og andre myndigheder som anvendes, efterfulgt af data indsamlet fra lokale løsninger og fra kommunernes fagsystemer. Det er værd at bemærke, at misbrugsområdet er det område, hvor disse datatyper anvendes mindst systematisk og hyppigt.
- Anvendelsesgraden af data i forhold til konkrete opgaver koblet til planlægningsformålet er generelt lavere end den tværgående anvendelse
- I et styringsperspektiv ligger anvendelsen i forhold til konkrete opgaver også lavere, med undtagelse af brugen af data i forhold til opfølgning på fokusområder, mål og indsatser
- I forhold til kvalitetsudvikling ligger brugen af data til faglig ledelse og udvikling af faglig praksis, samt planlægning af og opfølgning på indsatser, lavere på misbrugsbehandlingsområdet.
- Ca. 40% anvender sundhedsdata til planlægning og kvalitetsudvikling i samarbejdet med regionen. En lavere andel anvender data til planlægning i samarbejde med almen praksis. Styringsmæssigt er det ca. en fjerdedel, der anvender data i samarbejdet med regionen og almen praksis. Dette følger den tværgående tendens.
- Der anvendes særligt aktivitetsdata og data om resultat og effekt efterfulgt af prodata og data om sundhedstilstande i befolkningen. Anvendelsesgrader, som ligger noget lavere sammenlignet med den tværgående brug.
- I to tredjedele af kommunerne anvendes sundhedsdata af medarbejderne til planlægning og kvalitetsudvikling, mens medarbejderne i ca. halvdelen af kommunerne også anvender data til styring. Sundhedsdata til styring anvendes i knap halvdelen af kommunerne af forvaltningschefer og udførende ledere og i noget mindre grad af politikere og direktion.
- Sammenlignes resultaterne med brugen på tværs af de øvrige fagområder, slår den generelt meget lavere brug på området igennem i forhold til brugen på tværs af organisatoriske niveauer. Anvendelsen af sundhedsdata på tværs af samtlige niveauer er meget lavere end den tværgående tendens. Brugen på medarbejderniveau er her den som ligger tættest på den overordnede tendens.
- I forhold til barrierer er det ca. halvdelen af kommunerne der oplever, at sundhedsdata er vanskelige at hente ud af systemer. Dernæst, at der mangler ressourcer til at udtrække og behandle data. Ca. 30% af kommunerne oplever at der er problemer med datakvaliteten.
- Barrieretendenserne flugter overordnet med de angivne barrierer på tværs af de seks fagområder. Graden af vanskelighed med at udtrække data fra systemerne vurderes dog større på misbrugsbehandlingsområdet sammenlignet med de øvrige områder.
- Der er særligt behov for data om resultater og effekt som led i den fremtidige kvalitetsudvikling på misbrugsbehandlingsområdet. Også data fra tilfredshedsundersøgelser og data om sundhedstilstande i befolkningen til brug for kvalitetsudvikling efterspørges. Til brug for styring og planlægning er det igen data for resultat og effekt, samt aktivitetsdata, som efterspørges.