



# Kommunernes adgang til Sundhedsjournalen:

*behov og mulighed for levering af data*

**Udarbejdet af:**

Tina Juul, Konsulentdirektør, Healthcare

Rasmus Tolstrup Larsen, Managementkonsulent, Healthcare

Analysen kan frit refereres med tydelig kildehenvisning til:

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

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Tina Juul, Konsulentdirektør (e-mail; tina.juul@iqvia.com)

# Ledelsesresumé

## Introduktion

Sundhedsjournalen på Sundhed.dk er et udstillingsvindue for digitale sundhedsoplysninger fra forskellige datakilder. For nuværende har det kommunale område ikke adgang hertil, hvilket er en barriere for vidensdeling på tværs af sundhedssektoren. På samme vis indeholder Sundhedsjournalen ikke kommunalt indsamlede digitale sundhedsoplysninger.

## Formål

Med udgangspunkt i den kommunale akutfunktion og kommunale misbrugscentre er nærværende analyses primære formål at afdække de kommunale parterers behov for adgang til digitale sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen, samt hvordan disse oplysninger ønskes fremstillet. Sekundært afdækkes, hvilke kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger andre parter, som fx sygehuse og almen praksis, har behov for at kunne tilgå. Slutteligt indeholder analysen en kortlægning af, hvilke tekniske muligheder der eksisterer for på sigt at kunne levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen.

## Metode

For at opnå et repræsentativt udsnit i forhold til organisering, størrelse, befolkningstæthed og geografisk placering blev 17 casekommuner (København, Aalborg, Odense, Vejle, Frederiksberg, Roskilde, Guldborgsund, Lyngby-Taarbæk, Faaborg-Midtfyn, Fredericia, Ikast-Brande, Assens, Bornholm, Tønder, Faxe, Nyborg og Lemvig), herunder 12 akutfunktioner og syv misbrugscentre, udvalgt til at deltage i analysen.

Der er anvendt metodetriangulering med henblik på at belyse analysens genstandsfelt med forskellige metodegreb. Alle inkluderede akutfunktioner og misbrugscentre udfyldte et spørgeskema, der af-

dækkede casekommunens organisering, it-understøttelse og nuværende adgang til digitale sundhedsoplysninger. Der blev gennemført virtuelle feltbesøg hos to misbrugscentre og et fysisk feltbesøg hos en akutfunktion med henblik på at afdække eksisterende arbejdsgange for indhentning af digitale sundhedsoplysninger. Der blev afholdt workshops for akutfunktionerne og for misbrugsområdet, der havde til formål at afdække det kommunale behov for at tilgå sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen. På baggrund af critique-workshops blev der opstillet brugsscenerier for visualisering af digitale sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen.

For at belyse andre parter, så som almen praksis og sygehusenes, behov for kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger blev der gennemført et semistruktureret fokusgruppeinterview med medarbejderne fra en akutmodtagelse på et sygehus samt interviews med læger fra almen praksis (2).

De tekniske muligheder for at levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen blev kortlagt gennem en analyse af arkitekturrapporten for den kommunale gateway samt interviews.

## Resultater og anbefalinger

### *Casekommunernes nuværende muligheder for indhentning af digitale sundhedsoplysninger*

Akutfunktionerne har primært adgang til digitale sundhedsoplysninger, der måtte være indsamlet i eget dokumentationssystem samt til sundhedsoplysninger, som løbende deles med sygehuset, ved fx indlæggelse og udskrivning. På misbrugsområdet, der fremstår mere varieret i forhold til it-understøttelse, er det fx muligt for et fåtal af læger gennem et lægepraksis-system at indhente digitale sundhedsoplysninger



via Sundhedsjournalen. For såvel de kommunale misbrugscentre som akutfunktionerne gælder det, at de ved akut opstået behov for indhentning af sundhedsoplysninger er nødsaget til at kontakte fx sygehuset eller egen læge telefonisk. Ved mindre akutte behov anvendes desuden e-mails, korrespondance-meddelelser eller i enkelte tilfælde frankeret post.

#### **Kommunale behov for digitale sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen**

Casekommunerne har i Sundhedsjournalen via overblikssiden generelt et behov for hurtig og nem adgang til (i vilkårlig rækkefølge):

1. Borgerens aftaler med sundhedsvæsenet
2. Epikriser
3. Laboratoriesvar
4. Stamdata
5. Vaccinationer
6. Tidspunkt for sidste indlæggelse
7. Diagnoseoversigt

Med udgangspunkt i ovenstående behov og en prototype for overblikssiden, er der udarbejdet to datavisualiseringer.

#### **Andre parter behov for kommunalt indsamlede digitale sundhedsoplysninger**

De adspurgte på akutmodtagelsen efterspørger generelt flere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger om den enkelte borger end de adspurgte fra almen praksis. De adspurgte på akutmodtagelsen ønsker særligt viden om, hvad der er sket forud for en indlæggelse samt oplysninger om patientens habituelle hel-

bredstilstand. De adspurgte på såvel akutmodtagelsen som i almen praksis tilkendegiver alle, at den fælleskommunale dokumentationspraksis baseret på Fælles Sprog III ikke er fyldestgørende i forhold til deres behov for at kunne tilgå kommunalt indsamlede digitale sundhedsoplysninger, da det for nuværende fælleskommunalt kun er obligatorisk at dokumentere svarende til et overskriftsniveau. Der mangler derfor information om fx intensitet og hyppighed af en given indsats.

**Tekniske muligheder for at levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen**  
Såfremt de tværkommunale digitale sundhedsoplysninger indsamles via den kommunale gateway, skal der udvikles en forretningslogik, der muliggør visninger på baggrund af den rå data førend, at de digitale sundhedsoplysninger kan leveres til og udstilles i Sundhedsjournalen.

#### **Perspektiveringer**

Det anbefales, at det kommunale område på nem og hurtig vis kan tilgå digitale sundhedsoplysninger, som de kommunale sundhedsprofessionelle har tilkendegivet at have et behov for at tilgå via Sundhedsjournalen. På baggrund af casekommunernes efterspørgsler, bør kommende versioner af Sundhedsjournalen undersøge muligheden for at kunne individualisere indholdet på individ-, funktions-, eller kommunalt niveau. Ydermere bør det undersøges om Sundhedsjournalen kan indeholde en søgefunktion, en statusrubrik med væsentlig og relevant information på borgeren, samt inkludere en simpel og hurtig adgang til de mest væsentlige habituelle værdier på borgeren.

## Indholdsfortegnelse

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.0   | Introduktion   | 6  |
| 2.0   | Baggrund for analysen  | 7  |
| 2.1   | Den nuværende situation og den ønskede situation   | 8  |
| 2.1.1 | Det kommunale område   | 9  |
| 2.1.2 | Andre parter   | 10 |
| 3.0   | Formål   | 11 |
| 4.0   | Afgrænsning  | 12 |
| 4.1   | Den fælleskommunale dokumentationspraksis  | 12 |
| 4.1.1 | Fælles Sprog III   | 12 |
| 4.1.2 | Hjemmepleje-sygehusmeddelelser   | 14 |
| 5.0   | Målgruppe  | 15 |
| 6.0   | Metode   | 15 |
| 6.1   | Det kommunale område   | 16 |
| 6.2   | Sygehuse og almen praksis  | 17 |
| 6.3   | Metodevalg i behovsafdækningen   | 18 |
| 6.4   | Databearbejdning   | 19 |
| 6.5   | Udformning og rapportering   | 19 |
| 6.6   | Tekniske muligheder for at levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen | 19 |
| 7.0   | Resultater   | 20 |
| 7.1   | Casekommunernes adgang til digitale sundhedsoplysninger  | 20 |
| 7.1.1 | Akutfunktionernes organisering   | 20 |
| 7.1.2 | Misbrugscentrenes organisering   | 20 |
| 7.1.3 | Dokumentationssystemer og indhentning af digitale sundhedsoplysninger                            | 21 |
| 7.2   | Forventede gevinster ved en kommunal adgang til Sundhedsjournalen                                | 23 |
| 7.2.1 | Komplekse borgere får et løft  | 23 |
| 7.3   | Afdækning af kommunale behov for at tilgå digitale sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen       | 24 |
| 7.3.1 | Fælles behov   | 24 |
| 7.3.2 | Misbrugsområdet  | 24 |
| 7.3.3 | Akutområdet  | 25 |
| 7.4   | Visualisering af sundhedsoplysningerne i Sundhedsjournalen                                       | 26 |
| 7.4.1 | Version 1  | 27 |
| 7.4.2 | Version 2  | 28 |
| 7.5   | Andre parter behov for kommunalt indsamlede digitale sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen     | 29 |
| 7.5.1 | Den fælleskommunale dokumentationspraksis er ikke fyldestgørende                                 | 30 |
| 7.6   | Tekniske muligheder for at levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen | 32 |
| 8.0   | Anbefalinger   | 34 |
| 9.0   | Perspektivering  | 35 |
| 9.1   | Etiske overvejelser ved den kommunale adgang til Sundhedsjournalen                               | 35 |
| 9.2   | Videreudvikling af funktionerne i Sundhedsjournalen  | 36 |
| 9.3   | Den fælleskommunale dokumentationspraksis  | 37 |
|       | Referencer   | 38 |
|       | Appendix 1: Definitionsliste   | 40 |
|       | Appendix 2: Casekommunerne   | 41 |

# 1.0 Introduktion

Antallet af ældre stiger i Danmark (Danmarks Statistik, 2021). Den demografiske udvikling har allerede medført en stigende belastning på sundhedsvæsenet, hvor antallet af unikke patienter i kontakt med sygehusvæsenet og praksisområdet er steget med 6 % siden 2009 (eSundhed, 2021). Denne stigning forventes at fortsætte, og antallet af unikke patienter forventes øget med ca. 20.000 om året frem mod 2025 (Danske Regioner, 2019).

Organisatoriske forandringer, herunder fx omlægning til mere ambulante behandling og reduktionen af sengepladser på sygehuse, har sammen med den demografiske udvikling medført en stigning i antallet af korttidsindlæggelser på sygehuse, især blandt ældre (Dansk Sygeplejeråd, 2016). Det giver en forskydning i de sundhedsfaglige opgaver, hvor der især bliver stillet større krav til de kommunale parter. Kommunerne varetager i dag flere og mere komplekse patientforløb, hvor borgerne fortsat kan have en direkte tilknytning til sygehuset. Konsekvensen er et øget behov for koordinering, kommunikation og vidensdeling på tværs af sektorerne, hvor især de kommunale parter oplever et stigende behov for at vide, hvad der præcist er foregået under en borgers hospitalsindlæggelse (Carve, 2019).

Sundhedsjournalen blev etableret i 2013 og er en regionalt finansieret service, der fungerer som et udstillingsvindue for sundhedsoplysninger, der er indsamlet via forskellige patientjournalssystemer. Den udstiller dermed historiske og aktuelle sundhedsoplysninger om den enkelte borger såsom journaler, laboratoriesvar, billedbeskrivelser, aftaler, hjemme-monitorering og medicin, mm. Aktuelt har sundhedsprofessionelle på sygehuse, privathospitaler og i praksisområdet efter indhentning af borgerens samtykke mulighed for at tilgå sundhedsoplysningerne via Sundhedsjournalen.

De kommunale parter har for indeværende ikke adgang via Sundhedsjournalen til sundhedsoplysninger om den enkelte borger, som de aktuelt har i behandling (MedCom, 2020). Dette er en barriere for,

at det kommunale område kan tilvejebringe det informationsniveau, der skal til for, at borgere i fx komplekse sygdomsforløb oplever en god sektorovergang mellem fx sygehus og det kommunale område.

Behovet for adgang til sundhedsoplysninger er netop udtalt i de kommunale funktioner, der varetager borgere i komplekse og tværsektorielle forløb, som fx misbrugsområdet og akutområdet, hvor erfaringer fra tidligere arbejdsgrupper viser, at netop disse funktioner efterspørger bedre adgang til sundhedsoplysninger fra andre parter (MedCom, 2020). Dette begrundes med, at der ofte stilles krav til den enkelte borgers ressourcer og indsigt i egen sygdom, da borgeren ofte selv skal videregive relevante sundhedsoplysninger i mødet med nye sundhedsprofessionelle, der ikke har adgang til at indhente oplysningerne selv.

Ligeledes indeholder Sundhedsjournalen ikke de kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger (MedCom, 2020). Dette er tilsvarende en barriere for, at de tværsektorielle forløb kan fungere hensigtsmæssigt. En stor del af de kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger, herunder helbreds- og funktions- evnevurderinger i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt tildelte indsatser og forløbsbeskrivelser, kan bidrage til, at især personalet på sygehuse og i almen praksis opnår et helhedsbillede af de borgere, som de har i behandling, og hvor især den korte indlæggelsestid på sygehuset aktuelt er udfordret af begrænset vidensdeling (MedCom, 2020).

Med udgangspunkt i ovenforstående problemstilling har bl.a. Regeringen, Kommunernes Landsforening (KL) og Danske Regioner prioriteret en række udviklingsprojekter, der skal styrke vidensdelingen ved sektorovergange, hvilket belyses i det efterfølgende afsnit.

# 2.0 Baggrund for analysen

Der er et øget behov for deling af sundhedsoplysninger om den enkelte borger, for at understøtte de mange tværsektorielle patientforløb, og som følge heraf formulerede Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner og KL i 2018 sammen en strategi for digital sundhed frem mod 2022: *Et sikert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Strategien har til formål at styrke det digitale samarbejde om sundhed for den enkelte borger og påpeger, at det ikke skal være op til den enkelte patient eller de pårørende at bære sundhedsoplysninger gennem sundhedsvæsenet. For at skabe den nødvendige tryghed og oplevelse af et sammenhængende sundhedsvæsen skal en borger, både som patient og pårørende, kunne forvente, at sundhedsprofessionelle, som de har en behandlingsrelation til, har adgang til de relevante sundhedsoplysninger og kender til forløbshistorikken. Et af initiativerne i strategien omhandler derfor en samlet visning af den enkelte borgers sundhedsoplysninger (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018).

For at forbedre og videreudvikle Sundhedsjournalen på Sundhed.dk gennemfører MedCom en række delprojekter under *Sundhedsjournal 3.0-projektet* (MedCom, 2021). I relation hertil er et af delprojekterne *Kommunal adgang til Sundhedsjournalen* (MedCom, 2020) igangsat. Delprojektet består af to parallelle spor (spor A og B), som gennemføres samtidig.

Formålet med spor A er at få etableret en *kommunal adgang ind i Sundhedsjournalen* for læger på misbrugsområdet samt for andre kommunale fagområder, herunder at få etableret en procedure for håndtering af audit i kommunerne. Her er man i dialog med leverandører omkring udvikling af en knap-løsning fra eget fagsystem med henblik på at give de sundhedsprofessionelle i kommunerne adgang til sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen. Nærværende analyse udgør spor B og er en afdækning af det kommunale områdes behov for adgang til sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen samt en afdækning af, hvordan de kommunale parter ønsker sundhedsoplysningerne udstillet. Ydermere indeholder nærværende analyse også en afdækning af, hvilke kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger de ikke kommunale parter, som fx sygehuse og almen praksis, ønsker adgang til, og hvilke tekniske muligheder der eksisterer for på sigt at kunne levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen. Denne analyse søger dermed at opnå specifik viden om, hvilke data de kommunale parter har behov for at få et overblik over, hvilke kommunale data andre parter har behov for at tilgå via Sundhedsjournalen, samt identificere de tekniske muligheder for på sigt at levere kommunale data til Sundhedsjournalen.

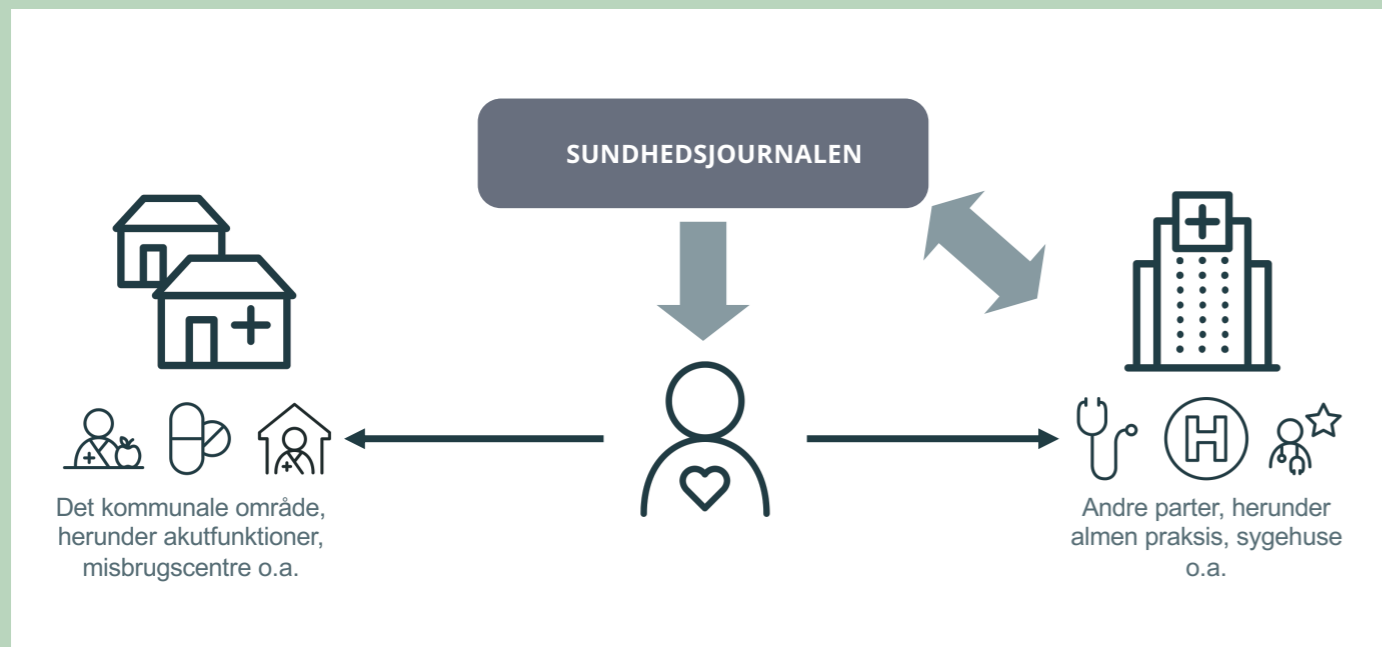


## 2.1 Den nuværende situation og den ønskede situation

Nærværende analyse tager udgangspunkt i situationen i dag, hvor sundhedsoplysningerne i Sundhedsjournalen for nuværende ikke er tilgængelige for de

kommunale parter, og hvor kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger ikke er indeholdt i Sundhedsjournalen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018).

### Nuværende situation



**Figur 1.** For nuværende er det kommunale område generelt set afskåret fra at indhente sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen. Derfor stilles der blandt andet store krav til borgeren ift. at viderebringe sundhedsoplysninger i tværsektorielle og komplekse forløb med mange involverede parter. NB: almen praksis leverer pt. ikke sundhedsoplysninger ind i Sundhedsjournalen. Sundhedsjournalen ses som et supplement til vidensdelingen, der sker i forbindelse med borgerens bevægelser på tværs af sektorer, som fx MedCom's hjemmepleje-sygehusmeddelelser, korrespondancemeddelelser m.fl., og illustrationen indeholder derfor ikke den vidensdeling.

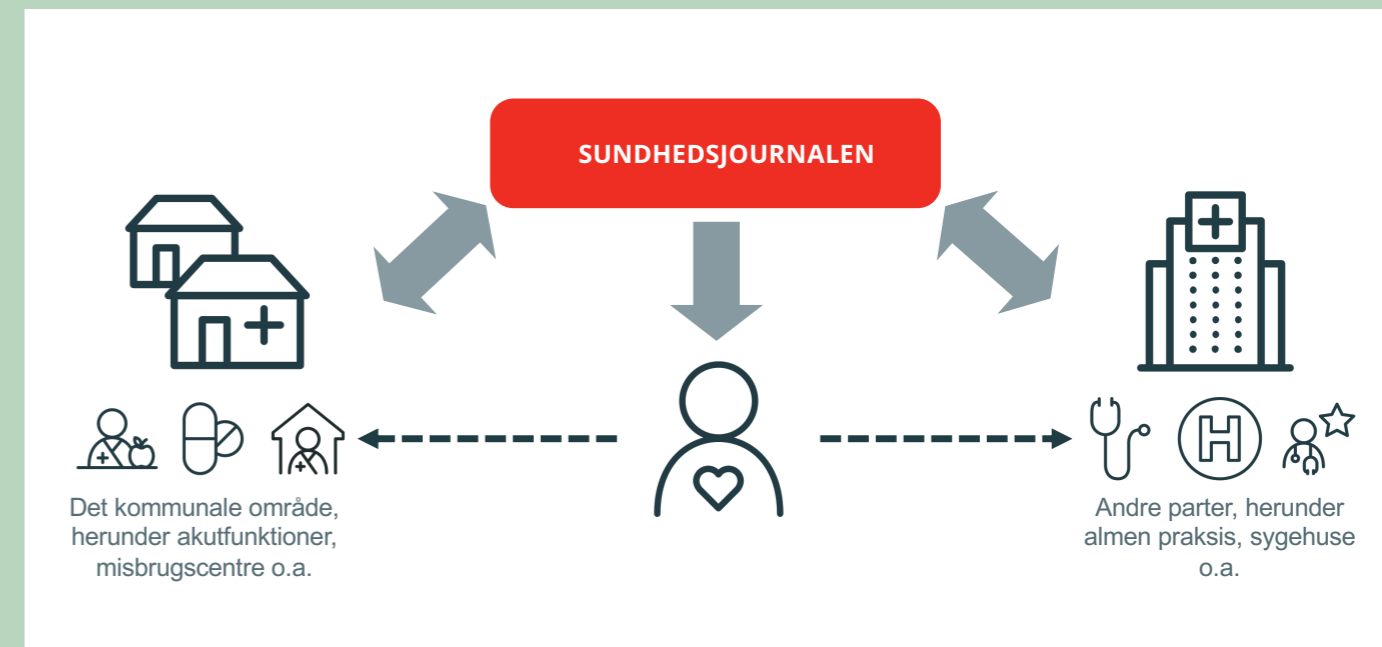
For at afdække de kommunale behov for indhentning af sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen har MedComs projektteam udvalgt to områder, som vurderes at have et behov, på baggrund af stigende efterspørgsel fra områderne selv, for at kunne tilgå sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen med henblik på at understøtte den enkelte borgers forløb. Disse to områder er henholdsvis det kommunale misbrugsområde og den kommunale akutfunktion.

En forudsætning er, at de sundhedsprofessionelle fra kommunen, sygehuset eller almen praksis alle har adgang til relevante sundhedsoplysninger om borgeren, herunder også sundhedsoplysninger de ikke selv har indsamlet. En kommunal adgang og levering af kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger forventes at styrke den tværsektorielle vidensdeling, og borgere i et tværsektorielt forløb vil dermed blive mødt af et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

De tekniske muligheder for på sigt at levere data ind til Sundhedsjournalen er for nuværende ikke kortlagt. Med udgangspunkt i den kommunale gateway, en infrastruktur der muliggør deling af kommunale data

til andre systemer, undersøges derfor de tekniske muligheder for på sigt at kunne levere kommunale data (Kommunernes Landsforening, 2021).

### Ønsket situation



**Figur 2.** Deling af sundhedsoplysninger er muliggjort via Sundhedsjournalen. Efter at borgeren har givet samtykke, kan den sundhedsfaglige medarbejder med en behandlingsrelation til den enkelte borger indhente relevante sundhedsoplysninger fra både det kommunale område og fra andre parter (MedCom, 2020). Borgeren kan stadig videregive relevant information, men der stilles færre krav til vidensdelingen gennem borgeren, da den tværsektorielle kommunikation er forbedret via Sundhedsjournalen. Sundhedsjournalen ses som et supplement til vidensdelingen, der sker i forbindelse med borgerens bevægelser på tværs af sektorer, som fx MedCom's hjemmepleje-sygehusmeddelelser, korrespondancemeddelelser m.fl., og illustrationen indeholder derfor ikke den vidensdeling.

#### 2.1.1 DET KOMMUNALE OMRÅDE

Nærværende analyse tager udgangspunkt i det kommunale misbrugsområde og den kommunale akutfunktion. I afsnittene nedenfor begrundes dette valg.

##### 2.1.1.1 Misbrugsområdet

Omkring 200.000 danskere vurderes at have et helbredsskadeligt forbrug af alkohol, mens ca. 27.000 danskere har et stofmisbrug af hash, hårde stoffer eller medicin (Kommunernes Landsforening, 2019). Stofmisbrugere tilbydes forskellige typer af behandling i kommunalt regi, hvor der findes 97 kommunale centre for misbrugsbehandling eller stofmisbrugere, fordelt på 65 kommuner (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021).

Undersøgelser har vist, at misbrugsområdet generelt har en utilstrækkelig it-understøttelse, hvilket besværliggør den elektroniske kommunikation med andre parter i sundhedssektoren, såsom sygehuse i forbindelse med en indlæggelse og egen læge (MedCom, 2019; MedCom, 2020). Ganske få misbrugscentre har i dag et lægepraksissystem, hvor de kan få adgang til Sundhedsjournalen via en knap i eget system. Det betyder, at lægen på de få misbrugscentre derved kan have adgang til sundhedsoplysninger om den enkelte borger, som er indsamlet på blandt andet sygehuse (MedCom, 2020).



Derudover har 30 misbrugscentre et elektronisk journal-system (EOJ), som ved udgangen af 2021 forventes at få adgang til Sundhedsjournalen på samme vis via en knapløsning. De resterende misbrugscentre forventes imidlertid ikke i nærmeste fremtid at få adgang til sundhedsoplysninger om borgere i aktuel behandling direkte via eget EOJ-system. Dette medfører, at de ansvarlige læger og andre relevante sundhedsprofessionelle ikke kan se, hvad der er foretaget af fx undersøgelser under en indlæggelse samt hvilke hospitalsaftaler, der skal følges op på (MedCom, 2020).

#### 2.1.1.2 De kommunale akutfunktioner

Den kommunale sygepleje skal i dag håndtere langt flere borgere med komplekse sygdomsforløb end tidligere. Den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehusene er faldet de seneste 10 år, og indlæggelser med sammedagsudskrivning eller én overnatning udgør over halvdelen af alle indlæggelser (Kommunernes Landsforening, 2017). Dette, sammen med planen om fx, at mere simpel behandling skal foregå i eget hjem, har medført, at mange borgere typisk udskrives, inden de er færdigbehandlet (Regeringen, 2019). Det medfører et behov for kompetencer og kapacitet i de kommunale sundhedsfunktioner, herunder akutfunktionen, der skal håndtere mere komplekse behandlings- og sygdomsforløb. Der er således et øget behov for koordinering, kommunikation og deling af oplysninger på tværs af sundhedssektoren.

I mange kommuner er de kommunale akutfunktioner en integreret del af hjemmesygeplejen, dog ofte med egen ledelse og en afgrænset medarbejdergruppe (VIVE, 2021). Akutfunktionen er tænkt som et tilbud til borgere, der ikke har behov for indlæggelse, men som efter udskrivelse fortsat har behov for observation, pleje eller behandling i en grad, der ikke umiddelbart kan varetages af den vanlige hjemmesygepleje (Sundhedsstyrelsen, 2017). Målet er at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom og dermed minimere risikoen for genindlæggelse.

Organiseringen af akutfunktionen varierer fra kommune til kommune, hvor nogle opererer som selvstændig enhed, mens andre er en fast del af

hjemmesygeplejen (Carve, 2019; VIVE, 2021). Nogle akutfunktioner er inkluderet i hjemmesygeplejen efter en opkvalificering af de ansatte, der således varetager akutte sygeplejefaglige indsatser på lige fod med vanlig hjemmesygepleje.

Hyppig og grundig vidensdeling på tværs af sektorer kan understøttes gennem adgang til sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen. Det vil fx være yderst relevant for de kommunale akutfunktioner at have adgang til indlæggelsesnotater og epikriser, hvilket de for nuværende ikke har (Carve, 2019; VIVE, 2021; MedCom, 2020).

#### 2.1.2 ANDRE PARTER

Det er ikke kun de kommunale parter, der har behov for at kunne tilgå sundhedsoplysninger om den enkelte borger for at kunne understøtte dennes behandlingsforløb. De sundhedsprofessionelle på sygehuse og i almen praksis efterspørger ligeledes i stigende grad information om pleje og behandling i kommunalt regi (MedCom, 2020).

De sundhedsprofessionelle på sygehuse og lægerne i almen praksis har siden 2013 haft adgang til Sundhedsjournalen, og med den enkelte borgers samtykke kan de tilgå sundhedsoplysninger om den aktuelle behandling. Sundhedsoplysninger, der er indsamlet fx ved behandling og indlæggelse på sygehus, herunder privathospital, er indeholdt i Sundhedsjournalen, mens sundhedsoplysninger fra det kommunale område ikke er. Det forventes dog, at de kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger vil give de sundhedsprofessionelle på sygehuse og i almen praksis et bedre helhedsbillede af de borgere, som de har i aktuel behandling, hvorfor denne analyse også belyser disse parters behov.

## 3.0 Formål

Nærværende afdækning af behovet for adgang til sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen for kommunale parter og for andre parter, som fx sygehuse og almen praksis, er gennemført med følgende tre formål (jf. figur 3):

### Primært formål

Med udgangspunkt i den kommunale akutfunktion og misbrugscenter afdækkes det, hvilke behov de kommunale parter har for at kunne tilgå den enkelte borgers sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen, samt hvordan disse sundhedsoplysninger ønskes præsenteret i Sundhedsjournalens overbliksside.

### Sekundært formål

Med udgangspunkt i den fælleskommunale dokumentationspraksis søges en forståelse af, hvilke behov andre parter, det vil sige de sundhedsprofessionelle på sygehuse og i almen praksis, har for at kunne tilgå kommunale sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen.

### Tertiært formål

Med udgangspunkt i den nuværende situation og den kommunale gateway udarbejdes der en kort beskrivelse af de tekniske muligheder for på sigt at kunne levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen.

## Analysens formål



### Primært formål

Afdækning af kommunale behov for at tilgå sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen



### Sekundært formål

Kortlægning af andre parters behov for kommunaltindsamlede sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen



### Tertiært formål

Kortlægning af de tekniske muligheder for at levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen

**Figur 3** viser analysens tre formål: at afdække de kommunale behov for at tilgå sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen, at kortlægge andre parters behov for kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen og at kortlægge de tekniske muligheder for på sigt at levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen med udgangspunkt i den kommunale gateway.

## 4.0 Afgrænsning

KL og styregruppen for *Sundhedsjournal 3.0* har godkendt delprojektet *Kommunal adgang til Sundhedsjournalen*. Nærværende analyse udgør leverancen for spor B og omfatter dermed ikke leverancen for delprojektets spor A, der har som overordnet mål at etablere den kommunale adgang ind i Sundhedsjournalen (MedCom, 2020).

For at kunne beskrive det kommunale behov for at kunne tilgå sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen er der af MedComs projektteam, i tæt samarbejde med KKR-digitaliseringsnetværket, udpeget to repræsentative kommunale fokusområder; det kommunale misbrugsområde og den kommunale akutfunktion. Netop disse områder vurderes, på baggrund af stigende efterspørgsel fra områderne selv, at være de umiddelbart mest relevante repræsentanter for de kommunale behov for at kunne tilgå sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen. Ligeledes er det besluttet, at andre parter repræsenteres ved sygehuse og almen praksis, grundet deres store samarbejdsflade med kommuner, med henblik på at opnå en forståelse af deres behov for at kunne tilgå kommunalt registrerede sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen. Her er formålet ikke en afdækning, men snarere en indledende kortlægning af deres behov baseret på de tværkommunale dokumentationsstandarder (Kommunernes Landsforening, 2019).

### FSIII HAR TIL FORMÅL AT

- Sikre genbrug og opdatering af data på tværs af opgaver
- Tilvejebringe valid information til prioritering, kvalitetsudvikling og styring
- Bidrage til sammenhæng, kvalitet og effektivisering i indsatser
- Tilbyde data som beslutningsstøtte og ledelsesinformation

### 4.1 DEN FÆLLESKOMMUNALE DOKUMENTATIONSPRAKSIS

Det kommunale sundhedsvæsens fælles dokumentationsstandarder kaldet Fælles Sprog III (FSIII) anvendes i kommunalt regi. Denne dokumentationspraksis udgør dermed udgangspunktet for, hvilke tværkommunale data andre parter på sigt kan få adgang til.



#### 4.1.1 Fælles Sprog III

Fælles Sprog III (FSIII) er en metode og standard for, hvordan kommunerne skal dokumentere opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet (Kommunernes Landsforening, 2019). Standarderne anvendes til at dokumentere den enkelte borgers helbredstilstand og funktionsevnetilstand samt tildelte indsatser i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven. Konkret kan det dreje sig om fx vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse (Sundhedslovens §138), vederlagsfri genoptræning efter udskrivelse fra et sygehus (Sundhedslovens §140), tildeling af servicelovsydelser, som fx personlig hjælp og pleje, hjælp til praktiske opgaver eller madservice (Servicelovens §83), eller ydelser i form af rehabiliteringsforløb ved nedsat funktionsevne (Servicelovens §83a). Det er oplysninger, som kan kvalificere den indsats, en borger skal have ved en indlæggelse på sygehuset eller hos egen læge.



### EKSEMPLER PÅ KLASSIFIKATIONER

#### Eksempel 1: Respirationsproblemer

- Niveau 1: Respirationsproblemer.
- Niveau 2: Taledyspnø med pibende vejrtrækning og tør hoste.
- Niveau 3: Gennem de sidste 14 dage forværring af tilstanden. Borger klarer ikke selv medicinadministration.

#### Eksempel 2: Problemer med hukommelse

- Niveau 1: Problemer med hukommelse.
- Niveau 2: Svært ved at huske aftaler i hverdagen. Bliver frustreret og vred hvis hun konfronteres med det.
- Niveau 3: Har tidligere været tilknyttet hukommelsesklinikken. Er afsluttet efter aftale med borgeren og datteren. Ønsker ikke yderligere udredning. Får støtte til medicinadministration og indtagelse af medicin.

FSIII er en videreudvikling af Fælles Sprog, som blev introduceret i 1998 og siden udviklet som metode og standard for dokumentation på sundheds- og ældreområdet. FSIII er bygget op om strukturering og klassificering af data, som gør det lettere for sundhedspersonalet at dokumentere det rette sted (Kommunernes Landsforening, 2019).

Niveau 1 og 2 er obligatorisk, hvor niveau 1 er en klassifikation af en tilstand og niveau 2 er en præcision af tilstanden. Desuden angives gældende lovgivning og paragraf. Nogle kommuner har haft behov for at kunne specificere den enkelte borgers tilstand og indsatser yderligere og har udviklet standarder for niveau 3, der derved fungerer som et uddybende fagligt notat. Det er frivilligt, om den enkelte kommune ønsker at udvikle et niveau 3, hvorfor der er store kommunale forskelle på, hvordan og hvilket format dokumentationen understøtter. Da det ikke er obligatorisk for den kommunale praksis at udvikle og benytte niveau 3, kan andre parter, herunder sundhedspersonalet fra sygehuse og almen praksis, ikke forvente for at få oplysninger svarende til niveau 3.

De obligatoriske niveauer 1 og 2 i FSIII udgør grundlaget for den fælleskommunale dokumentationspraksis for både tilstande hos og indsatser til den enkelte borger. Dermed udgør de også datagrundlaget for, hvad

sundhedspersonale på sygehuse og i almen praksis kan forvente at få adgang til af kommunalt indsamlede oplysninger (Kommunernes Landsforening, 2019).



## 5.0 Målgruppe

Den primære målgruppe for denne analyse er styregruppen for Sundhedsjournal 3.0, som består af Region Nordjylland (formand), Sundhed.dk, Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Danske

Patienter, De fem Regioner, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Kommunernes Landsforening (KL), Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS), SundhedDanmark og MedCom.

## 6.0 Metode

Til nærværende analyse er der anvendt forskellige metodiske greb med henblik på at belyse analysens genstandsfelt på bedst mulig vis. Der er derfor anvendt metodetriangulering (jf. figur 4), hvor afdækningen af de sundhedsprofessionelles behov for at kunne tilgå sundhedsoplysninger om den enkelte borger på tværs

af kommune, sygehus og almen praksis er gennemført ved hjælp af henholdsvis spørgeskemaundersøgelser, interviews, feltbesøg og workshops. Metodebeskrivelsen for belysning af de tekniske muligheder for at levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen beskrives til sidst i metodeafsnittet.

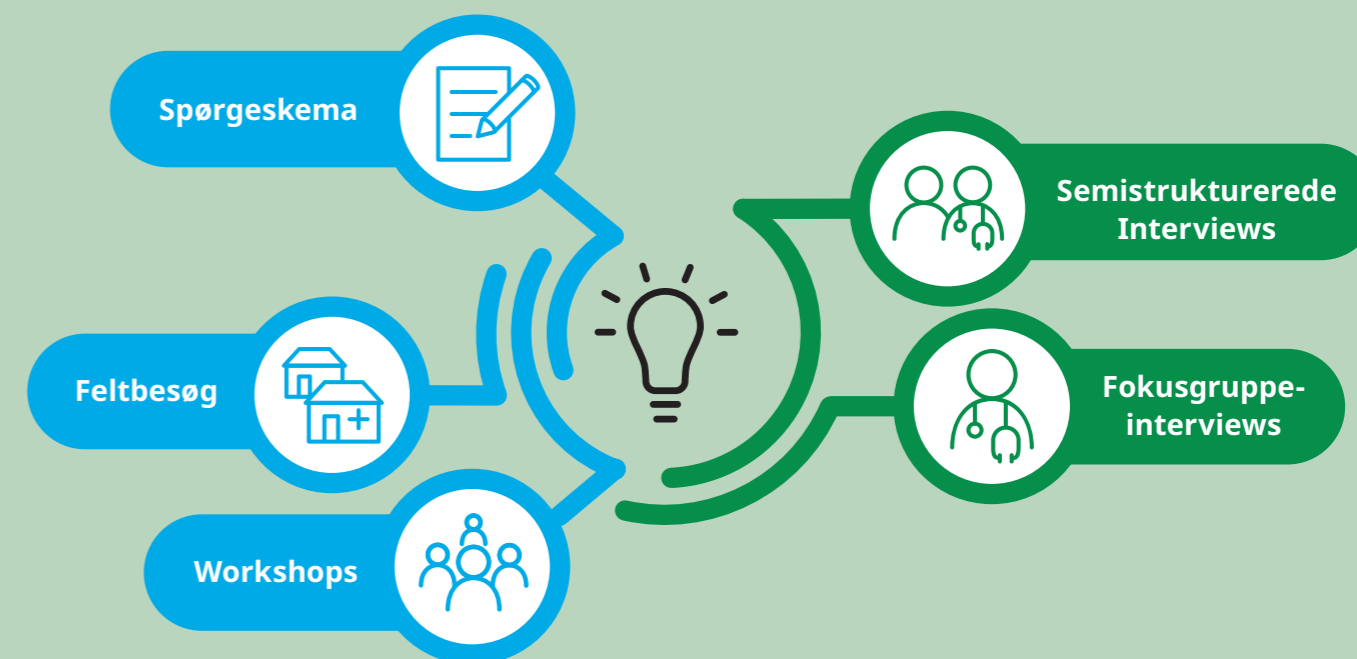
### 4.1.2 Hjemmepleje-sygehusmeddelelser

Hjemmepleje-sygehusmeddelelser er standarder for den kommunikation, der foregår mellem kommune og sygehus i forbindelse med indlæggelse, og udskrivelse, af borgere (MedCom, 2016). De fire hjemmepleje-sygehusmeddelelser er indlæggelsesrapporten, plejeforløbsplanen, melding om færdigbehandling samt udskrivningsrapporten. Udover de fire standarder for meddelelser kan der sendes en korrespondancemeddelelse, som er en supplerende fritekstmeddelelse, der kan bruges frit i forløbet.

De fire hjemmepleje-sygehusmeddelelser har følgende formål:

- Plejeforløbsplanen har til formål at informere kommunen om ændringer i funktionsevnetilstand og eventuelle nye plejebehov. Plejeforløbsplanen sendes fra sygehus til kommune inden hjemsendelse fra sygehuset.
- Melding om færdigbehandling er en administrativ servicemeddelelse uden sundhedsfagligt indhold, som sikrer, at borgeren er registreret som færdigbehandlet på sygehuset. Melding om færdigbehandling sendes fra sygehus til kommune, når borgeren er færdigbehandlet.
- Udskrivningsrapporten indeholder status og resumé af forløbet og relevante sundhedsfaglige oplysninger vedrørende borgerens aktuelle indlæggelse, funktionsevne, diagnoser og det forventede fremadrettede behov for pleje og behandling. Udskrivningsrapporten sendes fra sygehus til kommune, når patienten udskrives.

- Indlæggelsesrapporten indeholder oplysninger om borgerens ydelser, hjælpemidler, funktionsevne og sygeplejefaglige problemer. Indlæggelsesrapporten sendes automatisk fra kommune til sygehus, når kommunen modtager en indlæggelsesadvis fra sygehuset i forbindelse med en indlæggelse. Ved ændringer kan der være behov for at sende en opdatering til indlæggelsesrapporten.



Figur 4. Anvendte metoder til at belyse analysens genstandsfelt. De blå metoder blev primært gennemført i det kommunale område, mens de grønne metoder blev anvendt blandt andre parter i sundhedsvæsenet, herunder sygehuse og almen praksis.

Analysens tredje formål, som omfatter beskrivelse af og redegørelse for de tekniske muligheder for på sigt at kunne levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen, med udgangspunkt

i den kommunale gateway, er gennemført ved gennemlæsning af relevante rapporter og dokumenter samt ved afholdelse af møder med ansvarlige aktører fra Sundhed.dk, KL og MedCom.



## 6.1 DET KOMMUNALE OMRÅDE

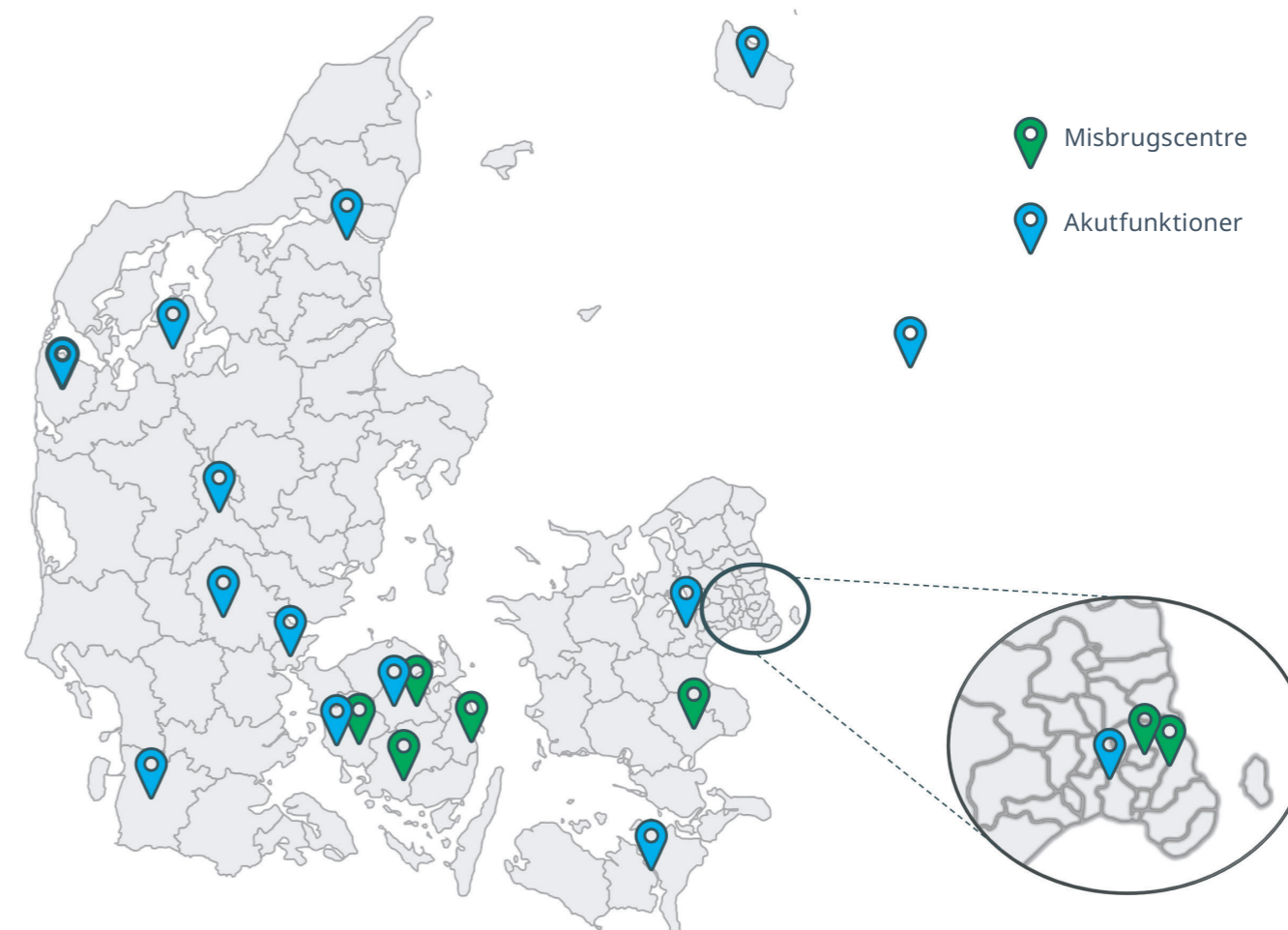
Organiseringen af det kommunale område varierer fra kommune til kommune. For at opnå et repræsentativt udsnit i forhold til organisering, størrelse, befolkningstæthed og geografisk placering blev 17 casekommuner,

herunder 12 akutfunktioner og 7 misbrugscentre, udvalgt af projektteamet til at deltage i analysen. Tabel 1 nedenfor viser, hvilke casekommuner der har deltaget i hvilke aktiviteter.

| CASEKOMMUNE     | INKLUDERET FUNKTION OG DELTAGENDE MEDARBEJDERE  | AKTIVITETER  | ANTAL INDBYGGERE |
|-----------------|---|--|------------------|
| København       | Misbrugscenter: en læge og en sygeplejerske   | Spørgeskema + afdækningsworkshop   | 638.117          |
| Aalborg         | Akutfunktion: sygeplejefaglig leder og sygeplejerske                                      | Spørgeskema + critique-workshop  | 219.487          |
| Odense          | Misbrugscenter: afdelingsledende læge og sygeplejerske<br>Akutfunktion: to sygeplejersker | Spørgeskema + afdækningsworkshops + critique-workshops                     | 205.509          |
| Vejle           | Akutfunktion: ledende sygeplejerske   | Spørgeskema + critique-workshop  | 116.992          |
| Frederiksberg   | Misbrugscenter: afdelingslæge   | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop                       | 103.677          |
| Roskilde        | Akutfunktion: teamleder og to sygeplejersker  | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop + feltbesøg (akut)    | 88.889           |
| Guldborgsund    | Akutfunktion: to sygeplejersker   | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop                       | 60.328           |
| Lyngby-Taarbæk  | Akutfunktion: to sygeplejersker   | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop                       | 56.614           |
| Faaborg-Midtfyn | Misbrugscenter: afdelingsleder og sygeplejerske   | Spørgeskema + afdækningsworkshop   | 51.683           |
| Fredericia      | Akutfunktion: leder af akutsygeplejen og to sygeplejersker                                | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop                       | 51.275           |
| Ikast-Brande    | Akutfunktion: sygeplejerske   | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop                       | 41.473           |
| Assens          | Misbrugscenter: to sygeplejersker<br>Akutfunktion: leder af akutfunktionen                | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop + feltbesøg (misbrug) | 40.867           |
| Bornholm        | Akutfunktion: tre sygeplejersker  | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop                       | 39.570           |
| Tønder          | Akutfunktion: to sygeplejersker   | Spørgeskema + afdækningsworkshop + critique-workshop                       | 37.050           |
| Faxe            | Misbrugscenter: teamleder   | Spørgeskema  | 36.713           |
| Nyborg          | Misbrugscenter: afdelingsleder  | Spørgeskema + afdækningsworkshop   | 31.933           |
| Lemvig          | Akutfunktion: to sygeplejersker   | Spørgeskema + workshop   | 19.607           |

Tabel 1 viser en beskrivelse af de medvirkende casekommuner på henholdsvis misbrugs- og akutområdet, de deltagende funktioner samt hvilke aktiviteter, de har deltaget i.

Nedenstående figur 5 viser den geografiske fordeling af de deltagende misbrugscentre og akutfunktioner.



Figur 5 viser placeringen af de deltagende misbrugscentre og akutfunktioner.

Til feltbesøg ved misbrugscentre blev der lagt vægt på at sikre spredning i forhold til it-understøttelse og erfaring med indhentning af sundhedsoplysninger. Følgende to misbrugscentre blev udvalgt af projektteamet og deltog i feltbesøg:

- Misbrugscenteret i København har, som et af få kommunale centre, mulighed for at indhente sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen via deres dokumentationssystem. Ved feltbesøget deltog en sygeplejerske og en læge.
- Misbrugscenteret i Assens kan ikke tilgå sundhedsoplysninger elektronisk, der ikke er indsamlet via egen praksis. Ved feltbesøget deltog to sygeplejersker.

Til feltbesøg ved kommunale akutfunktioner blev Roskilde Kommune besøgt fysisk. Her blev der udført et semistruktureret interview med to sygeplejersker og en teamleder. Akutfunktionen i Roskilde blev udvalgt, da den som den eneste havde mulighed for at få besøg i foråret 2021, hvor de fleste andre akutfunktioner var lukket for besøg på grund af COVID-19-restriktioner.

## 6.2 SYGEHUSE OG ALMEN PRAKSIS

Som repræsentant for almen praksis udvalgte PLO to praktiserende læger fra henholdsvis Aarhus Kommune og Hørsholm Kommune. Som repræsentant for sygehuse udvalgte MedComs projektteam den Fælles Akutmodtagelse (FAM) på Odense Universitetshospital (OUH). Der blev gennemført semistrukturerede interviews med de praktiserende læger, mens der blev gennemført et fokusgruppinterview med henholdsvis en afdelingslæge, en afdelingssygeplejerske og en uddannelsesansvarlig sygeplejerske fra OUH.

### 6.3 METODEVALG I BEHOVSAFDÆKNINGEN

Der blev indledningsvis gennemført en desktop research med gennemgang af relevante rapporter, handlingsplaner, nationale retningslinjer, standarder, anbefalinger m.v. Grundlaget herfra skabte overblik over, hvilke kommunale data, der kan udstilles på tværs af kommunerne og som i tilstrækkelig grad er sammenlignelige (valide) samt af en kvalitet, som gør dem anvendelige for andre parter.

Da parterne på det kommunale område allerede i dag anvender ensartede registreringspraksisstandarder i form af FSIII og hjemmepleje-sygehusmeddelelser, tager analysen afsæt heri i afdækningen af parternes behov for at kunne tilgå sundhedsoplysninger om den enkelte borger.

#### 6.3.1 Spørgeskemaer

Misbrugscentre og akutfunktioner på det kommunale område fik tilsendt et elektronisk spørgeskema med henblik på at kortlægge organisering, arbejdsgange og praksis for indhentning af sundhedsoplysninger om den enkelte borger. Spørgeskemaerne indeholdt blandt andet spørgsmål om organisering af center/funktion, fordeling af medarbejdere på faggrupper, etablering af center/funktion, tilgængelighed, størrelse, primær borgermålgruppe, primær henvendelseskilde og slutteligt indsatser, der er anvendt til indsamling af baggrundsinformation omkring casekommunerne.

#### 6.3.2 Feltbesøg

Som tidligere beskrevet blev der gennemført feltbesøg hos to misbrugscentre og en kommunal akutfunktion med det formål at opnå mere dybdegående viden om eksisterende arbejdsgange i forhold til indhentning af sundhedsoplysninger om den enkelte borger. Besøgene på misbrugscentre blev gennemført virtuelt, mens det var et fysisk besøg hos den kommunale akutfunktion.

De to misbrugscentre blev udvalgt ud fra, om de kunne kommunikere elektronisk omkring sundhedsoplysninger eller ej, samt deres nuværende praksis for registrering og indhentning af sundhedsoplysninger. Det fysiske feltbesøg hos den kommunale akutfunktion blev valgt, da de havde mulighed for at prioritere dette i foråret 2020 under COVID-19 pandemien. Feltbesøgene blev

fulgt op af enten et semistruktureret interview med udvalgte medarbejdere og teamledere og/eller en virtuel gennemgang af de anvendte dokumentations- og indhentningssystemer for at kvalitetssikre det observerede på feltbesøget.

#### 6.3.2 Interviews

For at belyse genstandsfeltet for det sekundære formål, dvs. at opnå en forståelse af andre parters behov for kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger, blev der gennemført et semistruktureret fokusgruppeinterview med medarbejderne fra en akutmodtagelse på et sygehus (en afdelingslæge, en afdelingssygeplejerske og en uddannelsesansvarlig sygeplejerske) samt interviews med to læger fra almen praksis. Disse aktiviteter havde til formål at belyse, præcist hvilke kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger parterne har behov for, samt hvilket niveau og hvilken detaljeringsgrad, der er nødvendig for at skabe værdi. Yderligere blev det afdækket, hvordan disse parter for nuværende indhenter kommunale sundhedsoplysninger. Der blev udarbejdet specifikke interviewguides, som blev sendt ud til parterne med mulighed for kommentering forud for hvert interview.

#### 6.3.4 Workshops

Der blev afholdt to workshops for akutfunktioner og en workshop for misbrugsområdet for at afdække det kommunale behov for at tilgå sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen. På disse workshops blev der fx afholdt brainstormsessioner, break-out arbejde med relevante fund og opstillede temaer, som deltagerne skulle prioritere i fællesskab. Resultater og erfaringer herfra blev anvendt til at opstille specifikke brugsscenarier for visualiseringen af overblikssiden i Sundhedsjournalen, som efterfølgende blev modificeret på en såkaldt critique-workshop for henholdsvis akutområdet og misbrugsområdet. Formålet med at afholde critique-workshops var at give deltagerne mulighed for aktivt at arbejde med de udarbejdede brugsscenarier for visualisering samt at udarbejde alternative brugsscenarier på baggrund af arbejdet.

Tabel 1 på side 16 viser casekommunernes deltagelse i de forskellige aktiviteter.

### 6.4 DATABEARBEJDNING

Efter hver aktivitet er datamaterialet blevet sammenfattet og tematiseret. Undervejs er der udformet notater om hvert feltbesøg og interview, og deltagerne har haft mulighed for at notere deres holdninger til sammenfatningen i det udarbejdede materiale.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen er tematiseret for at sikre sammenlignelighed i besvarelserne.

Efter gennemførelsen af samtlige aktiviteter er datamaterialet behandlet og samlet i forhold til temaerne, og de tværgående tematikker er identificeret. På baggrund af dette er de endelige resultater sammenfattet i nærværende behovsanalyse.

Analysens fund og resultater er verificeret af deltagerne i analyseprocessen samt af MedComs projektteam, som har været tæt involveret i analyseprocessen.

### 6.5 UDFORMNING OG RAPPORTERING

På baggrund af aktiviteterne og databearbejdningen opstilles i nærværende analyse en række anbefalinger til, hvilke sundhedsoplysninger de kommunale parter hurtigt har behov for at få et overblik over i Sundhedsjournalen, og hvordan de kan udstilles for at skabe mest mulig værdi for de kommunale parter. Anbefalingerne er grundet vægtningen af analysens

forskellige formål og dermed også gennemførelsen af aktiviteter alene knyttet til det primære formål.

Der udarbejdes og afprøves desuden prototyper på dashboards med forslag til datavisualisering. Ydermere vil andre parters behov for kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger blive belyst, og der vil blive præsenteret en sammenfatning af resultaterne heraf.

### 6.6 TEKNISKE MULIGHEDER FOR AT LEVERE KOMMUNALT INDSAMLEDE SUNDHEDSOPLYSNINGER TIL SUNDHEDSJOURNALEN

Med udgangspunkt i den nuværende situation, hvor de kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger ikke kan leveres til Sundhedsjournalen eller den kommunale gateway, en infrastruktur der muliggør deling af kommunale sundhedsoplysninger, er der udarbejdet en kort beskrivelse af de tekniske muligheder for på sigt at kunne levere kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger til Sundhedsjournalen.

Beskrivelsen tager primært udgangspunkt i KL's arkitekturrapport: *FSIII Gateway (EOJ-FUT)* (Kommunernes Landsforening, 2021). Udover analysen af arkitekturrapporten er der udarbejdet en referencemodel på baggrund af interviews med en projektleder fra KL og en integrationsarkitekt fra Sundhed.dk.



## 7.0 Resultater

Afdækningen af behovet for adgang til sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen er gennemført på baggrund af ovenstående metoder. Følgende resultat afsnit indeholder en sammenfatning af de væsentligste fund.

### 7.1 CASEKOMMUNERNES ADGANG TIL DIGITALE SUNDHEDSOPLYSNINGER

Nedenstående afsnit er en overordnet sammenfatning af, hvorledes de inkluderede casekommuners akut- og misbrugsfunktioner er organiseret, hvordan de er it-understøttet, samt hvordan de for indeværende har adgang til digitale sundhedsoplysninger.

For en uddybende beskrivelse af casekommunerne henvises til Appendix 2.

#### 7.1.1 Akutfunktionernes organisering

Fem akutfunktioner har integreret akutfunktionen som en del af hjemmesygeplejen, hvor alle hjemmesygeplejersker kan varetage akutte sygeplejefaglige opgaver (Sundhedsstyrelsen, 2017). De resterende syv akutfunktioner er selvstændige enheder, hvor medarbejderne ikke indgår som en del af hjemmesygeplejen og som udgangspunkt udelukkende varetager akutte sygeplejefaglige opgaver. Størrelsen, defineret som antallet af ansatte akutsygeplejersker, varierer fra fem ansatte i den mindste selvstændige enhed til 25 ansatte i den største selvstændige enhed.

Ni ud af 12 inkluderede casekommuner har en døgndækkende akutfunktion, to har en akutfunktion, der dækker i tidsrummet 07.00 til 23.00, og en enkelt har en akutfunktion, der dækker i tidsrummet 07.00 til 15.00, hvor lægevagten uden for det nævnte tidsrum anvendes ved akutte sygeplejefaglige opgaver.

Casekommunernes akutfunktioner modtager primært henvendelser fra borgerens egen læge, hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, vagtlægen og sygehuse.

#### 7.1.2 Misbrugscentrenes organisering

Ligesom blandt akutfunktionerne ses der en stor spredning i organisering og størrelse blandt case-

kommunernes misbrugscentre. Mens der på det mindste misbrugscenter er ansat otte medarbejdere, er der på det største misbrugscenter ansat cirka 300 medarbejdere, som er tilknyttet flere lokale satellit-enheder i samme kommune.

På alle misbrugscentre er der tilknyttet mindst en læge, men konfrontationstiden varierer væsentligt. I fire casekommuner er lægen til rådighed i mindre end 15 timer per uge. I en kommune deler to læger 53 ugentlige konfrontationstimer, mens der på det største misbrugscenter er en læge til rådighed i alle satellit-centre i hele åbningstiden. Alle de inkluderede misbrugscentre har kun åbent i dagtimerne.

På samtlige af casekommunernes misbrugscentre modtager de oftest borgere ved selvhenvendelse. Fire misbrugscentre modtager desuden borgere med henvisning fra egen læge. Derudover modtages typisk henvisninger fra sygehuse, psykiatrien og socialfaglige enheder eller direkte henvendelser på vegne af pårørende.

#### 7.1.3 Dokumentationssystemer og indhentning af digitale sundhedsoplysninger

I nedenstående afsnit gennemgås akutfunktionerne og misbrugscentrenes brug af et dokumentationssystem i den pågældende casekommuner, samt dennes betydning for mulig indhentning af digitale sundhedsoplysninger. I tabel 2 på næste side, ses en oversigt over, hvilke dokumentationssystemer casekommunerne anvender.

##### 7.1.3.1 Akutområdet

Som illustreret i tabel 2 på næste side, anvender alle case-kommunernes akutfunktioner enten KMD Nexus eller Columna Cura som elektronisk omsorgssystem (EOJ), hvilket udgør den primære it-understøttelse. De inkluderede akutfunktioner er således forholdsvis homogene i forhold til it-understøttelse, og derved også i forhold til digital adgang til sundhedsoplysninger om den enkelte borger.

| DOKUMENTATIONSSYSTEM | MISBRUGSCENTRE            | AKUTFUNKTIONER  |
|----------------------|---------------------------|---|
| KMD Nexus            | Assens og Faaborg-Midtfyn | Assens, Fredericia, Guldborgsund, Lemvig, Lyngby-Taarbæk, Odense, Roskilde, Tønder og Vejle |
| Columna Cura         | Faxe                      | Bornholm, Ikast-Brande og Aalborg   |
| EG Sensum Bosted     | Frederiksberg             |   |
| Novax CRK            | København                 |   |
| HD-eKJ               | Assens og Odense          |   |

Tabel 2 viser et overblik over casekommunernes dokumentationssystemer.

Akutfunktionerne har overvejende kun adgang til de digitale sundhedsoplysninger, der måtte være indsamlet i eget dokumentationssystem samt til sundhedsoplysninger om den enkelte borger, som løbende deles med sygehuset, ved fx indlæggelse og udskrivning. Disse sundhedsoplysninger deles fx via hjemmepleje-sygehusstandarder så som plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter. Blandt casekommunens akutfunktioner er det overvejende sygeplejerskerne, der indhenter de relevante sundhedsoplysninger om borgerne, fx ved gennemgang af udskrivningsrapporten og adgang til Fælles Medicinkort (FMK) via EOJ-systemet.

Samtlige af casekommunernes akutfunktioner peger på, at dette kan give udfordringer, da de fleste akutfunktioner har begrænset adgang (ofte telefonisk) til såvel egen læge som sygehuset, og derved også begrænset adgang til indhentning af andre end kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger. Samtlige akutfunktioner påpeger derfor, at adgang til fx journalbeskrivelser, epikriser, laboratoriesvar og billedbeskrivelser vil være en klar forbedring af deres aktuelle vidensgrundlag om den enkelte borger.

*"I forhold til tidsperspektiv og service for borgeren, så ville informationsniveauet blive forbedret med adgangen (red: til Sundhedsjournalen). 80-90% af borgerne ville kunne opleve en forbedring i serviceniveau eller tidsforbrug. Adgang til informationen vil gavne både de sundhedsfaglige og borgeren..."*

*Borgerne glemmer jo tit de kroniske sygdomme, når de beskriver 'hvad de fejler'."*

— Citat fra en akutsygeplejerske.



### 7.1.3.2 Misbrugsområdet

Blandt casekommunernes misbrugscentre er der generelt en større forskellighed i it-understøttelsen. Som illustreret i tabel 2, anvendes således enten KMD Nexus, Columna Cura, EG Sensum Bosted, Novax CRK eller HD-eKJ. Udover de angivne dokumentationssystemer anvender nogle få misbrugscentres læger også eget lægepraksissystem, hvorfra Sundhedsjournalen kan tilgås.

På misbrugsområdet, der fremstår mere varieret i forhold til it-understøttelse, er det muligt for enkelte læger gennem et lægepraksissystem at indhente digitale sundhedsoplysninger via Sundhedsjournalen. Dette er dog ikke generelt for alle misbrugscentre, da der på landsplan kun er otte misbrugscentre, som har et lægepraksissystem (MedCom, 2021).

Casekommunernes misbrugscentre fremhæver, at sygeplejerskerne ofte har behov for at kunne tilgå fx prøvesvar, danne sig et overblik over tidligere indlæggelser eller kommende aftaler med sundhedsvæsenet samt kunne informere borgeren om, hvilke åbne forløb vedkommende har. Da disse informationer ikke er indeholdt i det kommunale dokumentationssystem, anvendes misbrugscenterets læge ofte til at indhente disse sundhedsoplysninger, hvilket er ressource- og tidskrævende.

For såvel de kommunale misbrugscentre som akutfunktionerne gælder det, at de ved akut opstået behov for indhentning af sundhedsoplysninger er nødsaget

til at kontakte andre parter, fx sygehuset eller egen læge, telefonisk. Ved mindre akutte behov anvendes fx e-mails, korrespondancemeddelelser eller i enkelte tilfælde frankeret post, hvilket kan være en længerevarende proces, hvor den adspurgte sygehusafdeling eller almen praksis skal afsætte tid til at besvare forespørgslen.

*"Indlæggelses/udskrivelsesnotater svinger i niveau. Nogle er meget fyldestgørende og nogle er mindre fyldestgørende. Sygehusene tager sjældent kontakt til os. Borgerens egen læge gør det nogle gange..."*

*"Vi mangler information. Vi mangler nogle gange vidensdeling. Hvis man virkelig mangler noget, så ringer man til afdelingen. Kvaliteten (red: af behandlingen) falder ikke nødvendigvis, det går bare lidt langsommere. Hvis det er vigtigt, så får vi det gjort"*

— Citat fra en sygeplejerske på et misbrugscenter.

## 7.2 FORVENTEDE GEVINSTER VED EN KOMMUNAL ADGANG TIL SUNDHEDSJOURNALEN

Når de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere får adgang til Sundhedsjournalen, vil det ifølge casekommunerne forventeligt medføre en række gevinster for både medarbejdernes arbejdsgange og for borgerne (jf. figur 6).

Casekommunerne forventer, at bedre og hurtigere vidensdeling i sektorovergange blandt andet vil medføre, at der frigives mere tid hos personalet, der således i mindre grad vil være afhængig af fx at ringe eller skrive til andre parter, som sygehuset og almen praksis for at kunne tilgå ikke kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger i hvert enkelt tilfælde.

Derudover fremhæver de sundhedsfaglige medarbejdere på såvel akut- som misbrugsområdet, at de vil føle sig bedre klædt på i mødet med borgeren. Dels fordi de vil vide, hvordan de hurtigt og effektivt vil kunne tilgå sundhedsoplysninger om den enkelte borger, og dels fordi de vil have et bedre grundlag for at danne sig et helhedsbillede af borgerens sygdomsforløb.

Misbrugscentre angiver desuden, at de ofte oplever lang ventetid på prøvesvar fra sygehuset, hvilket skaber en unødigt forlænget ventetid i behandlingsforløbet. En direkte adgang til prøvesvar gennem Sundhedsjournalen vil ikke kun understøtte behandlingsforløbet, men også frigive lægelige ressourcer på misbrugscentre, hvor lægen oftest kun er begrænset tilgængelig.

*"Blodprøvesvar og EKG'er kommer med posten, hvilket kan tage flere uger. Det vil være en fordel at kunne se det dagen efter. Vi kan overtage mere ansvar fra lægen på grund af ventetiden."*

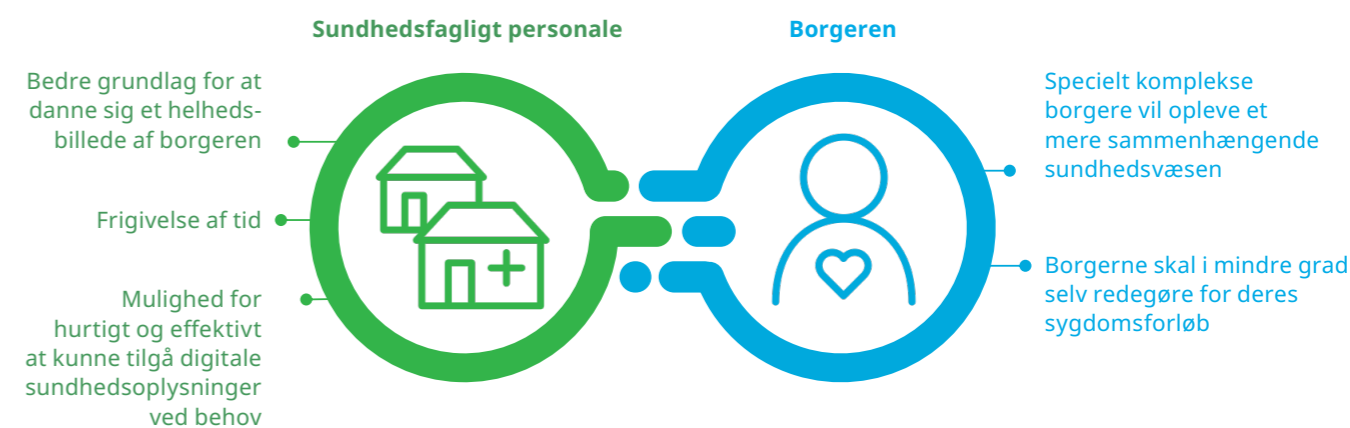
— Citat fra en sygeplejerske på et misbrugscenter.

### 7.2.1 Komplekse borgere får et løft

Det er forventeligt, at værdiskabelsen ved en kommunal adgang til Sundhedsjournalen særligt vil understøtte de komplekse borgere. Særligt de komplekse borgere med kroniske eller psykiske sygdomme, der oftest bevæger sig på tværs af sektorer, som kan have flere åbne forløb på samme tid, og som derfor oftest er eksponeret for at møde sundhedspersonale, der er afhængig af en effektiv tværsektoriel vidensdeling.

Samtlige af casekommunerne fremhæver således, at de sundhedsfaglige medarbejdere aktuelt er afhængige af, at borgeren selv kan redegøre for en del af sygdomsforløbet og behandlingen hos de ikke kommunale parter, hvilket stiller krav til borgerens egne ressourcer og sygdomsindsigt. Derfor vil en optimeret vidensdeling og adgang til Sundhedsjournalen især komme de mest udsatte borgere til gavn.

## Forventede gevinster ved kommunal adgang til Sundhedsjournalen



Figur 6 viser de forventede gevinster ved kommunal adgang til Sundhedsjournalen.

### 7.3 AFDÆKNING AF KOMMUNALE BEHOV FOR AT TILGÅ DIGITALE SUNDHEDSOPLYSNINGER I SUNDHEDSJOURNALEN

I afsnittene nedenfor præsenteres de sundhedsoplysninger, som akutfunktionerne og misbrugscentreerne på tværs af casekommunerne særligt ønsker hurtig adgang til i Sundhedsjournalen via overblikssiden.

Beskrivelserne er inddelt i overordnede emner med en efterfølgende beskrivelse af, hvorfor netop disse sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen via overblikssiden er relevante at tilgå.

#### 7.3.1 Fælles behov

Følgende emner opleves af både akut- og misbrugsområdet som relevante (jf. figur 7).

#### Overblik over borgerens aftaler med sundhedsvæsenet

Ifølge casekommunerne er der behov for, at de sundhedsfaglige medarbejdere kan tilgå digital information om borgerens kommende aftaler på tværs af sundhedsvæsenet, herunder fx aftaler med egen læge, ambulante aftaler på sygehuse og aftaler i eget hjem m.fl.

Disse oplysninger skal fremstilles, således at de sundhedsfaglige medarbejdere på en simpel måde kan få adgang til et aftaleoverblik.

Adgangen til denne information kan gavne planlægningen af de kommunale behandlingsforløb, men i høj grad også medvirke til, at de sundhedsfaglige medarbejdere kan understøtte fremmødet til aftaler med sundhedsvæsnets øvrige parter ved at informere borgere om kommende aftaler, hvilket medarbejderne oplever ofte at blive spurgt om.

Der er ligeledes et ønske om at få en oversigt over alle aktive eller åbne forløb i regi af både primær og sekundær sektor. Dette med henblik på at støtte de borgere, der ikke selv har overblikket, men ligeledes for at støtte behandlingsplanlægningen hos de involverede kommunale medarbejdere.

#### Laboratoriesvar

Samtlige af casekommunerne fremhæver ønsket om nemt og hurtigt at kunne tilgå laboratoriesvar,

herunder opdaterede svar på blodprøver, EKG-målinger m.v., der er taget under et forløb hos en ikke kommunal part, fx ved indlæggelse på sygehuset, ved ambulante behandling eller hos egen læge.

#### 7.3.2 Misbrugsområdet

Nedenfor gennemgås de emner, som er specifikke for misbrugsområdet (jf. figur 7).

#### Stamdata

Ifølge casekommunernes misbrugscentre er der behov for en nem adgang til borgerens stamdata, herunder opdateret telefonnummer, kontaktoplysninger på nærmeste pårørende, information om egen læge og tandlæge m.v.

Denne information er essentiel for personalet på de misbrugscentre, der oftest møder komplekse borgere. Det vil ifølge casekommunernes misbrugscentre især hjælpe de borgere, der ikke umiddelbart kan redegøre for oplysningerne selv, og hvor der samtidig er et stort behov for koordinering med andre end borgeren selv.

#### Vaccinationer

Behovet for på nem og overskuelig vis at kunne tilgå oplysninger om borgerens nuværende og planlagte vaccinationer blev ligeledes fremhævet. Især aktuelle vacciner som fx COVID-19-vaccinen eller hepatitisvacciner til intravenøse stofbrugere er efterspurgt.

Opnås der en let og overskuelig adgang til information om vacciner, vil misbrugscentrene forventeligt kunne danne sig et mere overskueligt overblik over, hvilke borgere der skal prioriteres i forhold til vaccinationsindsatser, hvilket vil støtte både planlægningen på centrene og den enkelte borger.



#### Tidspunkt for seneste indlæggelse

Tidspunktet for seneste indlæggelse blev prioriteret af casekommunernes misbrugscentre, hvormed de på en let og hurtig måde kan få oplyst, hvornår borgeren sidst har været indlagt og efterfølgende udskrevet fra sygehuset. Denne information er generelt relevant for centrene, men især blandt de centre, der har kontakt med de mest komplekse borgere, efterspørger denne information. Det er centre, der håndterer borgere, der ofte ikke kan redegøre for relevante indlæggelsesforløb samt oplever, at borgere fx går fra sygehuset under en indlæggelse.

#### 7.3.3 Akutområdet

Nedenfor gennemgås de emner, som er specifikke for akutområdet (jf. figur 7).

#### Diagnoseoversigt

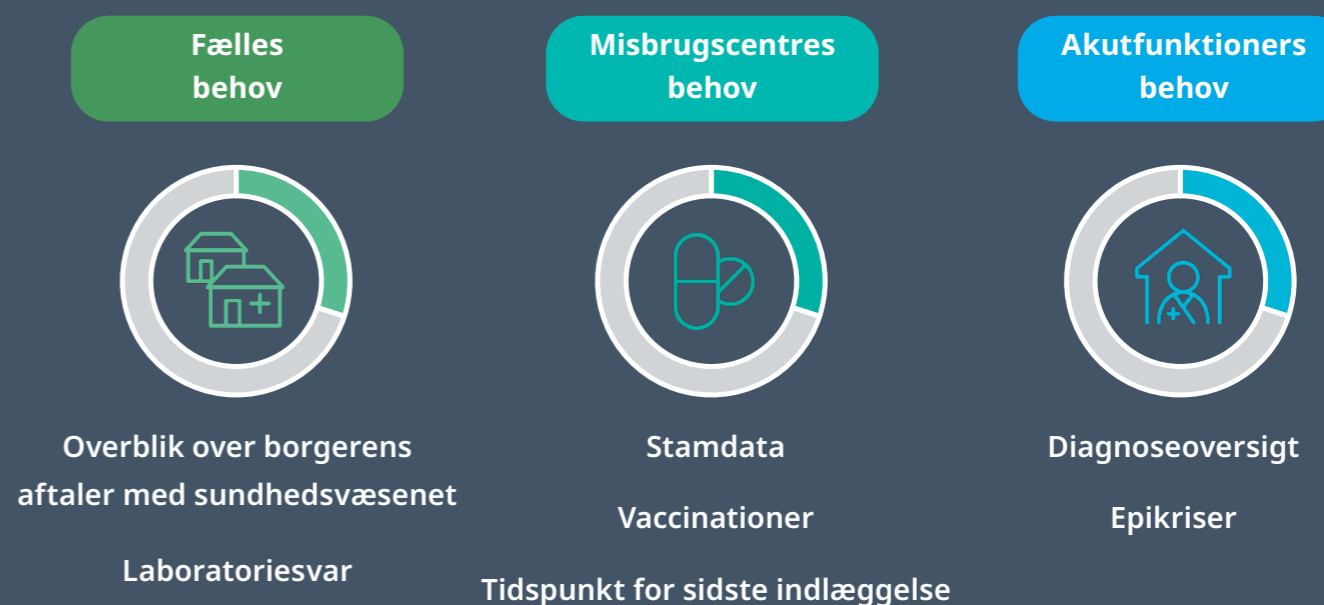
Ifølge casekommunerne er der behov for et simpelt og overskueligt overblik over diagnostiske oplysninger (både A- og B-diagnoser). Denne oversigt kan indlejres i fx en statusrubrik, eller fremgå af en selvstændig fane i Sundhedsjournalens overbliksside.

Dette er information, som hjemmesygeplejen aktuelt ikke har adgang til på standardiseret vis, men som er af afgørende betydning for på bedste vis at kunne understøtte den enkelte borgers sygdomsforløb.

#### Epikriser

Casekommunernes akutfunktioner lagde vægt på, at de sundhedsfaglige medarbejdere i akutsygeplejen har let adgang til epikriser. Dette særligt i forbindelse med udskrivelse fra sygehuset, hvor det er vigtigt med indsigt i borgerens sygdoms- og behandlingsforløb under indlæggelsen. Disse digitale sundhedsoplysninger er for nuværende kun i begrænset omfang mulige at få adgang til fra fx udskrivningsrapporten.

## Overordnede behov for digitale sundhedsoplysninger, som det kommunale område ønsker hurtig og nem adgang til i Sundhedsjournalen



Figur 7 viser de overordnede behov for digitale sundhedsoplysninger, som det kommunale område ønsker hurtig og nem adgang til i Sundhedsjournalen.

## 7.4 VISUALISERING AF SUNDHEDSOPLYSNINGERNE I SUNDHEDSJOURNALEN

Som et led i afdækningen af de kommunale behov for at tilgå digitale sundhedsoplysninger i Sundhedsjournalen blev det ligeledes undersøgt, hvordan casekommunerne ønskede informationen visualiseret i Sundhedsjournalen via overblikssiden.

Sundhed.dk har udviklet en prototype til en ny overbliksside i Sundhedsjournalen, der har til formål at optimere visningen af de sundhedsfaglige medarbejders overbliksside i Sundhedsjournalen. Denne prototype er i udgangspunktet landing-pagen for alle sundhedsfaglige medarbejders adgang til Sundhedsjournalen.

De endelige datavisualiseringer tager derfor udgangspunkt i denne prototype (jf. figur 8).

Prototypen består af tre delelementer, henholdsvis en topfane, en sidefane og et hovedfelt. Topfanen indeholder ikoner, der styrer hovedfeltet. Klikkes der fx på 'Labsvar', vil hovedfeltet vise laboratoriesvar for den pågældende borger. Kategorier, der ikke indeholder sundhedsoplysninger, vil være udvisket i topfanen, som tilfældet er for 'Aftaler', 'Hjemmemålinger', og 'Planer og indsatser' i visningen for den pågældende testborger. Sidefanen fungerer som en selvstændig oversigt, der indeholder personlig information (navn og cpr) samt to drop-down lister, 'Stamkort' og 'Seneste hændelser', der begge kan foldes ud.

I nærværende analyse er der på baggrund af dialogen med casekommunerne udarbejdet to visualiseringsforslag, som præsenteres i det efterfølgende afsnit.

The screenshot shows the 'Sundhedsjournalen' interface. At the top, there's a navigation bar with icons for Journal, Labsvar, Billedbeskrivelser, Aftaler, Hjemmemålinger, DDV, Planer & Indsatser, FMK, and Flere. Below this, the user's name 'Nancy Ann Berggren (221248-4916)' is displayed. A search bar shows 'Vis e-journal for: Nancy Ann Berggren (CPR: 251248-4916)'. There are date filters for 'Dato fra' (17.04.2001) and 'Dato til' (16.01.2020), along with a 'Søg' button and a 'Vis filtre' button. A sidebar on the left contains a calendar view with dates from December 2019 to May 2019. The main content area shows a 'Forløbsoversigt' and 'Tidslinje' section with a 'CAVE (4/5)' warning. Below this, there's a table of medical events with columns for 'Senest opdateret', 'Forløb startdato', 'Afsluttet forløb', 'Sygehus', 'Afdeling', 'Diagnose', 'Epikrise', and 'Notat'.

Figur 8 viser den nuværende prototype for den optimerede visning af overblikssiden for sundhedsfaglige, der kommer ind via knapløsningen.

### 7.4.1 Version 1

Version 1 tager udgangspunkt i prototypen, og er udviklet på baggrund af casekommunernes ønsker til, hvilke digitale sundhedsoplysninger, som de nemt og hurtigt ønsker adgang til via overblikssiden (jf. figur 9).

Prototypen består ligesom den oprindelige prototype af tre dele med henholdsvis en topfane, en sidefane og et hovedfelt. På baggrund af drøftelserne med casekommunerne indeholder sidefanen i denne version følgende drop-down lister; 'Stamkort', 'Seneste hændelser', 'Aktive forløb', 'CAVE', 'Diagnoseoversigt' og 'Habituelle værdier'.

Hvis sidefanen indeholder ovennævnte drop-down lister, vil de kommunale medarbejdere nemt og over-

The screenshot shows the 'Sundhedsjournalen' interface. At the top, there's a navigation bar with icons for Journal, Labsvar, Billedbeskrivelser, Aftaler, Hjemmemålinger, DDV, Planer & Indsatser, FMK, and Flere. Below this, the user's name 'Nancy Ann Berggren (221248-4916)' is displayed. A search bar shows 'Vis e-journal for: Nancy Ann Berggren (CPR: 251248-4916)'. There are date filters for 'Dato fra' (17.04.2001) and 'Dato til' (16.01.2020), along with a 'Søg' button and a 'Vis filtre' button. A sidebar on the left contains a calendar view with dates from December 2019 to May 2019. The main content area shows a 'Forløbsoversigt' and 'Tidslinje' section with a 'CAVE (4/5)' warning. Below this, there's a table of medical events with columns for 'Senest opdateret', 'Forløb startdato', 'Afsluttet forløb', 'Sygehus', 'Afdeling', 'Diagnose', 'Epikrise', and 'Notat'. The sidebar on the left is expanded to show a list of categories: Stamkort, Seneste hændelser, Aktive forløb, CAVE, Diagnoseoversigt, Habituelle værdier, and OBS.

Figur 9 viser et forslag til en optimeret visning af den nuværende prototype for sundhedsfaglige, der kommer ind via knapløsningen. Prototypen består af tre dele med en topfane, en sidefane og et hovedfelt. Sidefanen indeholder i nærværende version henholdsvis 'Stamkort', 'Seneste hændelser', 'Aktive forløb', 'CAVE', 'Diagnoseoversigt', 'Habituelle værdier' og 'OBS'.

skueligt kunne danne sig et overblik over de informationer, som de specifikt har behov for at kunne tilgå i Sundhedsjournalen.

Derudover indeholder sidefanen en drop-down liste med 'OBS'. Denne mulighed er aktuelt ikke indeholdt i Sundhedsjournalen, men er derimod et forbedringsforslag til en fremtidig udvikling af Sundhedsjournalen (jf. afsnit 9.2). Rubrikken skal gerne indeholde relevant information for hjemmesygepleje- og akutsygeplejepersonalet, så som fravalg af livsforlængende behandling og hjertelungeredning (HLR) eller smitterisiko (fx Hepatitis eller COVID-19). Dette bidrager til hurtigt at kunne danne sig et overblik over den enkelte borger.

I sidefanen er 'OBS'-fanen for eksemplets skyld foldet ud med oplysninger så som 'Minus HLR', 'Positiv COVID-19' og 'Fald i eget hjem'.

## 7.4.2 VERSION 2

Version 2 adskiller sig fra version 1 ved at have en ekstra fane under topfanen (jf. figur 10). Den ekstra fane indeholder en større og mere tydelig 'OBS'-fane, mens 'Stamkort', 'Seneste hændelser', 'Aktive forløb', 'CAVE', 'Diagnoseoversigt' og 'Habituelle værdier' stadig er indeholdt som drop-down lister i sidefanen.

Derudover indeholder version 2 også en oversigt over 'Kommende aftaler', der giver den sundhedsfaglige

medarbejder et nemt og overskueligt overblik over borgerens forestående aftaler med sundhedsvæsenet.

Slutteligt indeholder version 2 også en 'Søgefunktion', der fremsøger sundhedsoplysninger som fx laboratorieresvar, notater, epikriser, billedbeskrivelser m.v. Denne funktion er ikke indeholdt i Sundhedsjournalen, men er således et ønske til en fremtidig udvikling af siden (jf. afsnit 9.2).

The screenshot shows the Sundhedsjournalen interface for patient Nancy Ann Berggren (CPR: 251248-4916). The top navigation bar includes icons for Journal, Labsvar, Billedbeskrivelser, Aftaler, Hjemmemålninger, DDV, Planer & Indsatser, FMK, and Flere. The main content area is divided into several sections:

- OBS: MINUS HLR**: Note: besluttet med egen læge den 23.07.2020 efter terminalerklæring efter CLL diag.
- Kommende aftaler**:
  - Alb. Kardiologisk afd. d. 24.09.2020
  - Egen læge opfølgning d. 03.10.2020
  - Alb. Kardiologisk afd. d. 24.11.2020
- Diagnoseoversigt**:
  - A29 Faldpatient (KRONISK) 01.09.2020
  - C91 Kronisk Lymfatisk Leukæmi (KRONISK) 01.09.2020
  - I12 Hypertension (KRONISK) 03.10.2015
  - M17 Knæledsartrose (KRONISK) 22.04.2009
- Forløbsoversigt**: A table showing medical history with columns for Senest opdateret, Forløb startdato, Afsluttet forløb, Sygehus, Afdeling, Diagnose, Epikrise, and Notat.

| Senest opdateret | Forløb startdato | Afsluttet forløb | Sygehus                      | Afdeling                  | Diagnose | Epikrise | Notat |
|------------------|------------------|------------------|------------------------------|---------------------------|----------|----------|-------|
| 15.11.2019       | 24.01.2019       |                  | Aalborg Universitetshospital | Alb Kardiologisk Afd.     | -        | -        | (1)   |
| 15.11.2019       | 03.11.2015       |                  | Aalborg IT Test Sygehus      | Alb IT Test Sengeafdeling | -        | (1)      | (100) |
| 08.10.2019       | 03.04.2017       |                  | Aalborg Universitetshospital | Alb Lungemed. afd.        | -        | -        | (5)   |
| 25.05.2019       | 08.12.2011       |                  | Sygehus Vendsyssel           | Hjr Gyn Obst Amb          | -        | -        | -     |
| 25.05.2019       | 01.07.2017       |                  | Sygehus Vendsyssel           | HIR Medicinsk Sengeafsnit | -        | -        | -     |

Figur 10 viser et forslag til en optimeret visning af den nuværende prototype for sundhedsfaglige, der kommer ind via knapløsningen. Prototypen består af fire dele med henholdsvis en topfane og herunder en ekstra fane, en sidefane og et hovedfelt. Sidefanen indeholder 'Stamkort', 'Seneste hændelser', 'Aktive forløb', 'Habituelle værdier', 'CAVE' og 'Diagnoseoversigt'. Ekstrafanen indeholder henholdsvis 'OBS', 'Kommende aftaler' og et søgefelt.

## 7.5 ANDRE PARTERS BEHOV FOR KOMMUNALT INDSAMLEDE DIGITALE SUNDHEDSOPLYSNINGER I SUNDHEDSJOURNALEN

Emnerne nedenfor er defineret ud fra den fælles-kommunale dokumentationspraksis (jf. afsnit 4.1), som har dannet udgangspunkt for dialogen med parterne om deres behov. Beskrivelserne er inddelt i overordnede emner med en efterfølgende skitsering af, hvorfor kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger er relevante at tilgå i Sundhedsjournalen.

### Forskellige behov for at kunne tilgå kommunalt indsamlede digitale sundhedsoplysninger

De adspurgte på sygehuset efterspørger generelt flere sundhedsoplysninger om den enkelte borger end almen praksis gør. De sundhedsprofessionelle på fælles akutmedicinsk afdeling ønsker særligt viden om, hvad der er sket forud for en indlæggelse samt oplysninger om patientens habituelle helbredstilstand, herunder om patienten fx har fået intensiveret den kommunale indsats op mod indlæggelsen.

*"Vi mangler dokumentation om, hvorfor patienten kommer nu. Patienten kan ikke altid selv gøre rede for det. Det er ikke agilt ift. sektorovergange. Vi har svært ved at vide, hvad der er sket og hvor længe, det har stået på, og vi vil gerne vide, hvis patienten har haft behov for øget hjælp de seneste dage/uger..."*

*"Vi er afhængige af viden. Korrespondancen er værdiløs, som den er nu. Nogle gange er info (red: i systemet) opdateret, og det er godt. Men hospitalet har brug for at vide, hvad der er gået forud"*

— Citat fra sundhedsprofessionel på fælles akutmedicinsk afsnit.

*"Det nuværende niveau understøtter ikke det behov, nogen af parterne har..."*

*Korrespondancemeddelelser udarbejdes, når hospitalet har patienten i over 24 timer. Hospitalet bliver nødt til at ringe til kommunen for at få viden om patienten ift. overgangen. Det kræver en fuldtidsstilling af følge op med ventekø, komme igennem mv."*

— Citat fra en sundhedsprofessionel på fælles akutmedicinsk afsnit

Almen praksis håndterer i sammenligning med et fælles akutmedicinsk afsnit oftere mindre akutte borgere, og har derfor ikke nødvendigvis samme umiddelbare behov for adgang til kommunale sundhedsoplysninger om borgeren. Almen praksis

anvender aktuelt korrespondancemeddelelser til fx at indhente informationer om indsatser og vurderinger samt i varierende grad telefonisk kommunikation med hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Derudover anvender de overvejende epikrisen fra sygehuset til

indhentning af sundhedsoplysninger om indlæggelser, samt borgerens egen forløbsreddegørelse til at skabe overblik over borgerens habituelle niveau og omfanget af indsatser i hjemmet.

**"Jeg vil bruger en korrespondancemeddelelse til at kontakte hjemmeplejen, hvis jeg fx vil vide, hvad de (red: borgerne) får af hjemmehjælp."**

— Citat fra en alment praktiserende læge.

**"Jeg anvender primært korrespondancemeddelelser til dialog med den kommunale hjemmepleje. Telefon i sjældne sammenhænge - nogle gange, hvis det er helt akut."**

— Citat fra en alment praktiserende læge.

#### **Flere komplekse borgere medfører et behov for at tilgå kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger**

På tværs af såvel de sundhedsprofessionelle på sygehuset som almen praksis er det især de mere komplekse borgere med flere diagnoser og sociale problemstillinger, der fremhæves som værende medvirkende til et øget behov for vidensdeling på tværs af sektorer og funktioner.

Dette skyldes overvejende, at der særligt blandt netop komplekse borgere efterspørges mulighed for at kunne tilgå oplysninger fx om, hvor meget hjemmehjælp eller hvilke socialtilbud borgeren modtager. Det er tilsvarende sværere at sikre sig den optimale understøttelse af borgerens sygdomsforløb, hvis ikke sundhedspersonalet har et indgående kendskab til kompleksiteten i borgerens sygdomstilstand.

#### **7.5.1 Den fælleskommunale dokumentationspraksis er ikke fyldestgørende**

De sundhedsprofessionelle på såvel sygehuset som i almen praksis tilkendegiver alle, at den fælleskommunale dokumentationspraksis bestående af FSIII (niveau 2) ikke er fyldestgørende i forhold til deres behov for at kunne tilgå kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger.

**"Niveau 2 (red: under FSIII) vil være passende, hvis der også var en kort beskrivelse, så det ikke kun er en overskrift, fx ved sårbehandling. Hvis det var sådan, at man kunne klikke sig ind, hvis man gerne vil vide mere, så vil det være fint. Det vil være godt i forhold til det behov jeg har."**

— Citat fra en alment praktiserende læge.

De sundhedsprofessionelle på sygehuset og i almen praksis efterspørger mere konkrete og dybdegående sundhedsoplysninger end hvad, der aktuelt videregives via fx indsatsbeskrivelserne i FSIII, som fælleskommunalt alene er muligt at udstille i Sundhedsjournalen svarende til et overskriftsniveau (niveau 2) (Kommunernes Landsforening, 2019).

**"Det er ikke sikkert, at vi, med denne indgang, kan lade være med at forstyrre kommunen, men det kan være, at det engang imellem kan forebygge en indlæggelse."**

— Citat fra en alment praktiserende læge.

**"Hospitalet er optaget af, hvilken hjælp patienten får. Vi kan se, at patienten får kommunal hjælp, men ikke hvilken hjælp – fx ernæring. Det betyder, at informationen ikke er tilstrækkelig, når hospital ikke får mere konkret viden... Den uddybende information kunne fx noteres i fritekstfelt, hvad der konkret bliver givet af hjælp: hvad, hvornår, hvor hyppigt. Men det er udfordrende i forhold til en standardiseret dokumentationspraksis. Det er generelt for overordnet i forhold til behovet hos fx den enkelte sygeplejerske... Det bliver meget overordnet, og hospitalet ved ikke præcist, hvad problemet er. Der er ingen standard, dvs. hospitalet får meget lidt eller ingen information – Det varierer meget. Hospitalet har brug for mere information end blot overskrifter."**

— Citat fra en sundhedsprofessionel på fælles akutmedicinsk afsnit

Det er især de sundhedsprofessionelle på fælles akutmedicinsk afsnit, som efterspørger konkrete beskrivelser af, hvor intensivt og hvor hyppigt en given indsats bliver givet til en borger ved fx IV- eller sårbehandling. Dette med henblik på at kunne danne sig et fyldestgørende billede af borgerens sygdomsbillede og habituelle niveau i forhold til den aktuelle indlæggelsesproblematik.

Ydermere angiver de sundhedsprofessionelle på sygehuset, at de eksisterende hjemmepleje-sygehusmeddelelser ikke i tilstrækkelig grad indeholder den ønskede information om den enkelte borger. Eksempelvis fremhæves indlæggelsesrapporten, der er en kort beskrivelse af borgerens helbredstilstand inden indlæggelsen, ofte som værende utilstrækkelig. Kommunen sender automatisk den første rapport på baggrund af indlæggelsesadvis fra sygehuset, men da denne ikke indeholder alle relevante oplysninger, kan der være behov for, at kommunen efterfølgende sender en mere opdateret version med yderligere relevante oplysninger, som fx funktionsevnevurdering. Dette oplever de sundhedsprofessionelle på sygehuset imidlertid kun sker i begrænset omfang.

De sundhedsprofessionelle på sygehuset oplever desuden udfordringer med hastigheden, hvormed korrespondancen med den kommunale hjemmepleje foregår, da den ofte er forsinket i forhold til håndteringen af patienten. De er derfor nødsaget til at indhente yderligere sundhedsoplysninger på den indlagte patient telefonisk, hvilket er både besværligt og tidskrævende.

De præsenterede resultater af andre parters behov for at tilgå kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger, tager udgangspunkt i få deltagere fra alment praktiserende læger og sygehuspersonale (jf. afsnit 6.2). Der er derfor ikke tale om datamætning, hvorfor resultaterne bør fortolkes med forsigtighed. Der bør således gennemføres en videre kortlægning førend, at der udarbejdes egentlige anbefalinger.





## 7.6 TEKNISKE MULIGHEDER FOR AT LEVERE KOMMUNALT INDSAMLEDE SUNDHEDS-OPLYSNINGER TIL SUNDHEDSJOURNALEN

Førend kommunalt indsamlede sundhedsoplysninger kan deles til andre parter via Sundhedsjournalen, skal den tekniske løsning udarbejdes. Den overordnede løsningsarkitektur for deling af kommunale data består af komponenter, der tilsammen anvendes for at gøre sundhedsoplysninger fra de kommunale omsorgssystemer tilgængelige i Sundhedsjournalen. Den kommunale gateway er en af komponenterne i en denne løsningsarkitektur. Den samler data fra de forskellige kommunale elektroniske omsorgssystemer ved brug af en snitflade, som følger den internationalt anerkendte standard HL7-FHIR (Kommunernes Landsforening, 2021).

Den kommunale gateway er en generisk løsning, som opfylder flere behov, hvor det er muligt at tilgå specifikke data og vedligeholde adgangen for leverandører, der har brug for at anvende kommunale

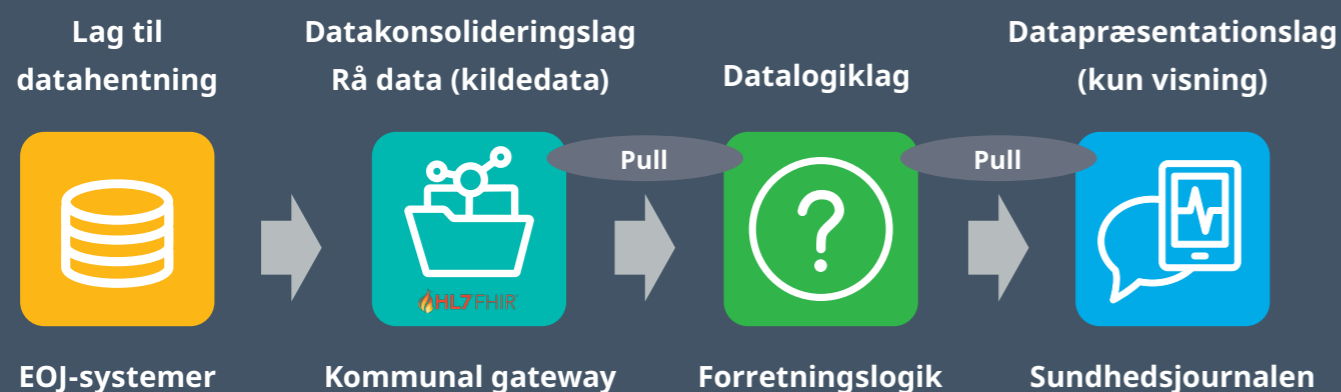
data. Konkret ønskes den kommunale gateway anvendt som kommunernes samlede indrapporteringsværktøj til at aflevere strukturerede fælleskommunale sundhedsoplysninger efter den fælleskommunale dokumentationsstandard (FSIII) for eksempel til Sundhedsdatastyrelsen.

Det er forventeligt, at det er muligt at trække data fra den kommunale gateway via HL7-FHIR-snitfladen, hvorfor den kommunale gateway ses som en afgørende komponent i den forslåede arkitektur (Kommunernes Landsforening, 2021).

For at få adgang til data i gatewayen skal der anvendes Open ID Connect (OIDC) til sikkerhedsstyring. Den anvendte FHIR-profilering for den kommunale gateway er tilgængelig på KLS hjemmeside<sup>1</sup>, hvor også implementeringsguides forefindes.

Løsningsarkitekturs komponenter er illustreret nedenfor (jf. figur 11).

### Indlæsning af data fra den kommunale gateway til Sundhedsjournalen



Figur 11 viser den mulige indlæsning af data fra den kommunale gateway til Sundhedsjournalen.

Illustration i figur 11 viser, hvordan kommunale data fra de elektroniske omsorgssystemer kan gøres tilgængelig i Sundhedsjournalen. I denne illustration opsamles data fra kommunerne, hvor de konsolideres i den kommunale gateway. Den konsoliderede data (rå data) er tilgængelig fra den kommunale gateway ved brug af en HL7 FHIR-snitflade. Data kan hermed vises i Sundhedsjournalen, men for ikke at udstille rå

data i HL7 FHIR-format forudsættes der en komponent til forretningslogik (datalogiklag), der kan danne visninger på baggrund af den rå data.

<sup>1</sup> Kommunernes Landsforening (01.09.2021) <https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/sundhed/digitalisering-paa-sundhedsomraadet/projektet-synlige-kommunale-sundheds-og-aeldredata/teknisk-loesning/>.

Sundhedsjournalen lagrer ikke sundhedsoplysningerne selv. Sundhedsjournalen fungerer ved, at den henter data efter behov fra de bagvedliggende datakilder (single-source-of-truth), når en borger eller sundhedsfaglig logger ind. Sundhed.dk, integrerer over 50 datakilder af denne type, der er bygget på flere forskellige måder.

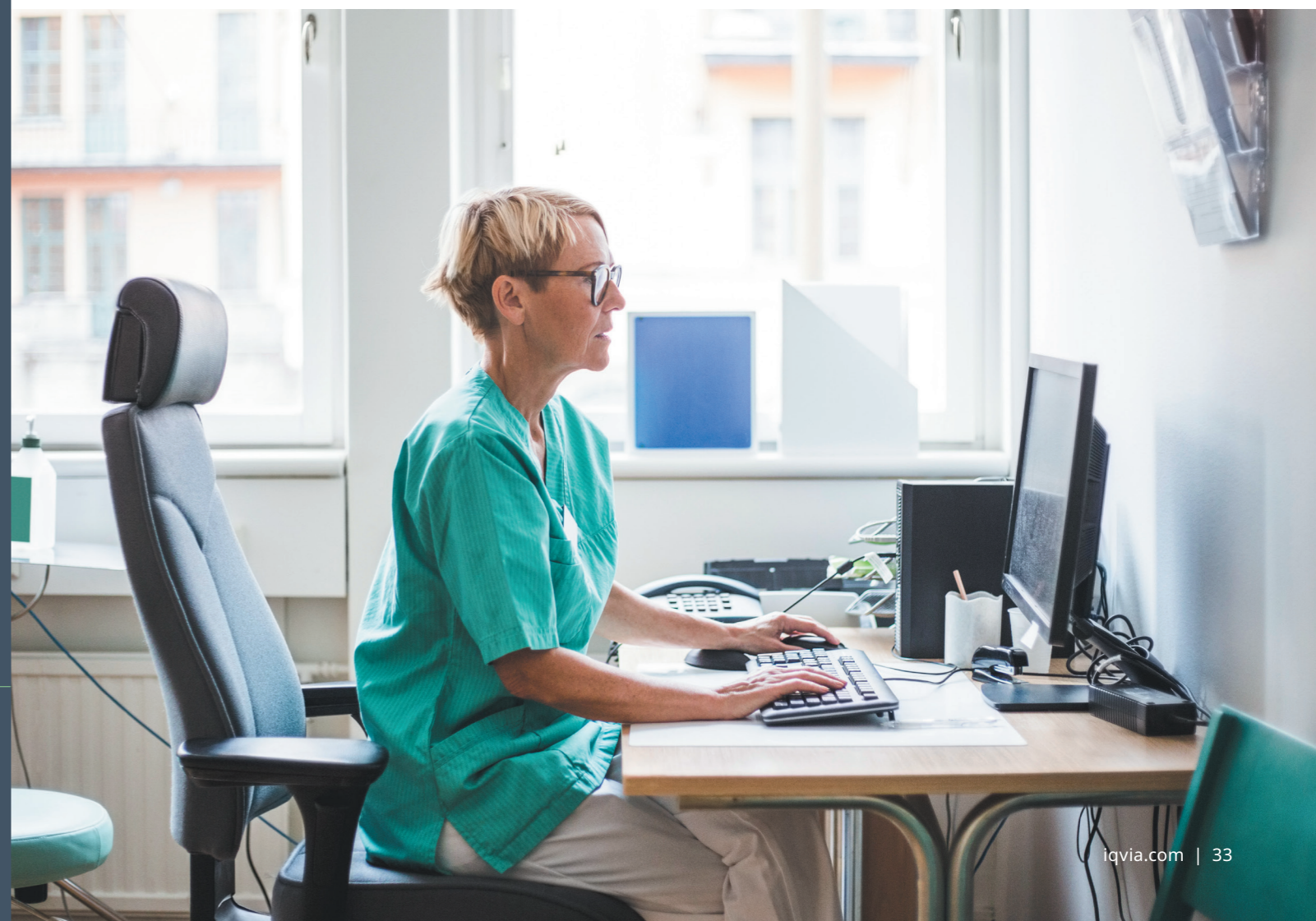
De bagvedliggende datakilder skal kunne levere data, som Sundhedsjournalen kan fremvise uden at modulere data. Der er et behov for, at det bliver besluttet, hvordan den løsnings-specifikke forretningslogik skal defineres, og hvor den skal bo.

Sundhed.dk tilgår de fleste løsninger over MedComs sundhedsdatanet, hvor der kommunikeres med HTTPS TLS 1.2 uanset, om det er internet eller sundhedsdatanet.

Ældre løsninger er baseret på MedCom-standarden DGWS 1.01, nyere på IDWS, hvor Sundhed.dk har integrationer, der bygger på andre sikkerhedsmodeller, som ofte er REST eller SOAP baserede.

Den gode web-service (DGWS) er udviklet af MedCom for Sundhedsdatastyrelsen i en Service Orienteret IT-Arkitektur opsætning. DGWS er en fælles web-servicekuvert til brug for kommunikation mellem parterne i den danske sundhedssektor, og som gør det muligt at kommunikere web-services "fra alle til alle" på samme måde, som dette er muligt med MedComs meddelelseskommunikation.

OIO identitetsbaserede webservices (OIOIDWS) er et sæt af webservice-profiler udviklet af IT- og Telestyrelsen og godkendt af OIO-komiteen. Profilerne tilbyder en standardiseret måde at overføre påstande (engelsk: claims) om en serviceaftager til en serviceudbyder. Påstande om serviceaftageren (som kan være en fysisk person, eller et it-system) vil typisk blive anvendt til adgangsmæssige afgørelser. OIOIDWS gør det bl.a. muligt at udbyde services, som eksponerer personlige data fra offentlige registre på en sikker og standardiseret måde, hvilket er nødvendigt for digitalisering af en række tværgående sagsge.



## 8.0 Anbefalinger

Nærværende analyse har, med udgangspunkt i en række casekommuner indenfor akut- og misbrugsområdet, kortlagt det kommunale behov for adgang til digitale sundhedsoplysninger om den enkelte borger via Sundhedsjournalens overblikside.

På baggrund af spørgeskemaer, interviews, feltbesøg samt en række workshops anbefales derfor følgende (jf. figur 12);



1. at Sundhedsjournalen indeholder et overblik over borgerens aftaler med sundhedsvæsenet, så de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere hurtigt, overskueligt og let kan få et simpelt overblik over borgerens kommende aftaler, og hvilke åbne forløb borgeren er en del af.
2. at de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere nemt og hurtigt kan tilgå borgerens laboratorieresvar, herunder opdaterede svar på blodprøver, EKG-målinger m.fl.
3. at de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen, på en simpel og overskuelig måde, kan få et overblik over borgerens nuværende diagnoser, herunder både kroniske og ikke-kroniske diagnoser.
4. at de kommunale medarbejdere, hurtigt og simpelt, kan tilgå relevante epikriser fra tidligere indlæggelser.
5. at Sundhedsjournalen, på en let og simpel måde, kan vise borgerens opdaterede stamdata for de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne.
6. at borgerens oplysninger, der er relateret til gennemførte og planlagte vaccinationer, hurtigt kan tilgås.
7. at tidspunktet for sidste indlæggelse, og eventuelt udskrivelse, vises i Sundhedsjournalen for de kommunale medarbejdere.

### Anbefalinger

Det anbefales, at Sundhedsjournalen som minimum indeholder nedenstående oplysninger for kommunerne



Figur 12 viser de overordnede anbefalinger udarbejdet på baggrund af kortlægningen.

## 9.0 Perspektivering

Ønsket om en kommunal adgang til Sundhedsjournalen er nærliggende. De kommunale funktioner får via Sundhedsjournalen mulighed for at tilgå fx laboratorieresvar, epikriser, diagnoseoversigt, aftaler m.fl., som særligt er efterspurgt i forhold til de komplekse og mest udsatte borgere i de uundgåelige overgange mellem sektorerne på tværs af sundhedsvæsenet. Potentialet ved en kommunal adgang til Sundhedsjournalen er derfor stort, og har således afledt en række væsentlige perspektiver.

### 9.1 ETISKE OVERVEJELSER VED DEN KOMMUNALE ADGANG TIL SUNDHEDSJOURNALEN

I forbindelse med den forestående kommunale adgang til Sundhedsjournalen, vil udvalgte kommunale sundhedsfaglige medarbejdere kunne tilgå den samlede information, der er indeholdt i Sundhedsjournalen (MedCom, 2020). Det bliver således op til den enkelte kommune selv at afgøre, hvorvidt alle kommunale medarbejdere gives mulighed for at tilgå Sundhedsjournalen via EOJ-systemet, eller om det afgrænses til specifikke medarbejdere.

I forbindelse med den nærværende kortlægning blev der af casekommunerne fremhævet en række etiske overvejelser (jf. figur 13), herunder mængden af sundhedsoplysninger, som den enkelte medarbejder får

adgang til, borgersamtykke til deling og indhentning af sundhedsoplysninger samt ansvarsfordeling og krav om handling på baggrund af de tilgængelige digitale sundhedsoplysninger.

Det kan derfor med fordel tydeliggøres for de kommunale parter, hvor ansvaret er placeret, såfremt en medarbejder overser kritiske sundhedsoplysninger, der tydeligt og kritisk kræver handling i forhold til den stadig tiltagende mængde af information, som de sundhedsfaglige medarbejdere har adgang til. Det kan desuden være gavnligt at udarbejde en vejledning til de kommunale parter i, hvordan der navigeres i den store mængde digitale sundhedsoplysninger, der findes i Sundhedsjournalen. Det primære formål er at hjælpe de sundhedsfaglige kommunale aktører i at navigere i Sundhedsjournalen, således at de ikke skal bruge uforholdsmæssigt meget tid på at finde en specifik sundhedsoplysning, hvilket også øger sandsynligheden for at overse væsentlig information.

Yderligere efterspørger de sundhedsfaglige kommunale aktører konkrete retningslinjer for, hvornår og hvordan der skal indhentes borgersamtykke ved indhentning og videregivelse af sundhedsoplysninger om de borgere, der måtte være i et kommunalt behandlingsforløb.

### Etiske overvejelser og perspektiver

Casekommunerne fremlagde behov for vejledning og rådgivning i nedenstående tre emner



Figur 13 viser de etiske overvejelser og perspektiver i forbindelse med casekommunernes behov for vejledning og rådgivning ved den forestående kommunale adgang til Sundhedsjournalen.



## 9.2 VIDEREUDVIKLING AF FUNKTIONERNE I SUNDHEDSJOURNALEN

I afsnittet nedenfor beskrives forslag til videreudvikling af funktionerne i Sundhedsjournalen, som casekommunerne har efterspurgt i en kommende version af Sundhedsjournalen.

### Individualisering af Sundhedsjournalen

Casekommunernes misbrugscentre har for nuværende et varierende grundlag for at kunne indhente digitale sundhedsoplysninger. Et misbrugscenter har fx allerede adgang til Sundhedsjournalen via en selvstændigt udviklet og etableret adgang gennem det lokale fagsystem, hvorimod flere andre misbrugscentre ikke har et fagsystem, der kan kommunikere med andre parter i sundhedssektoren, og dermed heller ikke en mulighed for at indhente digitale sundhedsoplysninger. Som følge heraf har de sundhedsfaglige medarbejdere alene mulighed for at indhente sundhedsoplysninger direkte gennem dialog med borgeren, eller fx ved at få den relevante sygehusafdeling til at sende patientjournalen som frankeret post.

Det forskelligartede niveau dels i forhold til adgangen til digitale sundhedsoplysninger samt de forskellige faggruppers faglige kompetencer, og dermed forudsætninger for at tilegne sig og omsætte de sundhedsoplysninger, som de kommunale parter opnår adgang til via Sundhedsjournalen, afstedkommer et behov for at kunne individualisere adgangen til sundhedsoplysninger. For indeværende er det ikke en mulighed at lave brugerstyring i Sundhedsjournalen, hvor der fx på tværs af faggrupper ikke er forskelle på, hvilke sundhedsoplysninger, det er muligt at tilgå.

Sundhedsjournalens indhold kan individualiseres med brugerstyring på fx enten individ-, funktions- eller kommunalt niveau. Dette vil imødekomme, at brugerne i højere grad får adgang til sundhedsoplysninger efter need-to-know-princippet og ikke oversvømmes af sundhedsoplysninger, der ikke er relevant for den enkelte medarbejder.

### Søgefunktion

Som følge af den stadigt større mængde information, som er tilgængelig i Sundhedsjournalen, ønskes der udviklet en søgefunktion. En sådan funktion skal kunne foretage opslag i Sundhedsjournalen og fremsøge fx laboratoriesvar, notater, epikriser, billedbeskrivelser m.v. ved hjælp af bestemte søgeord/tekststykker. Dette muliggør en nem og hurtig orientering i den tilgængelige information.

### Habituelle værdier

For at kunne identificere og håndtere borgere med en pludselig ændring i vitale parametre, ønskes viden om de mest relevante habituelle værdier. Hurtig adgang til denne information muliggør, at de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere på bedste vis kan prioritere de nødvendige indsatser. Nogle borgere

fremstår med habituelle værdier, der normalt ville udløse akutte sygeplejefaglige indsatser. Her er det essentielt, at de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere kan identificere de vigtigste cases, hvor de målte værdier adskiller sig signifikant fra de habituelle værdier.

### Statusrubrik/OBS-rubrik

Ifølge casekommunernes akutfunktioner er der behov for en overskuelig og simpel oversigt over borgerstatus og 'OBS'-information. Rubrikken skal gerne indeholde relevant information for hjemmesygepleje- og akut-sygeplejepersonalet, så som fravalg af livsforlængende behandling og HLR eller smitterisiko (fx hepatitis eller COVID-19). Rubrikken bør imidlertid ikke indeholde for megen information, da den stadig skal være overskuelig og kun indeholde det mest væsentlige.

## Videreudvikling af funktionerne i Sundhedsjournalen

Casekommunerne efterspurgt nedenstående funktioner i en fremtidig version af Sundhedsjournalen



Figur 14 viser de funktioner, som casekommunernes efterspørger i en fremtidig version af Sundhedsjournalen.

## 9.3 DEN FÆLLESKOMMUNALE DOKUMENTATIONSPRAKSIS

Den nuværende detaljeringsgrad i FSIII (niveau 2), og derfor også i den fælleskommunale dokumentationsstandard, er for unuanceret til, at den opfylder behovet, som blandt andet de sundhedsprofessionelle på sygehuse har. Derfor anbefales det, at der arbejdes med at inkludere mere

konkrete beskrivelser til sygehuset fx af, hvor hyppigt og intensivt forskellige indsatser bliver givet, og ikke blot om, hvorvidt de bliver givet eller ej. Dette vil forbedre andre parter mulighed for at danne sig et fyldestgørende billede af de borgere, som de har i behandling, og derved også mindske kravet til den enkelte borgers sygdomsforståelse og evne til at redegøre for egen fx sygdomshistorik og behandling.

# Referencer

Carve, 2019. *Dataunderstøttelse af kommunale akutfunktioner*. [Online]

Available at: [https://www.carve.dk/2020/01/03/dataunderstoettelse\\_af\\_kommunale\\_akutfunktioner/](https://www.carve.dk/2020/01/03/dataunderstoettelse_af_kommunale_akutfunktioner/)

Carve, 2019. *Den kommunale sygeplejes behov for diagnostiske oplysninger*. [Online]

Available at: <https://www.kl.dk/media/24054/den-kommunale-sygeplejes-behov-for-diagnostiske-oplysninger.pdf>

Danmarks Statistik, 2021. *Befolkningstilvæksten højest blandt de ældste*. [Online]

Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=32783>

Dansk Sygeplejeråd, 2016. *NOTAT Flere korttidsindlæggelser blandt ældre patienter*. [Online]

Available at: [https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat\\_flere\\_korttidsindlaeggelser\\_blandt\\_aeldre\\_patienter\\_2016.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_flere_korttidsindlaeggelser_blandt_aeldre_patienter_2016.pdf)

Danske Regioner, 2019. *Flere ældre betyder flere patienter i sundhedsvæsenet*. [Online]

Available at: [https://www.regioner.dk/media/11765/faktaark\\_flereaelre-uhi2.pdf](https://www.regioner.dk/media/11765/faktaark_flereaelre-uhi2.pdf)

eSundhed, 2021. *Nøgletal - egne beregninger*. [Online]

Available at: <https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Noegletal>

KL & Danske Regioner, 2020. *Pejlemærker for et nært og sammenhængende*. [Online]

Available at: <https://www.kl.dk/media/25167/pejlemaerker-for-et-naert-og-sammenhaengende-sundhedsvaesen.pdf>

Kommunernes Landsforening, 2017. *Udvikling i indlæggelsesvarighed for somatiske indlæggelser*. [Online]

Available at: <https://www.kl.dk/media/18575/udvikling-i-indlaeggelsesvarighed-for-somatiske-indlaeggelser.pdf>

Kommunernes Landsforening, 2019. *Fælles sprog III - Metodehåndbog version 1.61*. [Online]

Available at: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Metodeh%C3%A5ndbog.pdf?t=1621942192>

Kommunernes Landsforening, 2019. *Fælles Sprog III - Minimumsdatasæt*, s.l.: Kommunernes Landsforening.

Kommunernes Landsforening, 2019. *Rusmiddelområdet*. [Online]

Available at: <https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/socialomraadet/udsatte-voksne/rusmiddelområdet/>

Kommunernes Landsforening, 2021. *Arkitekturrapport: FSIII Gateway (EOJ-FUT)*. [Online]

Available at: <https://www.kl.dk/media/26952/arkitekturrapport-vers-10.pdf>

Kommunernes Landsforening, 2021. *Fælleskommunal informationsmodellering*. [Online]

Available at: <https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/sundhed/digitalisering-paa-sundhedsomraadet/projektet-synlige-kommunale-sundheds-og-aeldredata/dataspor/faelleskommunal-informationsmodellering/>

MedCom, 2016. *Trin for trin guide til hjemmepleje sygehusmeddelelser*. [Online]

Available at: [https://www.medcom.dk/media/4988/trin\\_for\\_trin\\_guide\\_til\\_hjemmepleje-sygehusmeddelelser\\_juli2017.pdf](https://www.medcom.dk/media/4988/trin_for_trin_guide_til_hjemmepleje-sygehusmeddelelser_juli2017.pdf)

MedCom, 2019. *Analyse af og anbefalinger til anvendelse af FMK og MedCom-beskeder på rusmiddelcentre*. [Online]

Available at: <https://www.medcom.dk/aktuelt/fmk-og-medcom-beskeder-paa-rusmiddelcentre>

MedCom, 2020. *Projektgrundlag (PG), Kommunal adgang til Sundhedsjournalen, Sundhedsjournal 3.0*, s.l.: Regionernes Sundhedsteknologi og innovation.

MedCom, 2021. *Intern MedCom statistik*. [Online]

Available at: <https://medcom.medware.dk/>

MedCom, 2021. *MedComs styregruppe*. [Online]

Available at: <https://www.medcom.dk/om-medcom/medcoms-styregruppe>

MedCom, 2021. *Sundhedsjournal version 3*. [Online]

Available at: <https://www.medcom.dk/projekter/sundhedsjournal-version-3>

Regeringen, KL og Danske Regioner, 2018. *Strategi for digital sundhed 2018-2022*. [Online]

Available at: [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/strategi-og-projekter/strategi-digital-sundhed/strategi-for-digital-sundhed-2018\\_2022.pdf](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/strategi-og-projekter/strategi-digital-sundhed/strategi-for-digital-sundhed-2018_2022.pdf)

Regeringen, 2019. *Patienten først - nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder*. [Online]

Available at: <https://www.regeringen.dk/media/6153/patienten-foerst.pdf>

Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021. *Registrering*. [Online]

Available at: <https://stps.dk/da/registrering/#>

[Senest hentet eller vist den 24 Marts 2021].

Sundheds- og Ældreministeriet, F. D. R. o. K., 2018. *Ét sikkert og sammenhængende - Strategi for digital sundhed 2018-2022*. [Online].

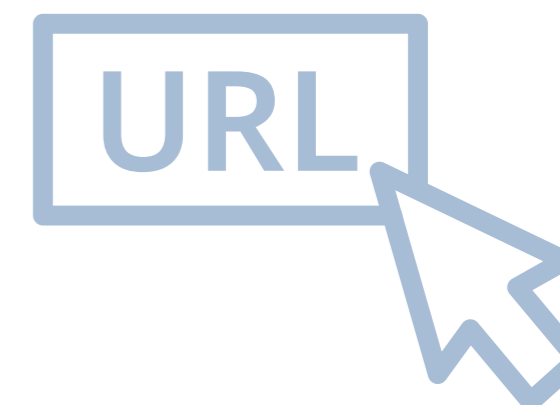
Sundhedsdatastyrelsen, 2021. *Hvad er sundhedsdata?* [Online]

Available at: [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/borger/hvad\\_er\\_sundhedsdata](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/borger/hvad_er_sundhedsdata)

Sundhedsstyrelsen, 2017. *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser*. , s.l.: s.n.

VIVE, 2021. *Det kommunale akutområde - erfaring og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner*. [Online]

Available at: <https://www.vive.dk/media/pure/16209/5709970>



# Appendix 1: Definitionsliste

## Akutfunktion (kommunal)

Funktion, der opretholder et tilbud til de borgere, der ikke har behov for indlæggelse, men som efter udskrivelse fortsat har behov for observation, pleje eller behandling i en grad, der ikke umiddelbart kan varetages af den vanlige hjemmesygepleje (Sundhedsstyrelsen, 2017). Akutfunktionen kan på tværs af kommuner have forskellig organisering, hvorfor den specifikke opgaveportefølje også kan variere.

## Den fælleskommunale dokumentationspraksis

Det kommunale sundhedsvæsens fælles dokumentationsstandarder, kaldet Fælles Sprog III (FSIII) (Kommunernes Landsforening, 2019).

## Kommunale parter

Parter, der er en del af det kommunale område, som fx misbrugscentre, akutfunktioner, hjemmesygepleje, m.fl.

## Misbrugsområdet

Misbrugsområdet dækker over de funktioner og centre, der varetager behandling af borgere inden for alkohol- og stofmisbrug (Kommunernes Landsforening, 2019).

## Sundhedsjournalen

Sundhedsjournalen er en regionalt finansieret service, der fungerer som et udstillingsvindue for sundhedsoplysninger, der er indsamlet via forskellige andre systemer, såsom patientjournalssystemer. Sundhedsjournalen udstiller historiske og aktuelle sundhedsoplysninger om den enkelte borger, såsom journaler, laboratoriesvar, billedbeskrivelser, aftaler, hjemmemonitorering og medicin, mm., der kan tilgås af sundhedsprofessionelle med en behandlingsrelation, hvis de har adgang til Sundhedsjournalen. (MedCom, 2021).

## Sundhedsoplysninger

Alle oplysninger om borgere, der er indsamlet eller genereret i forbindelse med et forløb i sundhedsvæsenet. Sundhedsoplysninger indeholder blandt andet journalnotater, billedbeskrivelser, epikriser, laboratoriesvar, genoptræningsplaner, funktionsevnevurderinger, diagnoser m.fl. (Sundhedsdatastyrelsen, 2021).



# Appendix 2: Casekommunerne

I tabellen nedenfor præsenteres de casekommuner, som deltog i analysen. Herunder en overordnet beskrivelse af, hvorledes den enkelte enhed er

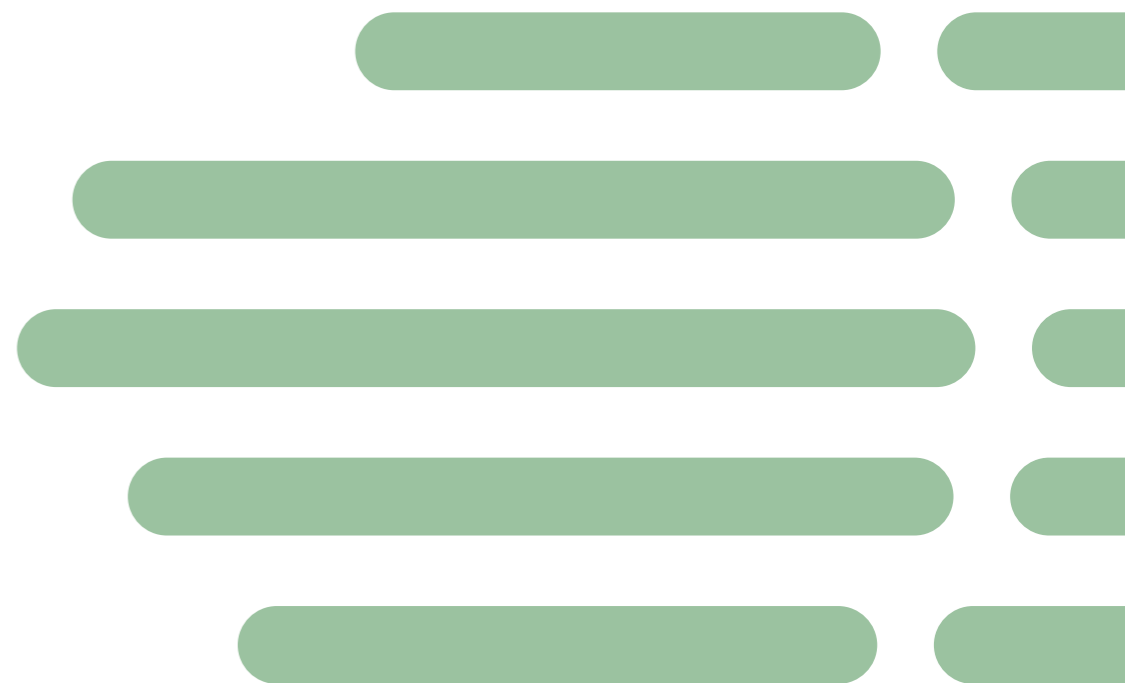
organiseret, åbningstid, hvorfra de primært modtager henvendelser og hvilket dokumentationssystem, som enheden anvender.

## Kommunale akutfunktioner

| OVERORDNET ORGANISERING OG STØRRELSE  | TILGÆNGELIGHED               | PRIMÆRE HENVENDELSER   | DOKUMENTATIONSSYSTEM |
|---|------------------------------|--|----------------------|
| <b>Assens</b><br>Selvstændig enhed med 10 ansatte under samme ledelse som hjemmesygeplejen.   | Døgndækkende.                | Hjemmeplejen og borgerens egen læge.   | KMD Nexus.           |
| <b>Bornholm</b><br>En del af sygeplejen og derved kan kommunens 75 sygeplejersker varetage akutopgaver.   | Døgndækkende.                | Borgerens egen læge og vagtlægen.  | Columna Cura.        |
| <b>Fredericia</b><br>Selvstændig enhed med 5 medarbejdere samlet centralt i dagvagten. Ved aften- og natarbejde betragtes hjemmesygeplejersken som akutsygeplejerske.                           | Alle ugens dage fra 07-15.   | Borgerens egen læge, sygehus, hjemmesygeplejen, interne samarbejdspartnere, pårørende og visitator.  | KMD Nexus.           |
| <b>Guldborgsund</b><br>Integreret i hjemmesygeplejen.   | Døgndækkende.                | Hjemmeplejen og borgerens egen læge.   | KMD Nexus.           |
| <b>Ikast-Brande</b><br>Ca. 10 sygeplejersker, der indgår i normering på rehabiliteringscenter og kører ud ved akut behov.   | Døgndækkende.                | Borgerens egen læge, vagtlægen, plejecentre og hjemmesygeplejen.   | Columna Cura.        |
| <b>Lemvig</b><br>Ca. 20 medarbejdere, der arbejder på "Tryghedshotellet" som også har 9 midlertidige døgnpladser. IV behandling varetages dog af både hjemmesygeplejen og sygeplejeklinikkerne. | Døgndækkende.                | Sygehus, borgerens egen læge og hjemmesygeplejen.  | KMD Nexus.           |
| <b>Lyngby-Taarbæk</b><br>Enhed på ca. 10 medarbejdere, der er organisatorisk placeret under Trænings- og rehabiliteringscentret i kommunen.   | 07.30-23.00.                 | Plejecentrene, borgerens egen læge, midlertidige døgnpladser, hjemmeplejen, 1813 og sygehuset.   | KMD Nexus.           |
| <b>Odense</b><br>Selvstændig enhed på ca. 25 medarbejdere i Ældre-Handicap forvaltningen i kommunen.  | Døgndækkende.                | Borgerens egen læge, hjemmeplejen, fælles akutmedicinsk afsnit på sygehuset og vagtlægen.  | KMD Nexus.           |
| <b>Roskilde</b><br>8 medarbejdere som en del af en selvstændig enhed forankret under Akut Pleje og Rehabilitering Roskilde.   | 07.00-23.00 alle ugens dage. | Borgerens egen læge, hjemmesygeplejen, vagtlægeordningen, visitationen, demensdemenskoordinatorer, Sundhedscenteret samt træning og Sundhed. | KMD Nexus.           |
| <b>Tønder</b><br>En integreret del af den kommunale sygepleje, hvor cirka 80 sygeplejersker arbejder.   | Døgndækkende.                | Borgerens egen læge eller vagtlægen.   | KMD Nexus.           |
| <b>Vejle</b><br>7 medarbejdere i et udekørende selvstændigt akutteam og cirka 33 medarbejdere på Midlertidige pladser Vejle Midtby.   | Døgndækkende.                | Vagtlægen, borgerens egen læge, kommunale sygeplejersker og sygehus.   | KMD Nexus.           |
| <b>Aalborg</b><br>Ca. 30 medarbejdere i en integreret del af sygeplejen.  | Døgndækkende                 | Borgerens egen læge og sygehuse.   | Columna Cura.        |

## Kommunale misbrugscentre

| OVERORDNET ORGANISERING OG STØRRELSE  | TILGÆNGELIGHED  | PRIMÆRE HENVENDELSER   | DOKUMENTATIONSSYSTEM   |
|---|---|--|--|
| <b>Assens</b>   |   |  |  |
| 8 medarbejdere, der er organiseret som enhed under socialpsykiatri og misbrug.  | Hverdage kl. 8 og 15:30/17:30 samt medicinudbringning hver 14. dag.   | Primært selvhenvendelser.  | KMD Nexus og EKJ.  |
| <b>Faxe</b>   |   |  |  |
| Ca. 10 medarbejdere og en læge ca. 8 timer/uge forankret under Socialpsykiatri og Neurorehabilitering.  | Hverdage kl. 8 og 18 og alle aftaler kan ske på andre adresser.   | Primært selvhenvendelser, pårørende, borgerens egen læge, psykiatrien og sygehuset.  | Cura Social og EG Clinea (LPS). Lægen har for nyligt fået adgang til Sundhedsjournalen gennem anden praksis.   |
| <b>Faaborg-Midtfyn</b>  |   |  |  |
| 17 medarbejdere og en læge, der er tilknyttet 12 timer/uge forankret under Døgnpsykiatrien og Rusmiddelcenteret Faaborg-Midtfyn Kommune.  | Hverdage kl. 8 og 17.30. Alle borgere får tilbud om behandling i egen bolig.  | Lille overvægt af selvhenvendelser og pårørendehenvendelser. Ellers fra borgerens egen læge, sygehus eller socialfaglig enhed. | KMD Nexus. Der bliver også anvendt FMK, Laboratoriesvarportalen og sundhedsjournalen med samtykke.   |
| <b>Frederiksberg</b>  |   |  |  |
| Ca. 35 medarbejdere på Frederiksberg Kommunes Rusmiddelcenter, fordelt på alkohol-, substitution- og stofafdelinger. Der er tilknyttet to læger som deler i alt 53 timer/uge.   | Åbent i dagtimerne og mulighed for hjemmebesøg.   | Primært selvhenvendelse og henvendelser fra egen læge.   | EG Sensum Bosted. Lægerne kan via deres digitale signatur tilgå sundhedsjournalen og FMK-online uden om journalsystemet.                               |
| <b>København</b>  |   |  |  |
| Der er cirka 300 medarbejdere fordelt på forskellige centre under hhv. alkohol- og stofområdet samt substitutionsområdet, begge underlagt Center for rusmiddelbehandling København. Som udgangspunkt er der en læge til rådighed i alle enheder i åbningstiden. | Afhængigt fra tilbud til tilbud, men oftest kl. 8/9 og 16/18. Der er etableret et fremskudt substitutionsteam, der opstarter borgere på forskellige væresteder. | Oftest selvhenvendelser, men eventuelt også kontaktpersoner eller pårørende.   | NOVAX CRK til sundhedsfaglig dokumentation. Centrene i København har derudover også adgang til FMK, Laboratoriesvarportalen, DDV og sundhedsjournalen. |
| <b>Odense</b>   |   |  |  |
| En Heroinklinik, der har en læge tilknyttet alle dage, og et center for Voksne og Rusmidler, der har en læge tilknyttet 15 timer/uge. Begge enheder er underlagt Behandlingscenter Odense.  | Alle dage kl. 08 og 17.30. Opsøgende arbejde af to medarbejdere, der fysisk besøger væresteder, herberger m.fl.   | Selvhenvendelse eller fra egen læge, psykiatrien, fængsler eller sygehuse.   | HD EKJ, der ikke kan indhente sundhedsoplysninger m.v. fra FMK og lignende.  |





---

**KONTAKT**

Tina Juul, Konsulentdirektør

tina.juul@iqvia.com

**iqvia.com**