



BEDRE DIGITAL SUNDHED

Sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen

**Kort version til sundhedsudvalget, april 2024
Indeholder kun forord og del 1**



Note til Sundhedsudvalget:

Dette er en afkortet version af rapporten med Forord og Del 1: anbefalinger.

Anbefalingerne er baseret på kortlægning af 39 barrierer og 62 løsningsmodeller, som følge af en omfattende proces med 53 interviews med ledere og eksperter, samt en større litteraturgennemgang. Oversigt over barrierer og løsningsmodellerne er lagt i bilaget til denne afkortede version.

De fulde beskrivelser af alle barrierer og løsningsmodeller, samt metode, kan læses i den fulde rapport her:

<https://taenketanken.mm.dk/bedre-digital-sundhed-anbefalinger-til-bedre-sammenhaeng-og-samarbejde-til-gavn-for-borgere-og-et-preset-sundhedsvaesen/>



Med mangel på arbejdskraft så langt øjet rækker, stigende efterspørgsel på sundhedsydelse af alle slags og en akut mangel på bedre koordinering af patientforløb mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer er teknologi ikke svaret på alt, men det er en væsentlig del af løsningen på udfordringerne i sundhedssektoren. Derfor dette grundige bidrag til arbejdet med, hvordan vi kan få et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen, et mere patientvenligt sundhedsvæsen og mere sundhed for pengene.

For lidt digital sundhed bliver implementeret og udbredt

Danmark er på mange måder et digitalt foregangsland, og vi er dygtige til forskning og udvikling, men vi er ikke lykkedes med at skabe national sammenhæng og få udbredt de digitale innovationer til alle dele af landet og alle relevante organisationer til gavn for borgere og et presset sundhedspersonale. Gevinsterne tabes alt for ofte på gulvet, og vi øger den geografiske ulighed. På grund af mange barrierer for digital sundhedsteknologi giver mange af leverandørerne af de bedste danske sundhedsløsninger op og fokuserer på andre lande eller på private aktører. Og vi har svært ved at tiltrække modne udenlandske digitale sundhedsløsninger til de behov, vi ikke selv har løsninger til.

Danmark bruger milliarder på udvikling af teknologi, men gevinsten høstes ofte kun af alt for få hospitaler og kommuner, hvorefter innovationen og skaleringen strander. I en række tilfælde når løsningen slet ikke at blive implementeret, før næste udviklingsprojekt påbegyndes. Samtidig genudvikles de samme løsninger flere steder grundet den manglende koordinering.

Der skal med andre ord arbejdes målrettet på mere og bedre udbredelse, men kun af løsninger med den fornødne modenhed, som frigør kapacitet og skaber bedre borger- og patientforløb.

Potentialerne er store

Hvis Danmark lykkes med at indfri potentialet for digital sundhed, vil både borgere og personale kunne opleve et markant anderledes sundhedsvæsen end i dag: Et sundhedsvæsen, hvor digitale løsninger giver borgere hjælp til selvhjælp, så personalet kan tage sig af dem, der trænger mest, uden at det går ud over de andre, og hvor alle vil opleve mere ro, forudsigelighed og fornuftig brug af tid og ressourcer.

Nedenfor er tre eksempler på visioner, som ikke behøver at være langt ude i fremtiden, hvis Danmark lykkes med digital sundhed:

Den unge pige med begyndende angst vil få et digitalt tilbud i øjenhøjde, enten som selvstændig behandling, supplement til behandling, eller imens hun er på venteliste til et fysisk tilbud. Tilbuddet inkluderer en myndighedsgodkendt digital platform baseret på kognitiv terapi og med selvhjælpsøvelser, journal, selvregistrering af humør, måling af bevægelse og søvn samt et supportforum med andre unge. Løsningen giver hende mulighed for at have direkte kontakt til professionel hjælp, samtidig med at hendes psykolog har overblik over hendes tilstand og får automatisk besked, hvis hendes tilstand ændrer sig og kræver handling.



Den ældre borger med en eller flere kroniske sygdomme vil få adgang til alle dele af sundhedsvæsenet med ét login, som giver et overblik over behandlingsforløb og næste skridt, kontaktpersoner og relevant information for stadiet i behandlingen. Baggrundsoplysninger om borgeren er tastet ind én gang for alle. Størstedelen af behandlingen foregår i eget hjem, primært guidet af de digitale sundhedsløsninger. Sensorer overvåger vitale parametre, og telemedicinsk lægedækning betyder, at der altid er hjælp at hente. Konsultationer og hjemmebesøg er i stigende grad virtuelle og behovsdrevne. Journalføring sker med digitale stemmegenkendelsesløsninger og generativ AI, så personalet kan være nærværende.

Den travle forælder i yderkommunen med pludselige rygsmærter vil udfylde en automatiseret symptomformular (triagering) og blive guidet til digitale selvhjælpsløsninger. Hvis det ikke hjælper, er der mulighed for direkte kontakt til en fysioterapeut i den nærmeste større by, som kan tilbyde en virtuel konsultation, der foregår i arbejdstiden og sparer næsten to timers transport for borgeren. Fysioterapeuten giver adgang til en digital rehabiliteringsløsning med udvalgte øvelser. Løsningen giver feedback og registrerer gennemførelse af øvelserne og forbedring i smerte. En næste konsultation er formentlig ikke nødvendig.

Ovenstående tre scenarier beskriver mennesker, som hjælpes af et sammenhængende og samarbejdende digitalt sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen, hvor de, som kan hjælpes digitalt, bliver det, og hvor sundhedspersonalet får frigjort arbejdstid til at være nærværende og yde omsorg til de borgere, som har de største behov.

Rapportens formål er at bidrage til diskussioner og beslutninger

Formålet med denne rapport er at give myndigheder, kommissioner, ledere i sundhedssektoren og øvrige beslutningstagere et gennearbejdet diskussionsgrundlag. Med rapporten ønsker vi at bidrage til at takle nogle af Danmarks største udfordringer.

Rapporten består af en omfattende kortlægning af barrierer og af løsninger til at udnytte potentialet i digitale sundhedsløsninger, alt sammen omsat til 13 anbefalinger, der samler de væsentligste fund i forslag til handling. Rapporten repræsenterer ikke særinteresser; den er resultatet af en omfattende og bred undersøgelse med relevante ledere, ansatte og eksperter. Arbejdet er gennemført af Health Tech Hub Copenhagen, som er en nonprofit-organisation, der arbejder for at forbedre sundheden for 1 milliard mennesker og øge beskæftigelsen inden for digital sundhed i Danmark.

Kortlægningen i rapporten er baseret på perspektiver fra mange dygtige ledere, ansatte og eksperter inden for sundhed og digitalisering, som vi gerne vil takke for deres tid og aktive deltagelse.

Feedback og dialog

Al dialog, feedback og forslag er varmt velkommen. Skriv til Jannik Zeuthen (jannik@healthtechhub.org).



Del 1: Anbefalinger



Indledning

Rapportens 13 anbefalinger bygger direkte på de 39 kortlagte barrierer og 62 kortlagte løsningsmodeller. De bagvedliggende løsningsmodeller er prioriteret ud fra, at de skal:

- hjælpe digital sundhed ud til flere borgere (effekt) og sundhedspersonale (aflastning og kapacitetsfrigørelse)
- bringe sundhedsvæsenet tættere på borgeren og behandling i eget hjem
- bidrage til et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen
- overkomme en eller flere væsentlige barrierer
- give sikkerhed for gevinst, hvis modellen implementeres
- have en estimeret positiv nettoomkostning ved implementering.

Hver anbefaling refererer til en række løsningsmodeller fra kortlægningen (f.eks. ”jf. model 1.9”), som hver især findes detaljeret beskrevet i rapportens del 4.

Anbefalingerne er opdelt i to temaer

Tema 1: Organisering og struktur for bedre sammenhæng og samarbejde om digital sundhed (8 anbefalinger). Tema 2: Forudsætninger for at lykkes med digital sundhed, uanset organisering (5 anbefalinger).

Rækkefølgen er ikke udtryk for prioritering.

Kontekst for anbefalingerne kan læses i bilagene til denne afkortede version.



Overblik over anbefalinger

De 13 anbefalinger ses her i overskriftsform, hvorefter sammenhængen imellem dem beskrives og hver anbefaling er uddybet separat.

Tema 1: Anbefalinger til organisering og struktur for bedre sammenhæng og samarbejde om digital sundhed

RETNING	1. Fælles retning for digital sundhed skal skabes gennem forpligtende resultatmål og en mere effektiv styreform. Retning og resultatmål for digital sundhed fastsættes politisk og eksekveres af en national bestyrelse med mandat og beslutningskraft.
	2. ”Digital først”-princip skal implementeres i udvalgte stadier af borger- og patientforløb. Digital sundhed bliver designkrav i udvalgte borger- og patientforløb. Sundhedsvæsenet får én digital indgang for ikke-akutte tilstande, med online-triagering og behandlingstilbud.
BORGER- OG PATIENTFORLØB	3. Store hospitaler og kommuner skal have større geografisk ansvar for implementering og udbredelse af borgernær digital sundhed, via 5-10 forpligtende fællesskaber. Fællesskaberne har et samlet ansvar for at skabe gode borger- og patientforløb for borgere i deres geografiske områder, bl.a. ved hjælp af implementering af digitale sundhedsløsninger, og med store organisationer som den største drivkraft.
	4. Telemedicinsk populationsansvar skal skabe geografisk lighed i adgang til sundhedsydelser. De forpligtende fællesskaber om digital sundhed får et telemedicinsk populationsansvar for hele det geografiske område, så borgere i både byer og yderområder sikres adgang til sundhed.
STØTTE	5. Lokal implementering af digital sundhed skal støttes af national programorganisation med udgående implementeringsteams. Programorganisationen understøtter lokalt med ekspertviden i digital sundhed, implementering og forandringsledelse og har udgående implementeringsteams.
	6. Sundhedsvæsenets gennemgående støttefunktioner (innovation, IT og jura) omdannes til fællesejede koncerner. Central ledelse skal sikre en fælles retning nationalt, mens decentral tilstedeværelse skal sikre lokal understøttelse.
INNOVATION	7. Lokale ildsjæle og kliniske miljøer skal understøttes bedre i behovsafdækning og tidlig digital innovation. Ildsjæle og kliniske miljøer skal understøttes bedre i behovsdrevet innovation frem til tidspunktet for produktudvikling, hvorefter løsningen skal løftes ud.
	8. Offentligt ejede, borgernære digitale sundhedsløsninger lægges i selskaber, som får et entydigt fokus på udvikling og udbredelse. Offentlige digitale sundhedsløsninger lægges i selskaber (fællesejede, nonprofits eller startups), som får et entydigt ledelsesmæssigt fokus på udvikling og national udbredelse.



Tema 2: anbefalinger, som er forudsætninger for at lykkes med digital sundhed, uanset organisering

FORUDSÆTNINGER

9. Sundhedsfaglig tryghed og uddannelse skal muliggøre ”digital først”

”Digital først” kræver faglig tryghed og digitale kompetencer hos det sundhedsfaglige personale. Det kræver uddannelse, samt at politikere og topledere i sundhedsvæsenet tager ansvar for etiske dilemmaer.

10. Kapacitetsfrigørende digitale sundhedsløsninger skal opprioriteres på den politiske dagsorden. Gennemgribende digitalisering, herunder genbrug af gode løsninger fra udlandet, er det bedste bud på at sikre sundhedsvæsenet i fremtiden. Det kræver politisk fokus og viljestyrke.

11. Finansierings- og incitamentsstrukturer skal fremme genanvendelse af andres digitale sundhedsløsninger. Digital sundhed indfrier først gevinster ved national implementering, hvilket kræver nutidige investeringer for fremtidige gevinster. Det anbefales at oprette en fond med fokus på medfinansiering af implementerings- og udbredelsesprojekter, samt udfordre eksisterende incitament.

12. Udbudsmodeller skal fremme fælles digital sundhed. Hovedparten af fremtidige udbud skal være fælles, og de skal også inkludere hospitaler og kommuner med færre ressourcer. Udbudsreglerne og anvendelsen heraf moderniseres, så genbrug af andres gode løsninger fremmes.

13. Genbrug af andre landes digitale sundhedsløsninger skal give mere sundhed for pengene. Danmark skal være førende på at oversætte, importere og genanvende gode digitale løsninger fra udlandet, herunder også standarder og metoder.



Tema 1

Anbefalinger til organisering
og struktur for bedre
sammenhæng og
samarbejde om digital
sundhed



Anbefaling 1: Fælles retning for digital sundhed skal skabes igennem forpligtende resultatmål og en mere effektiv styreform

Kortlægningen har vist:

- Store organisatoriske forskelle på anvendelse, prioritering og implementering af digital sundhed, selv for samme typer borger- og patientforløb. Det gør det svært at genanvende andres tilgange til digital sundhed, uanset hvor gode de er, og giver betydelige kvalitetsforskelle og ineffektivitet. Afledt heraf genudvikles og strandede mange digitale sundhedsløsninger lokalt.
- Samtidig savnes helhjertet implementering af nationale strategier. Strategierne fokuserer ofte mere på aktivitets- og procesmål end på resultatmål og gevinster for patienter og sundhedsvæsen.
- Problematikken afspejles også i Robusthedskommissionens anbefaling nr. 6.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Alle aktører i sundhedsvæsenet trækker i samme retning igennem landsdækkende strategi og mål for digital omstilling. Borgere skal opleve lige digitale muligheder og kvalitet, uanset hvilken landsdel de befinder sig i. Målene skal være løftestænger til at bringe behandlingen tættere på borgerens hjem, bygge bro imellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen og reducere presset på sundhedspersonalet.

Bindende strategi og resultatmål

- Bindende strategi og resultatmål for digital omstilling for hele landet, herunder for regioner, kommuner, almen praksis og staten (jf. model 1.9).
- Resultatmål kan f.eks. være andel digitaliserede borgerforløb, andel digitalt selvhjulpne eller hjemmebehandlede patienter, frigjort kapacitet, reduktion i indlæggelsestid og genindlæggelser, genanvendelse og implementering af digitale sundhedsløsninger fra andre hospitaler og kommuner.
- Gode nationale støttefunktioner skal have indsats bundet op på resultatmålene for at gøre det attraktivt og nemmere at indfri resultatmålene hos hospitaler og kommuner, jf. anbefaling 5. Det gælder f.eks. implementeringshjælp og finansieringskilder.
- Resultatmålene forankres i både økonomiaftaler (jf. model 1.12), i direktørkontrakter i hver kommune og hospital (jf. model 1.6 og 2.6) og i lokale digitale implementerings- og udbredelsesstrategier (jf. model 1.8). Finansielle incitamenter bør hægtes op på målene, jf. anbefaling 11.
- Resultatmålene kan være politisk forhandlede på tværs af sektorerne, f.eks. igennem trepartsaftaler og økonomiforhandlinger (jf. model 1.12). Fastsættelse og opfølgning på målene kan sikres ved at oprette en ny afdeling under Sundhedsstyrelsen eller en ny ”Styrelse for Patientforløb”, med ét hovedformål: At skabe sammenhængende (digitale) borger- og patientforløb i Danmark, herunder kapacitetsfrigørelse (jf. model 2.18).



Effektiv bestyrelse til eksekvering

- Ansvar for eksekveringen af resultatmålene bør ligge i en handlekraftig, uafhængig og beslutningsdygtig bestyrelse for hele det offentlige sundhedsvæsen (jf. model 2.3). Denne bør sammensættes af tunge og anerkendte sundhedsfaglige og IT-faglige ledere på tværs af sektorer, med tilhørende sekretariat (økonomi og jura).
- Bestyrelsen kan være national eller decentral, afhængig af hvilken struktur sundhedsvæsenet overordnet set får. Den kan desuden nedsætte små og beslutningsdygtige styregrupper pr. strategiske område (jf. model 2.3) med ansvar for at sikre indfrielse af resultatmålene.



Anbefaling 2: ”Digital først”-princip skal implementeres i udvalgte stadier af borger- og patientforløb

Kortlægningen har vist:

- Borgere generelt bliver behandlet fysisk, selv om de ifølge sundhedsfaglige kunne modtage digital behandling og virtuelle konsultationer.
- Corona har vist, at en betydelig andel borgere er parate til et digitalt sundhedsvæsen.
- Virtuelle konsultationer og digitale tilbud er mere udbredte i det private end i det offentlige, f.eks. online-lægehjælp og apps til selvhjælp.
- I dag kan borgere opleve vidt forskellige (og ofte ingen) digitale behandlingsmuligheder, afhængigt af hvilken kommune eller hospital de er tilknyttet.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Digitalisering af borger- og patientforløb skal understøtte omstilling til det nære sundhedsvæsen, behandling tæt på eget hjem og kapacitetsfrigørelse. De borgere, som patientsikkert kan behandles digitalt, får det som førstevalg eller som mulighed. Dette giver let adgang til sundhedstilbud uanset geografi og kan være en fordel for nogle grupper af borgere (f.eks. ved lange ventelister). Det digitale sundhedsvæsen skal designes omkring borgeren, ikke omkring organiseringen.

Udgangspunktet er borgernes behov og tilhørende kontaktpunkter

- For at sikre et sammenhængende digitalt sundhedsvæsen, bør udgangspunktet være borgernes behov og tilhørende kontaktpunkter (f.eks. online-booking af konsultation) igennem forskellige stadier før, under og efter sygdomsforløbet (jf. model 1.7).
- Ved ”digital først” bør borger- og patientforløb endvidere gentænkes fra bunden ud fra nuværende digitale muligheder og tilgængelig kapacitet, frem for at lægge digitalisering ovenpå i de nuværende forløb.
- Det kan bl.a. være i regi af forpligtende fællesskaber imellem sundhedsvæsenets aktører (jf. model 2.13 og anbefaling 3) og ved at indføre digitalt designkrav ved kommende revision af en række kliniske retningslinjer (jf. model 1.5).
- Det anbefales at begynde med få borger- og patientforløb, hvor kapacitetsudfordringerne er størst, og bevise de kapacitetsfrigørende gevinster og en tilfredshed hos både borgere og sundhedspersonale, inden princippet udrulles til flere patientforløb. Det er urealistisk at kunne triagere alle sygdomsområder digitalt i første version, med risiko for mange års udviklingstid og validering inden praktisk erfaring opnås.

Digital triagering i tidligste kontaktpunkter (stepped care)

- Digitale alternativer til fysiske konsultationer bør indarbejdes systematisk i de tidligste kontaktpunkter i ikke-akutte borger- og patientforløb. Det bør særligt være i de eksisterende kontaktpunkter, hvor borgeren allerede søger online-informationer om symptomer og booker konsultationer (jf. model 1.7), frem for f.eks. at etablere nye hjemmesider.



- Her udføres først digital triagering baseret på symptomer og risiko, med tilhørende tilbud om digitale sundhedsløsninger i stedet for eller som supplement til fysiske konsultationer (stepped care). I tilknytning hertil skal der dog altid være en synlig mulighed for menneskelig kontakt til akutte tilfælde, eller hvor borgeren ikke kan navigere digitalt. I tillæg til digitale alternativer kan bl.a. civilsamfundets tilbud indarbejdes, f.eks. Livslinjen og patientforeningers hjælpelinjer.
- Denne model bør udvikles, så den først og fremmest fungerer ved de tidligste kontaktpunkter, men kan også genanvendes senere i patientforløbene, f.eks. ved bekymringshenvendelser.
- I udviklingen heraf bør tages direkte afsæt i erfaringer fra danske og internationale forsikrings- og pensionselskaber og sundhedsvæsenet (bl.a. Finland med Omaolo-plattformen) med digitalisering af første led i deres kunderejser ved forsikringer for sundhed, ulykke og kritisk sygdom.

Henvisning til digital behandling igennem alment praktiserende læger og akutlinjer

- I tillæg til digital triagering bør andre tidlige kontaktpunkter (særligt alment praktiserende læger og akutlinjer såsom 1813) få en central rolle i at guide borgeren ind i digital behandling frem for fysisk.
- Her har andre europæiske lande (Tyskland, Frankrig, England, Belgien m.fl.) implementeret såkaldte ”DMD-strukturer”, hvor digitale sundhedsløsninger blåstemples nationalt, gøres tilgængelige digitalt og kan ordineres af alment praktiserende læger på lige linje med medicin (jf. model 1.2). ”DMD” står for Digital Medical Device, altså digital sundhedsteknologi med et erklæret sundhedsformål. Danmark har lignende initiativer på vej, men mere fragmenteret og mindre omfangsrigt end udlandet, hvilket ikke er hensigtsmæssigt.

Valg af digitale løsninger til borger- og patientforløb

- Offentlige og private digitale sundhedsløsninger, som indgår i borger- og patientforløb som alternativ til fysisk behandling, kan f.eks. være målrettet symptomer og tilstande, som endnu ikke er behandlingskrævende, eller hvor ventelisten er lang.
- Det kan være evidensbaserede digitale sundhedsløsninger til selvbehandling ved mild eller moderat angst, monitorering, øvelser til rehabilitering og ved fysisk smerte (f.eks. rygsmerte), støtte til reduceret rygning og alkoholindtag m.v. Her anbefales det at se på borgernære digitale sundhedsløsninger på nordisk og europæisk niveau, som er længere fremme end Danmark.



Anbefaling 3: Store hospitaler og kommuner skal have større geografisk ansvar for implementering og udbredelse af borgernær digital sundhed, via 5-10 forpligtende fællesskaber

Kortlægningen har vist:

- Store forskelle i, hvor godt enkelte hospitaler og kommuner lykkes med digital sundhed, og hvor stor erfaring og tilgængelige ressourcer de har.
- Større hospitaler og kommuner har de bedste forudsætninger for at udvikle og indkøbe digitale sundhedsløsninger, men ikke et incitament til at støtte og udbrede til andre. Derfor udbredes løsningerne sjældent til mindre hospitaler og kommuner.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Sundhedsvæsenets aktører samarbejder om implementering og resultatskabelse med borgernær digital sundhed, således at de bedste (kapacitetsfrigørende) løsninger spredes hurtigt, særligt til kommuner og hospitaler med færre ressourcer. Fokus her er på den borgernære digitale sundhed (direkte anvendelig i forebyggelse og behandling), mens IT-infrastruktur indgår i anbefaling 6.

Større ansvar til de store hospitaler og kommuner

- De store kommuner og hospitaler gives et ansvar og økonomisk incitament for at skabe og udbrede digitale borger- og patientforløb til mindre hospitaler og kommuner i samme geografiske område (jf. model 2.5).
- Det kan være de seks største kommuner og fem universitetshospitaler, med ansvar for kommuner og hospitaler i deres landsdel samt ansvar for at koordinere indbyrdes. De vurderes at have de bedste forudsætninger for at validere og udbrede de bedste digitale sundhedsløsninger. Ansvarer dækker også samtænkning af digitale borger- og patientrejser og implementeringsstøtte til praktiserende læger, fysioterapeuter og andre lokale sundhedsfaglige.
- Ansvarer skal følges med øget finansiering til at varetage opgaven med koordinering og udbredelse (jf. model 3.6), eventuelt ved at samle udviklingsbudgetterne til teknologi på tværs af organisationer (jf. model 3.5). Finansieringen skal designes med incitamenter, som fremmer et sammenhængende digitalt sundhedsvæsen, jf. anbefaling 11.

Implementering og udbredelse igennem forpligtende fællesskaber

- Implementering og udbredelse bør effektueres igennem 5-10 forpligtende fællesskaber (jf. model 2.13), hvor de store kommuner og hospitaler har den ledende rolle. Fællesskaberne refererer til den nationale bestyrelse, jf. anbefaling 1.
- De forpligtende fællesskaber skal have en betydelig masse i antal borgere og sundhedsfaglige kompetencer, særligt hvis lige adgang til digital sundhed skal sikres, og mulighederne for at udnytte hinandens kapacitet skal realiseres, jf. anbefaling 4. Derfor anbefales maksimalt 10.



- I fællesskaberne sikres et sammenhængende digitalt borger- og patientforløb, fælles digital strategi (jf. model 1.8) og deling og genanvendelse af de bedste borgernære digitale sundhedsløsninger. Ressourcer til effektiv implementering (f.eks. lokal støtte og uddannelse) kan puljes.
- Borgernære digitale sundhedsløsninger for udvalgte områder kan være besluttet på nationalt niveau, jf. anbefaling 1, og implementeres lokalt igennem fællesskabet. For andre digitale sundhedsløsninger skal fællesskabet sammen gennemføre udbudsprocesser, hvor store hospitaler og kommuner tager den ledende og inddragende rolle (jf. model 1.4), og hvor alle forpligtes til efterfølgende indkøb og implementering.



Anbefaling 4: Telemedicinsk populationsansvar skal skabe geografisk lighed i adgang til sundhedsydelser

Kortlægningen har vist:

- En betydelig mængde almindelige konsultationer (rehabilitering, lægekonsultation, fysioterapi), monitoreringsbesøg (hjemmepleje) og hjemmebehandling kan foregå virtuelt og telemedicinsk.
- Det private sundhedsmarked og covid-perioden med tilhørende undersøgelser har vist, at en betydelig andel af danskere er parate til virtuel behandling.
- Der er udfordringer med geografisk dækning af hele Danmark, bl.a. lægedækning, men i dag er udveksling af kapacitet fra andre geografiske områder begrænset.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Geografisk lige adgang til digital sundhed af høj kvalitet, herunder i eget hjem, uanset hvor borgeren er lokaliseret i landet. Mulighed for gensidig kapacitetsudnyttelse på tværs af organisationer, da virtuel behandling er uafhængig af geografi. Målet skal være, at borgeren kan modtage behandling i eget hjem, herunder med et særligt fokus på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Det sparer desuden en væsentlig mængde transporttid for både borgere og sundhedspersonale, samt CO₂.

Telemedicinske fællesskaber til virtuel behandling

- Fællesskaberne skal indeholde en fælles pulje af læger, sygeplejersker, SOSU'er og andre faggrupper, som kan foretage virtuelle konsultationer og telemonitorering af borgere i hele den landsdel, som fællesskabet har populationsansvar for. De fagprofessionelle kan være lokaliseret sammen i eksisterende sundhedshuse eller på universitetshospitaler.
- Udgående teams kan gennemføre nødvendige fysiske besøg lokalt på udvalgte dage til de typer af konsultationer, som kræver fysisk tilstedeværelse.
- Ligeledes bør denne digitalisering af borger- og patientforløb medføre nye uddannelsesformer (grunduddannelse/efteruddannelse) til digitale hjælpere og behandlere (jf. model 6.2) for lokalt at understøtte borgere med manglende digitale kompetencer. Ansvar for støtte til anvendelse af digitale sundhedsløsninger kan desuden placeres hos apoteker, borgerservice eller lignende eksisterende lokale tilbud.
- Populationsansvaret betyder, at læge- og behandlingsdækning bedre kan garanteres nationalt, også i yderområder. Opsætningen tillader, at sundhedspersonalets kapacitet og kompetencer kan udnyttes på tværs af geografien, i længere perioder eller ved pludselige fald i lokal kapacitet.



Forankret i eksisterende fællesskaber, ikke selvstændige

- De telemedicinske fællesskaber skal foregå i regi af øvrige forpligtende fællesskaber om digital sundhed, jf. anbefaling 3, frem for at kræve selvstændige strukturer, som øger kompleksiteten i sundhedsvæsenet.
- For at sikre geografisk dækning med tilstrækkeligt faglige kompetencer, bør fællesskaberne have en væsentlig volumen i både antal borgere og sundhedspersonale med både almene og specialiserede kompetencer. Sundhedsklyngerne er muligvis for små til dette formål.

Ensartet tilgang til digital sundhed

- Forudsætningen for telemedicinske fællesskaber er ensartet tilgang til bl.a. valg af teknisk løsning og bookingplatform, journalsystemer og dokumentationspraksis, samt tilgang til borger- og patientforløb, (digitale) tilbud og arbejdsgange. Det taler for en fælles national tilgang til IT-infrastrukturen, jf. anbefaling 6 om én koncern med ansvar for sundhedsvæsenets IT-infrastruktur.
- Det vurderes hensigtsmæssigt at begynde med de teknologier, som allerede er modne, særligt virtuelle konsultationer. Øvrige telemedicinske løsninger kan komme til, i takt med at de bliver modnet til national udbredelse.
- Samtidig er det hensigtsmæssigt, at de helt grundlæggende teknologivalg koordineres nationalt, så ressourcer kan udveksles på tværs af landsdele. Det gælder bl.a. bookingplatform og platform til videokonsultation.
- Fælles digitalisering i denne form vil hermed også blive en løftestang for ensartethed generelt på tværs af kommuner og hospitaler, og ikke kun af hensyn til det telemedicinske fællesskab. Det skaber fundamentet for bedre genanvendelse og effektiv udnyttelse af digital sundhed i sundhedsvæsenet.



Anbefaling 5: Lokal implementering af digital sundhed skal støttes af national programorganisation med udgående implementeringsteams

Kortlægningen har vist:

- Lokale ledelser efterspørger i høj grad hjælp til at gennemskue teknologier, implementering og jura. Lokale processer for forandringsledelse og implementering er ofte mangelfulde.
- Tilgængelig ekspertise varierer på tværs af store og små kommuner og hospitaler.
- Hjælpe- og finansieringsmuligheder til at udvikle nye ting er markant bedre end for implementering af eksisterende projekter og genanvendelse af løsninger fra andre. Derfor påbegyndes ofte nye projekter, før eksisterende er implementeret og udbredt.
- Ressourcer til implementering er kraftigt begrænsede hos det sundhedsfaglige personale, da det tager tid væk fra borgeren.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Lokal ledelse understøttes i effektiv implementering og gevinstrealisering. De bedste digitale sundhedsløsninger spredes og implementeres naturligt, så effekter opnås hurtigere for både borgere (kvalitet) og sundhedsvæsen (aflastning). Ensartethed sikrer lige adgang til sundhed for borgerne såvel som bedre mulighed for samarbejde og kapacitetsudnyttelse i sundhedsvæsenet (virtuelt eller fysisk udlån af medarbejdere) regionalt eller nationalt, jf. anbefaling 4.

Støttemuligheder med sammenhæng til nationale resultatmål

- Støttemulighederne bør designes, så de gør det attraktivt og nemt at indfri de nationale resultatmål, jf. anbefaling 1. Det kræver en direkte sammenhæng med de i resultatmålene prioriterede indsatsområder.
- Støttemuligheder kan dække rådgivning eller understøttelse (teknologivalg, implementering, evaluering) og finansiering.

Programorganisation til lokal implementeringsstøtte

- Udenlandske sundhedssystemer og hospitalskoncerner (f.eks. Clalit i Israel med 5 mio. borgere og Kaiser Permanente i USA med 13 mio. borgere) har gode erfaringer med etablering af centrale organisationer, som har kompetencer og ressourcer til at overvåge og identificere de bedste sundhedsteknologier, samt støtte lokalt med forandringsledelse og implementering.
- Tilsvarende bør Danmark oprette en programorganisation for borgernær digital sundhed, som kan støtte lokale hospitaler og kommuner med implementering (jf. model 2.17) igennem forpligtende fællesskaber, jf. anbefaling 4, og i henhold til nationale programmer, jf. anbefaling 1.



- Kerneopgaven for programorganisationen er at overvåge og vurdere borgernære digitale sundhedsløsninger samt at støtte lokalt med implementering ved hjælp af udgående teams, som har både kliniske og teknologiske kompetencer (jf. model 2.7).
- Organisationen skal være selvfinansierende hen over en mellemlang periode ved at øge implementering og udbredelse af kapacitetsfrigørende teknologi.
- Alternativet til en programorganisering kan være en rådgivende ekspertorganisation (jf. model 2.20), som ikke hjælper med implementering.

Tilkoblet fondsstruktur, da finansiering til implementering er afgørende

- Det anbefales, at programorganisationen kobles til en fondsstruktur, som finansielt kan støtte med en andel (f.eks. op til 70 %) af den lokale investering i implementering, f.eks. udstyr og indretning af lokaler til telemedicinsk behandling og frikøb af lokalt plejepersonale med vikarer. Dette uddybes i anbefaling 11.
- Den finansielle støtte er afgørende, da tilgængelige ressourcer til implementering ifølge kortlægningen er en af de største barrierer. Og det er afgørende, at finansieringen kobles direkte til de nationale resultatmål og ovenstående organisering for bedre implementering og udbredelse.



Anbefaling 6: Sundhedsvæsenets gennemgående støttefunktioner (innovation, IT og jura) omdannes til fællesejede koncerner

Kortlægningen har vist, at støttefunktioner hos regioner, hospitaler og kommuner i dag har markant forskellige, og ofte ukoordinerede, tilgange til:

1. Innovation: behovsindsamling og løsninger genopfindes.
2. IT-infrastruktur: Indbyrdes og på tværs af sektorer, forskellige krav til integrationer.
3. Sundhedsteknologisk jura: Fortolkning, standarder og processer, bl.a. om GDPR og MDR, og i fremtiden anvendelse af AI.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Støttefunktioner bør både understøtte lokale organisationer og understøtte et sammenhængende nationalt sundhedsvæsen, hvor de bedste digitale løsninger og fremgangsmåder naturligt bliver udbredt.

Koncernstrukturer med klar og entydig ledelsesstruktur

- I kortlægningen er særligt tre støtteområder omtalt, hvor en konsolidering vil gavne bedre implementering og udbredelse af digital sundhed: Sundhedsinnovation (jf. model 2.9), IT-infrastruktur (jf. model 2.10) og sundhedsteknologisk jura (jf. model 2.11).
- Koncerntænkning og -strukturer sikrer ensartethed og fælleshed ved at understøtte samtlige hospitaler og kommuner. De kan tænke i tværsektionelt i borgerforløb og nationalt, da de ikke er organisatorisk bundet ind i hver region, hospital eller kommune.
- Koncernerne ejes af stat, kommuner og/eller hospitaler i fællesskab (ligesom KOMBIT, Sundhed.dk og lignende). De skal referere til den nationale bestyrelse for digital sundhed for at sikre fælles retning med sundhedsvæsenet igennem målstyring, jf. anbefaling 1.
- Koncernstrukturerne har lokale organisationer som datterselskaber eller serviceafdelinger, således at lokal tilknytning fastholdes men er underlagt en ny national ledelsesstruktur i koncernen. Den nye koncernledelse kan holdes ansvarlig for skabte resultater og brugertilfredshed med service på hospitaler og i kommuner.

1) Koncern for koordineret sundhedsinnovation

- Koncernen vil have ansvaret for at understøtte lokale ildsjæle og kliniske miljøer i behovsafdækning og tidlig innovation, jf. anbefaling 7, og samtidig sikre en stærk national koordinering. Dermed samles en andel af de nuværende innovationsenheder og udviklingsorienterede forskningsprojekter under én landsdækkende og koordinerende ledelsesstruktur (jf. model 2.9), selv om de fortsat vil være lokalt forankrede.
- Ansvaret dækker fælles national behovsindsamling, så flere kan få gavn af de samme innovationsprojekter (jf. model 4.1). Og det dækker sikring af, at digitale løsninger ikke genudvikles på grund af manglende overblik over eksisterende teknologi i Danmark og udlandet (jf. model 4.2) eller igangværende udviklingsprojekter (jf. model 4.3).



- Koncernen får samtidig ansvaret for at koordinere udvikling af digitale sundhedsløsninger og vælge de hospitaler, kommuner og private med de bedste forudsætninger (kompetencer og ressourcer) til sammen at udvikle løsningen i national skala og høj kvalitet. Det er ikke nødvendigvis de samme organisationer, som har lavet behovsafdækning og tidlig innovation.
- Koncernen får også ansvaret for at beslutte, hvilke digitale sundhedsløsninger der skal udbredes nationalt og herefter selskabsgøres, jf. anbefaling 8.

2) Koncern for fælles IT-infrastruktur

- Koncernen vil have ansvaret for design og sammenhæng i hele IT-infrastrukturen på sundhedsområdet (jf. model 2.10), med bl.a. de nuværende regionale IT-afdelinger som datterselskaber. Det giver klarhed over, hvem der har ansvaret for den fulde IT-infrastruktur i sundhedsvæsenet med én ansvarlig direktion og én bestyrelse.
- Hovedopgaven for koncernen er at sikre sammenhæng og udveksling af data imellem systemer *i hele sundhedsvæsenet*. Særligt elektroniske patientjournaler, omsorgsjournaler og lægepraksissystemer bør betragtes som én sammenhængende IT-infrastruktur, designet så data følger borgeren frem for organiseringen i sundhedsvæsenet (jf. model 5.2). Hertil hører et fælles sprog, arbejdsgang og dokumentationspraksis, således at digitale sundhedsløsninger kan udbredes til forskellige systemer.
- Ansvaret dækker også understøttelse af IT-infrastruktur og implementeringsstøtte til praktiserende læger, fysioterapeuter og andre lokale sundhedsfaglige grupper.
- Eksisterende og ældre systemer bindes sammen via tredjepartsløsninger (jf. model 5.2). Dette betyder, at antallet af systemer (f.eks. EPJ) er mindre vigtigt, blot de kan integreres effektivt sammen via datacentraler og data kan udveksles gnidningsfrit som basis for effektive borger- og patientforløb. Det kræver en fælles udviklings- og integrationsplatform for sundhedsvæsenet, med faste kriterier, som forskellige systemer kan integreres op imod – også selv om systemerne ikke er ens.
- Koncernen ejer ikke alle systemerne selv, men står for leverandørkontakten og kan stille krav til bl.a. leverandørernes integrationer og/eller dataudveksling (jf. model 5.3), således at digitale sundhedsløsninger let kan integreres. Samtidig skal koncernen udarbejde nationale standarder og indhente databehandleraftaler i henhold til GDPR. I den funktion vil koncernen i nogen grad svare til f.eks. den nuværende CIMT i Region Hovedstaden eller KOMBIT.
- Desuden kan koncernen opstille krav til både leverandører og samtlige aktører i sundhedsvæsenet, så IT-systemer i fremtiden udvikles med samme principper, også selv om de ikke er ens.



3) Koncern for ensartet sundhedsteknologisk jura

- Koncernen vil have ansvaret for at sikre ensartede juridiske fortolkninger og standarder i relation til sundhedsteknologi, herunder i forhold til GDPR, MDR og AI (jf. model 5.1 og model 2.11).
- Koncernen skal forebygge overimplementering af lovgivning, og at forskellige fortolkninger hæmmer udbredelse, samt effektivisere igennem fælles genanvendelse af standarder, frem for at hver region, hospital og kommune udvikler individuelle standarder (jf. model 5.1).
- Det bør i arbejdet med standarder desuden tilstræbes, at der udvikles forskellige størrelser på standarderne og tilhørende modeller, således at små projekter ikke bliver ramt af hæmmende bureaukrati (jf. model 5.1).



Anbefaling 7: Lokale ildsjæle og kliniske miljøer skal understøttes i behovsafdækning og tidlig digital innovation

Kortlægningen har vist:

- Kendskab til behov og ideer til potentielle løsninger findes oftest lokalt iblandt ildsjæle og kliniske miljøer, men samles ikke op.
- Der findes ikke et centralt og koordineret overblik over borgeres og sundhedspersonales behov, potentialer, eksisterende teknologi og eksisterende projekter. Det bevirker, at de samme løsninger genudvikles flere steder i landet og hos vores nordiske naboer.
- Kompetencer og ressourcer til at udvikle digitale løsninger af høj kvalitet findes ikke i alle organisationer, som udvikler i dag. Samtidig prioriteres efterfølgende implementering og udbredelse ikke. Det bevirker, at et stort antal offentlige udviklingsprojekter ikke ender med at indfri de ønskede gevinster.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium: Lokale ildsjæle og kliniske miljøer på hospitaler og i kommuner skal opleve bedre understøttelse end i dag til at få identificeret og valideret behov og få rådgivning om eksisterende digitale løsninger, de største potentialer og tidlig innovation. Med den tidlige innovation menes den eksplorative og idegenererende del – før selve produktudviklingen, som skal løftes ud, jf. anbefaling 6 om sundhedsinnovation og anbefaling 8 om selskabsgørelse.

Understøt de lokale ildsjæle i behovsindsamling og tidlig innovation

- Fundamentet for innovation opstår oftest iblandt lokale ildsjæle i de miljøer, som oplever behovet. Det opstår sjældent ved centraliserede eller styrede processer, som er nødvendige for effektiv udbredelse og gevinstrealisering. Behovsafdækning og tidlig innovation (udforskning af teknologiske potentialer) skal derfor fortsat være lokal og velintegreret i de kliniske miljøer.
- Understøttelse kan bestå af nationalt forankret uddannelse i de bedste metoder for behovsafdækning, kendskab til eksisterende danske og udenlandske digitale sundhedsløsninger og de største innovationspotentialer (jf. model 4.1 og 4.2), samt netværk og adgang til anonymiseret (eller syntetisk) data til forskere og udviklere af digitale sundhedsløsninger på de behandlingsområder, hvor der er størst behov (jf. model 5.2), selvfølgelig i udviklingsmiljøer med nødvendig datasikkerhed.

National behovsopsamling og koordinering af produktudvikling

- Den vigtige lokale viden om behov og potentialer skal opsamles nationalt, så støttefunktioner, jf. anbefaling 5, og finansieringsmuligheder, jf. anbefaling 11, allokeres til de områder, hvor potentialet for værdi for borgerne og kapacitetsfrigørelse er størst. Derudover skal produktudvikling koordineres og løftes hos dem med bedst kompetencer hertil.
- Ansvar herfor kan lægges i en fællesejet koncern for sundhedsinnovation, jf. anbefaling 6, som dermed får ansvaret for national behovsindsamling, koordinering af produktudvikling og understøttelsesinitiativerne skitseret ovenfor.



Anbefaling 8: Borgernære digitale sundhedsløsninger skal lægges i selskaber, som får et entydigt fokus på udvikling og udbredelse

Kortlægningen har vist:

- Lokalt ejerskab af digitale sundhedsløsninger på hospitaler og i kommuner kan stå i vejen for et sammenhængende digitalt sundhedsvæsen. Løsningerne stranded lokalt grundet manglende incitament til at udbrede egne løsninger og grundet mangel på implementeringsstøtte hos andre.
- Implementering og national udbredelse kræver et betydeligt ledelsesmæssigt fokus for hver digital sundhedsløsning, hvilket oftest ikke kan rummes effektivt i større organisationer iblandt mange andre ansvar og dagsordener.
- Indfrielse af juridiske krav er nødvendige, for at løsningen kan udbredes ud over egen organisation, men prioriteres ofte ikke.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: De bedste digitale borger- og patientforløb udbredes nationalt, herunder på tværs af sektorer, uanset hvilken kommune eller hospital der har (med)udviklet dem. Sundhedsvæsenet kan dermed flytte sit fokus til kerneopgaven (forebyggelse og behandling) og væk fra udvikling og drift af digitale løsninger. Fælles indkøb og leverandørstyring medfører betydelige besparelser.

Selvstændige selskaber med fokus på og kapacitet til implementering og udbredelse

- Borgernære digitale sundhedsløsninger, som i dag ejes og drives af hospitaler og kommuner, lægges ud til selvstændige selskaber, hvis de vurderes at skulle udvikles til national skala og udbredes. Borgernære digitale sundhedsløsninger skal ikke i fremtiden udvikles, driftes og udbredes af enkelte hospitaler eller kommuner.
- Selvstændige selskaber har en dedikeret direktør og apolitisk bestyrelse med et entydigt fokus på og økonomisk incitament til at udbrede løsningen til alle landsdele. Og de har et fokus på at videreudvikle løsningen og sikre høj tilfredshed hos de organisationer, som skal anvende den, da økonomien afhænger heraf.
- Armslængden til systemet tillader mere effektive beslutningsprocesser, og erfaringer fra udlandet viser, at dette overkommer barrierer vedrørende rivalisering imellem hospitaler.
- De digitale sundhedsløsninger skal inden selskabsførelse være forbi det stadie, hvor behovet og innovationspotentialet er valideret, jf. anbefaling 7.
- Den nye organisering håndterer de nødvendige juridiske krav (herunder CE), hvilket gør national udbredelse mulig.



Forskellige ejerskabsformer afhængig af område

- Det afgørende er, at en ledelse får et entydigt fokus på at skabe landsdækkende gevinster med digitale sundhedsløsninger. Dette er, uanset om det er nye eller eksisterende selskaber (f.eks. en udvidet version af Amgros), eller om de er offentligt eller privat ejede. Valget heraf kræver en vurdering pr. område og er også en politisk beslutning.
- Fællesejede selskaber (jf. model 2.22) er den form med størst erfaringsgrundlag i dansk kontekst. Det kan være mindre eller mellemstore selskaber til bestemte teknologier og afgrænsede områder (ligesom Sundhed.dk og Rejsekort & Rejseplan A/S). Eller det kan være større selskaber med et bredt ansvarsområde (ligesom Amgros, KOMBIT og Udbetaling Danmark), f.eks. digitalisering af hjemmebehandling af multikronikere. Sådanne selskaber vil ofte være projektledelses- og indkøbsorganisationer i højere grad end selv at være udviklere.
- Alternativt til selskaber med brede ansvarsområder kan der oprettes ét selskab for hver løsning – enten selvstændige nonprofits eller socialøkonomiske virksomheder, kendt fra NHS i England med gode resultater (jf. model 2.21), eller selvstændige profitdrevne startups, kendt fra bl.a. DTU og universitetshospitaler. Sidstnævnte tillader privat kapital til at finansiere udvikling og udbredelse.
- Anbefalingen er at oprette *flere* selskaber, snarere end ét stort, for ikke at skabe monopoler og tunge organisationer, hvor et entydigt ledelsesmæssigt fokus på udbredelse igen er udfordret.
- Selskaberne skal igennem solid inddragelse sikre, at løsningen forbliver tæt på den sundhedsfaglige praksis og på lokale brugeres behov.



Tema 2

Anbefalinger, som er forudsætninger for at lykkes med digital sundhed, uanset organisering.



Anbefaling 9: Sundhedsfaglig tryghed og uddannelse skal muliggøre ”digital først”

Kortlægningen har vist:

- Vellykket digital sundhed handler i høj grad om faktorer rundt om teknologien, herunder kultur, faglig tryghed og digitale kompetencer.
- Digitalisering bliver ofte et add-on frem for integreret direkte i arbejdsgange, behandling og uddannelse.
- Manglende faglig tryghed handler bl.a. om en følelse af personlig risiko for sundhedspersonalet og borgerne ved at ibrugtage teknologien i behandling og pleje, samt at digitalisering tidligere har været en besparelsesdagsorden.
- Sundhedspersonale i nogle områder har en oplevelse af, at de drukner i apps, som de sjældent selv har forudsætningerne for at vurdere, og som borgere allerede anvender.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Sundhedspersonalet føler sig fagligt trygge ved digitale sundhedsløsninger. Digital sundhed integreres i vores sundhedsvæsen, frem for at være et add-on.

Digitalisering skal integreres bedre i behandling og uddannelse

- Digital sundhed bør være et designkrav ved kommende revision af kliniske retningslinjer (jf. model 1.5) og ved digital gentænkning af borger- og patientforløb (jf. model 1.7), så det integreres direkte i behandling og pleje.
- I grunduddannelse og efteruddannelse bør digitalisering integreres direkte i fagene, frem for at være separat og valgfag (jf. model 6.1). Her kan bl.a. ses til DigiTech-uddannelsen ved SOSU Fyn.
- Opret en ny basis- eller efteruddannelse som digital hjælper/behandler. En person, som kan understøtte borgere med lavt digitalt kompetenceniveau og understøtte sundhedspersonale med god anvendelse af digitale sundhedsløsninger (jf. model 6.2). En digital omsorgsstilling kan også være et mindre fysisk krævende job, som potentielt kan fastholde ældre plejepersonale.
- Undersøg mulighederne for at anvende kompetencefondenes midler til efteruddannelse i forbindelse med bedre digital sundhed (jf. model 6.5). Det gælder både plejepersonale og læger. Digital sundhed er et attraktivt emne for mange, og det kan bidrage til, at flere tager efteruddannelse.
- Uddannelserne bør bl.a. dække digital dannelse, håndtering af etiske dilemmaer og digital inklusion af ressourcetsvage borgere. Uddannelserne bør desuden primært være online, så de kan tilgås af sundhedsfaglige i hele landet og understøtte en fælles tilgang til digital sundhed, og med lokal, praksisnær træning (jf. model 6.4).



Rygdækning til risici ved svære dilemmaer

- Politikere og topledere i sundhedsvæsenet skal gå foran med svar på svære etiske dilemmaer ved digital sundhed, hvilket giver sundhedspersonalet rygdækning til deres arbejde. Gør det tydeligt, hvilke ansvar for risici der tages nationalt, og hvilke der fortsat ligger hos sundhedspersonalet.
- Dilemmaer inkluderer f.eks. afvejning af evidens i forhold til implementeringshastighed. Hvor evidensbaserede skal digitale løsninger være, hvis alternativet er ingen behandling og lange ventelister, så længe teknologien er patientsikker?
- Dilemmaer inkluderer også f.eks., om digital sundhed må være målrettet ressourcestærke for at frigøre kapacitet til ressourcetsvage (selv om det øger uligheden på kort sigt), risici ved oversete behov ved digital triagering og monitorering, ansvaret for AI i behandling og beslutningsstøtte m.v.

Digital inklusion af borgere og sundhedspersonale

- Digitale sundhedsløsninger udvikles ofte med borgere og sundhedspersonale, som har et højt niveau af motivation og digital kompetence.
- Det bør sikres, at løsningerne som en del af deres evaluering afprøves med digitalt svagere grupper af borgere og sundhedspersonale, herunder sundhedspersonale, som spænder over flere sygdomsområder og dermed også teknologier (f.eks. sygeplejersker i små kommuner). Dette stiller større krav til brugervenlighed og er en forudsætning for både faglig tryghed, lige adgang til sundhed og effektiv implementering efterfølgende.
- Hvis sundhedsløsninger udvikles til ressourcestærke borgere (for at frigøre menneskelig kapacitet til ressourcetsvage), skal det være et bevidst og tydeligt valg.

Overblik over patientsikre og validerede digitale sundhedsløsninger

- Myndigheder bør validere og blåstempe digitale sundhedsløsninger (jf. model 1.2), så sundhedsfaglige let kan finde og anvende sikre og effektive digitale løsninger – og adskille dem fra de titusinder af tilgængelige digitale sundhedsløsninger af varierende kvalitet, som borgere i vid udstrækning allerede bruger.



Anbefaling 10: Kapacitetsfrigørende digitale sundhedsløsninger skal opprioriteres på den politiske dagsorden

Kortlægningen har vist:

- Manglende (lands)politisk italesættelse og interesse for teknologiaspektet i spørgsmålet om kapacitetsfrigørelse og bedre patientforløb, da teknologi er sværere at formidle til vælgere end f.eks. flere sygeplejersker.
- Manglende fælles prioritering igennem sundhedsvæsenets politiske og ledelsesmæssige lag. Og manglende lokal prioritering af nationale digitale strategier på sundhedsområdet.
- Virksomheder og investorer ændrer deres fokus væk fra det danske sundhedsvæsen og hen til udlandet eller andre sektorer. Dette er taget til i 2023.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Gennem politisk opmærksomhed og fokus skabes et stærkt momentum for den nødvendige digitale transformation af sundhedsvæsenet, både hos ledere, sundhedspersonale, borgere og patienter og private aktører. Et stærkt politisk fokus vil genskabe investorers og virksomheders villighed til at investere i sundhedsvæsenet.

Toppolitisk forankring for digital sundhed

- Vi kan ikke rekruttere os ud af arbejdskraftsmanglen, og omstilling til et digitalt, sammenhængende sundhedsvæsen vil kræve en massiv indsats vedrørende forandringsledelse, kulturforandring og nedbrydning af barrierer. Uden politisk lederskab og viljestyrke bliver denne transformation tæt ved umulig at gennemføre.
- Det kræver derfor, at politikere både nationalt, regionalt og kommunalt påtager sig et ansvar for at italesætte kapacitetsfrigørende (digital) sundhedsteknologi, på samme måde, som grøn teknologi indgår i den politiske diskussion om klima og CO₂.
- Et stærkt politisk engagement vil øge sandsynligheden for, at private fonde og investorer satser og investerer i området, hvilket fremmer både innovation, prisreduktion og udbredelse – herunder uddelingsfonde (jf. model 3.3) og investeringsfonde og pensionskasser (3.4). Dette kræver endvidere en aktiv politisk indsats og dialog med de private aktører fra (top)politisk side.

Internationalt politisk udsyn

- Danmark kommer ikke til at kunne innovere den bedste teknologi til alle vores behov, da vi i kraft af vores lands størrelse er begrænset af både antal ansatte og budgetter.
- Gør det derfor til et politisk mål, at Danmark bliver verdensmestre i import og genanvendelse af udenlandske digitale sundhedsløsninger, særligt fra nordiske og andre ledende digitale lande, som også prioriterer kvalitet, evidens og etik. Det handler om systematisk at være dygtig som land til at overvåge, importere, oversætte og tilpasse udlandets bedste digitale løsninger.
- Dette er afgørende, hvis Danmark skal have maksimal sundhed og kapacitetsfrigørelse for investeringerne i digitale sundhedsløsninger, da genanvendelse koster en brøkdel af egen udvikling.
- Dette er uddybet i anbefaling 13.



Anbefaling 11: Finansierings- og incitamentsstrukturer skal fremme genanvendelse af andres digitale sundhedsløsninger

Kortlægningen har vist:

- Markant bedre finansieringsmuligheder og incitamentter (herunder anerkendelse og eksponering) til udvikling af nye projekter end til implementering, gevinstrealisering og udbredelse. Det er lettere at få et fondsprojekt til udvikling af egen løsning end at opnå finansiering til at genanvende en løsning fra et andet hospital eller kommune, og det modarbejder ønsket om mest mulig sundhed for sundhedsvæsenets ressourcer.
- Budget- og økonomimodeller er forskellige på tværs af organisationer, hvilket besværliggør udbredelse. De understøtter desuden ikke de bedste beslutninger på mellemlang og lang sigt. Ressourcer til implementering, gevinstrealisering og udbredelse kan sjældent findes tilstrækkeligt i kernerdriften uden kortsigtede besparelser, herunder afskedigelse af personale.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Finansierings- og incitamentsstrukturer skal understøtte implementering og genanvendelse af andres digitale sundhedsløsninger, således at Danmark opnår hurtig og størst effekt af modne digitale sundhedsløsninger.

Finansiering skal primært understøtte genanvendelse

- Vend den nuværende model om. Det skal være klart lettere at finde finansiering til at genanvende andres gode digitale sundhedsløsninger end at udvikle egne. Og det skal være nemmere at finde finansiering til at implementere løsninger i bund og realisere gevinster (herunder kapacitetsfrigørelse) end at udvikle nye.
- Dette kan bl.a. opnås ved at allokere størstedelen af eksisterende offentlige puljer og fonde til implementering og national udbredelse og stille øgede krav til udviklingsprojekter (jf. model 3.1). Desuden bør midler til genanvendelse af andre organisationers løsninger båndlægges igennem økonomiaftaler, hvor pengene løftes ud af egne budgetter og reserveres i en pulje til udmøntning (jf. model 3.7).

Selvfinansierende fond til udbredelse af kapacitetsfrigørende løsninger

- Der bør oprettes en uddelingsfond, som medfinansierer implementerings- og genanvendelsesprojekter med kapacitetsfrigørende potentiale (jf. model 3.9), ligesom KHZG-fonden i Tyskland medfinansierer op til 70 pct. af implementeringsomkostningen til eksisterende teknologier på hospitaler.
- Fonden bør kobles direkte til nationale resultatmål, jf. anbefaling 1, og national programorganisation for støtte til implementering og udbredelse, jf. anbefaling 5.
- Fonden skal selvfinansieres inden for en mellemlang årrække gennem realiserede kapacitetsfrigørende gevinster. Den kan være en tilpasset version af Sundhedsfonden fra 2022-regeringsgrundlaget eller Teknologifonden foreslået af Danske Regioner og Dansk Industri.
- Alternativt kan fonden etableres som lånekapitalfond (jf. model 3.10), hvor pengene tilbagebetales til fonden, i takt med at gevinsterne indfries hen over en årrække, eller som en fælles offentlig og privat investeringsfond (jf. model 3.11).



Incitamentsstrukturer som fremmer gevinster

- Incitamentsstrukturer bør indrettes, så de fremmer den bedste beslutning på som minimum mellemlang sigt (3-5 år).
- Incitamentet inkluderer også styringsmæssige incitamentet, hvor ledere, sundhedspersonale og forskere bør belønnes (målsætninger, bevillinger, anerkendelse, eksponering) for at udbrede viden, for implementering og for resultater. I dag er belønningerne for udvikling og publiceret forskning markant større.
- Respondenter til kortlægningen har foreslået at gøre en procentdel af forskningsbevillinger afhængige af resultater og udbredelse (jf. model 1.13) og indføre et nationalt benchmark af hospitalers og kommuners resultater med implementering og genanvendelse (jf. model 1.10) i lighed med de nationale mål på sundhed og for forskernes konkurrencescore.
- Incitamentsstrukturer er dog komplekse, med flere faldgruber, og vi foreslår en dybere analyse heraf. Denne bør også omfatte gennemgang af principper for budget- og økonomistyring (jf. model 3.8), så de understøtter de bedste beslutninger med flerårigt sigte (f.eks. at de forebygger genindlæggelser) frem for optimering inden for kalenderåret.



Anbefaling 12: Udbudsmodeller skal fremme fælles digital sundhed

Kortlægningen har vist:

- Den nuværende praksis, regler og modeller for udbud opfattes som hæmmende for sammenhængende digital sundhed i Danmark. Det er særligt svært at gennemføre fælles udbud med købsoptioner, hvor andre hospitaler og kommuner kan koble sig på. Alle organisationer skal i udgangspunktet gennemføre egne udbud, da der er tale om separate juridiske enheder.
- Ved at indgå i fælles udbud øges kontraktsummen og dermed kravene til udbudsprocessen (f.eks. når beløbsgrænsen til EU-udbud overstiges), hvilket gør det nemmere at lave mindre lokale indkøb eller egne løsninger.
- Desuden er tilgangen til vurderingskriterier ved indkøb og efterfølgende evaluering af digitale sundhedsløsninger forskellig. Det hæmmer muligheden for genbrug.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Udbudsregler understøtter (ikke hæmmer) fællesskab om indkøb af borgernære digitale sundhedsløsninger, da det giver mest sundhed for pengene.

Fælles og behovsdrevne udbud bliver udgangspunktet

- Behovsdrevne udbud er udgangspunktet for alle aktører på sundhedsområdet (jf. model 1.4) på højt prioriterede områder og i relation til de foreslåede nationale resultatmål, jf. anbefaling 1.
- ”Behovsdrevne” betyder, at udbuddet fokuserer på de udfordringer, som skal løses i borger- og patientforløb, uden at de tekniske løsninger defineres på forhånd. Det er særlig vigtigt, når der er tale om komplekse problemer, f.eks. ved hjemmebehandling af multisyge ældre patienter i områder med begrænset lægedækning.
- Det kræver, at løsningerne leveres af konsortier af danske og udenlandske aktører (offentlige og private), som går sammen for at løse et problem med forskellige komponenter og konkurrerer om at skabe de bedste pakker af løsninger.
- ”Fælles” betyder, at alle aktører nationalt eller i forpligtende fællesskaber om digital sundhed, jf. anbefaling 3 og 4) som udgangspunkt forpligtes til udbuddet og aktivt skal fravælge og begrunde fravalget; opt-out, frem for opt-in.
- Fælles udbud som udgangspunktet hjælper med at overkomme problematikker med købsoptioner og genudbud for at kunne anvende samme løsninger hos (særligt mindre) hospitaler og kommuner, som gerne vil, men ikke har ressourcerne til at gennemføre et eller flere udbud selv. Samtidig puljes ressourcer og kompetencer ved fælles udbud, hvilket giver mindre kommuner og hospitaler en direkte vej til at hægte sig på udbudsprocesser, de ellers ikke ville kunne have gennemført selv.



Genbrug af andres udbud skal være muligt

- Der vil fortsat blive gennemført en væsentlig mængde udbud, som ikke fra starten er fælles. Mulighederne for genbrug af andres gennemførte udbud er i dag begrænsede og besværlige (f.eks. købsoptioner), på trods af et markant ønske.
- Forbedrede rammer og modeller herfor vil fremme udbredelse af de bedste digitale sundhedsløsninger (jf. model 5.4). Det kan f.eks. være at hæve den interne offentlige beløbsgrænse for udbud, når der er tale om genbrug af udbud fra andre hospitaler og kommuner, selvfølgelig hvis leverandøren accepterer.
- Samtidig er der et potentiale i bedre udnyttelse af de eksisterende regler, hvilket kræver en national indsats for bedre og fælles fortolkning.
- Fælles udbud kan desuden fremmes af en ensartet tilgang til udbudsprocesser, business-cases og resultatbaserede leverandørkontrakter i både små og større versioner afhængig af projektets størrelse (jf. model 7.2), samt af fælles juridisk fortolkning og standarder (jf. model 7.1). Det kræver, at centrale aktører (lige nu styrelser, Danske Regioner og KL) fortsat arbejder systematisk på at udbrede en fælles tilgang til udbudsprocesser.



Anbefaling 13: Genbrug af andre landes digitale sundhedsløsninger skal give mere sundhed for pengene

Kortlægningen har vist:

- Danmark genopfinder mange digitale løsninger, som allerede findes hos vores nordiske nabolande og i sundhedssystemer, som ligner vores. Danmark er foran på digital IT-infrastruktur, men bagud på borgernær digital sundhed.
- Danmark har kun adgang til en lille andel af den globale innovationskraft, de bedste hjerner og finansiering til digital sundhedsudvikling.
- Danmark er på afgørende områder for digital sundhed på vej til at implementere processer, klassifikationer og kriterier, som er afkoblet igangværende europæiske harmoniseringstiltag og kommende EU-forordninger. Derfor er Danmark lige nu ikke et attraktivt marked for udenlandske løsninger, da vi også har eget sprog og lille befolkning. Hvis vi ikke skal gå glip af fremtidens bedste løsninger, bliver vi nødt til at gøre os mere attraktive.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: At det danske sundhedsvæsen får adgang til de bedste udenlandske digitale sundhedsløsninger, og at både indkøbere og beslutningstagere får et let tilgængeligt overblik pr. behov, inden eget indkøb og udvikling.

Importer, oversæt og tilpas de bedste digitale sundhedsløsninger fra udlandet

- Hvis Danmark skal have størst mulig gevinst af investeringerne, bør Danmark blive markant bedre til systematisk at finde, importere, oversætte (sprog og kontekst), tilpasse og implementere de bedste løsninger fra udlandet. Vi skal også blive bedre til at afsøge potentialet i internationale AI-løsninger med høj kvalitet og fra troværdige lande, som vi kan træne med danske datasæt, frem for at udvikle egne fra bunden.
- Denne opgave bør forankres i den foreslåede nationale koncern for sundhedsinnovation, jf. anbefaling 6, samt hos sundhedsmyndighederne.
- Det bør være en standardpraksis at undersøge, om tilsvarende er udviklet og valideret i udlandet, inden Danmark investerer i egne forsknings- og udviklingsprojekter (jf. model 1.13). Det gælder særligt løsninger fra nordiske lande og fra Storbritannien. Men også i lande som Frankrig og Tyskland er der udviklet en række evidensbaserede og myndighedsgodkendte digitale sundhedsløsninger, f.eks. digitale sundhedsapps til børn og unge med angst og depression og til rygestop, som i dag ikke findes færdigudviklet i Danmark.

Genanvend metoder og standarder fra andre EU-lande

- Andre europæiske lande har afsat massiv finansiering til at udarbejde metoder og standarder for digital sundhed, herunder udvælgelse, vurdering, godkendelseskriterier, måling og implementering, og som indfrier bl.a. GDPR, MDR, AI-forordningen og HTAR-2025. Desuden findes velvaliderede rammeværk for bl.a. vurdering af digital sundhedsteknologi og evidens i f.eks. England (ESF-framework).



- Danmark bør afsøge muligheden for at genbruge og tilpasse disse standarder, inden egne standarder udvikles fra bunden, hvilket ofte er praksis. Det muliggør effektiv udveksling af digitale løsninger med andre ledende digitale lande. Og det gør samtidig Danmark til et mere attraktivt og oplagt marked for de bedste digitale sundhedsløsninger fra udlandet, som kan genbruge deres certificeringer og godkendelser efter europæiske standarder.
- EU er i fuld gang med harmoniseringstiltag og arbejdsgrupper i relation til Digital Medical Device (DMD), hvor løsninger blåstemples af myndigheder og kan ordineres ligestillet med medicin af læger (jf. model 1.2). Flere lande er langt fremme, bl.a. Frankrig og Tyskland, og harmoniseringen betyder, at de lettere kan udveksle de bedste løsninger, når de er myndighedsgodkendt af andre lande. Danmark er lige nu afkoblet fra de harmoniseringstiltag og bør i større grad satse på deltagelse.



Bilag: Udvalgte dele af rapporten



Noter om anbefalingerne

Anbefalingerne kan ses i forlængelse af Robusthedskommissionens anbefalinger, særligt de tre anbefalinger om digital sundhed (deres anbefaling 6, 7 og 8), og kan på nogle områder ses som forslag til implementering heraf.

Digital sundhed er ikke et mål i sig selv

Anbefalingerne bygger på kortlægning af, hvordan vi igennem digitale sundhedsløsninger kan skabe et sammenhængende og samarbejdende dansk sundhedsvæsen til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen. Derfor er anbefalingerne forsøgt afgrænset til organisering, struktur og forudsætninger i forhold til digital sundhed.

Det må dog ikke forstås sådan, at digital sundhed er et mål i sig selv: De vigtigste målsætninger for rapporten er bedre borger- og patientforløb samt at bidrage til at løse kapacitetsudfordringerne. Digital sundhed er alene et middel hertil.

Digital sundhed skal integreres i sundhedsvæsenet i øvrigt

Det er også vigtigt, at Danmark ikke får ét digitalt sundhedsvæsen og ét analogt sundhedsvæsen. De to skal samtænkes grundigt, også selv om rapporten kun peger på strukturelle løsninger til den digitale del. Digital sundhed skal som udgangspunkt lægges ind i den organisering og struktur, som besluttes for sundhedsvæsenet generelt, f.eks. som del-element i forpligtende fællesskaber om behandling og populationsansvar.



Strukturelle løsninger kan løse en del, men ikke alt

Struktur og organisering kan danne rammerne, men ikke erstatte god ledelse med fokus på forandringer og kultur. Anbefalingerne foregiver ikke at løse alle de identificerede udfordringer og barrierer.

Tidshorisonten for omstilling er mellemlang

Anbefalingerne til organisering og struktur (de første 8 anbefalinger) er skabt med en mellemlang tidshorisont for implementering og med en gradvis overgang for øje. Det vurderes f.eks. ikke hensigtsmæssigt at udskifte al eksisterende IT-infrastruktur, i sammenligning med at binde systemerne bedre sammen og indtænke nye principper i fremtidige indkøb.

Anbefalingerne er byggeklodser i forskellige strukturer

Alle anbefalinger er tænkt og designet, så de kan passe ind i forskellige strukturer for sundhedsvæsenet. Anbefalingerne komplementerer hinanden, men delelementer kan implementeres selvstændigt, hvor rækkefølgen i implementering og tidshorisont for anbefalingerne også afhænger af den valgte struktur for sundhedsvæsenet i øvrigt.

Anbefalingerne er retningsgivende, ikke endegyldige

Rapporten og dens anbefalinger er baseret på perspektiver fra mange dygtige ledere, ansatte og eksperter inden for sundhed og digitalisering. Området er dog enormt komplekst, og indholdet til hver anbefaling kunne være gennemgået med samme dybde, antal respondenter og litteratur, som har været grundlaget for hele rapporten.

Anbefalingerne skal derfor ses på et strategisk og retningsgivende niveau, hvor hvert tema skal afdækkes dybere inden beslutning og implementering.

Anbefalingerne er udarbejdet med en svær afvejning af fordele og ulemper ved hver løsningsmodel, og potentielle ulemper (risici) ved hver løsningsmodel fremgår af beskrivelserne i del 4. Vi har forsøgt at tænke fordomsfrit og ikke tage hensyn til særlige organisatoriske og kommercielle interesser.

Der har ikke i alle tilfælde været enighed blandt kortlægningens 53 respondenter og 12 kvalificerende taskforce-medlemmer (på tværs og indbyrdes). Alle input er taget til efterretning, og de peger på, at der kan være mere end én løsning på de forskellige barrierer.

Vi håber derfor, at anbefalingerne igangsætter en energisk diskussion og debat, hvor fordele og ulemper, nuancer og ideer kommer frem, selvfølgelig baseret på faglige argumenter frem for organisatoriske og kommercielle interesser. Alle er velkomne til at anvende rapportens kortlagte barrierer og løsningsmodeller til at frembringe egne anbefalinger.

Sammenhæng imellem anbefalinger

Forskellige typer af teknologi og modenhed kræver forskellige strukturelle løsninger

Den optimale løsning til implementering og udbredelse af borgernære digitale sundhedsløsninger (f.eks. en digital genoptræningsplatform) er ikke den samme som den optimale løsning for effektiv IT-infrastruktur (f.eks. EPJ og bookingplatform). IT-infrastruktur bør være det store containerskib, som skal fungere effektivt, solidt og fuldt koordineret. Og de borgernære løsninger bør være som containere, der let og enkelt skal kunne afprøves og erstattes både lokalt og nationalt. Samtidig kan den type af strukturelle løsninger, som skal til for effektivt at implementere og udbrede modne teknologier og produktudvikling, potentielt kvæle tidlig innovation (behovsafdækning og potentialevurdering).

Derfor sondrer anbefalingerne imellem:

- Implementering og udbredelse af borgernære digitale sundhedsløsninger (anbefaling 2, 3, 4, 5 og 8)
- IT-infrastruktur (anbefaling 6)
- Tidlig innovation (anbefaling 7)
- Produktudvikling af nye digitale sundhedsløsninger (anbefaling 6 og 8).

Anbefalingerne bindes sammen af bagvedliggende principper

Ved kortlægningen af løsningsmodeller har særligt fire principper været gennemgående i dialogen om at skabe et mere sammenhængende og samarbejdende digitalt sundhedsvæsen:

- Forpligtende fællesskab om digitale borger- og patientforløb
- Øget koncerntænkning (ikke nødvendigvis centralisering)
- Afgrænsede kerneopgaver med stærkere ledelsesmæssigt fokus
- Mål og krav i samspil med attraktive støtteordninger.

Om organiseringen skal være national eller decentral, afhænger af, hvordan principperne bedst kan indbygges i fremtidens struktur.

Forpligtende fællesskaber om borger- og patientforløb betyder, at flere aktører skal arbejde sammen om digital sundhed, hvor kompetencer og ressourcer puljes i forhold til design af borger- og patientforløb, genanvendelse af andres løsninger og implementering. I anbefalingerne indgår princippet bl.a. i fælles digital strategi og resultatmål for hele sundhedsvæsenet (anbefaling 1), digital indgang til sundhedsvæsenet (anbefaling 2), fælles digitalt design af digitale borger- og patientforløb (anbefaling 3) og fælles telemedicinsk populationsansvar (anbefaling 4).



Øget koncerntænkning betyder, at en let overordnet ledelsesstruktur sikrer sammenhæng og samarbejde på afgørende områder, men hvor lokal tilstedeværelse og forankring sikres igennem datterselskaber og ejerskab. Koncerntænkning betyder dermed ikke én stor, tung centraliseret organisation, som risikerer at være langt væk fra praksis. Det gælder særligt de understøttende funktioner for sundhedsinnovation, IT-infrastruktur og sundhedsteknologisk jura (anbefaling 6), som refererer til en national bestyrelse for digital sundhed (jf. anbefaling 1).

Afgrænsede kerneopgaver med stærkere ledelsesmæssigt fokus betyder, at kerneopgaver opdeles og afgrænses, således at deres ledelser får et stærkere og mere entydigt fokus og incitament til at lykkes. Anbefalingerne lægger op til, at kliniske miljøer får et fokus på behovsafdækning og potentialevurdering (jf. anbefaling 7), mens produktudvikling og udbredelse løftes ud i særskilte selskaber (jf. anbefaling 8) og koordineres nationalt (jf. anbefaling 6).

Mål og krav i samspil med attraktive støtteordninger betyder, at der skal skabes en fælles bevægelse henimod samme mål (skal-opgave), men at det samtidig skal være det oplagte og attraktive valg at indfri de mål og krav. "Nationalt" betyder ikke nødvendigvis tvang; fremdrift kan skabes igennem incitament. I anbefalingerne lægges op til en national digital strategi og til resultatkrav (jf. anbefaling 1), som kobles direkte til attraktive støttemuligheder i form af indkøbs- og implementeringsstøtte (jf. anbefaling 5) og finansielle støttemuligheder til implementering (jf. anbefaling 11).

Nye eller eksisterende organisationer?

Ansvar for opgaver defineret i anbefalingerne kan potentielt løftes af eksisterende organisationer (f.eks. Sundhed.dk, Sundhedsfonden eller Amgros) og strukturer (f.eks. sundhedsklyngerne). Vi har ikke i anbefalingerne taget direkte stilling hertil, da det bør bero på en efterfølgende analyse og politisk beslutning.

På næste side ses et overblik over, hvilke vigtige temaer i relation til digital sundhed som håndteres i hvilke anbefalinger (henholdsvis nationalt og decentralt).

Kortlægning af barrierer

På denne og næste side ses et overblik over de 39 kortlagte barrierer for sammenhæng i og samarbejde om digitale sundhedsløsninger i Danmark. Barriererne er inddelt i fire hovedgrupper (A til D), og hver barriere uddybes i denne del af rapporten. Barriererne har været vigtige til rammesætning og prioritering af rapportens anbefalinger og løsningsmodeller.

Oversigt over kortlagte barrierer

A. Sammenhæng på tværs

Arbejdsgange	A1 Forskellige opfattelser af behov og prioritet ift. samme behandling A2 Forskellige processer og organisering ift. samme behandling
---------------------	--

Prioritering	A3 Manglende politisk prioritering af digital sundhed A4 Forskellig prioritering på hhv. politisk og ledelsesmæssigt niveau A5 Tendens til at påbegynde nye projekter, før nuværende er implementeret og har skabt gevinster A6 Manglende lokal prioritering A7 'Not-invented-here': Territoriel rivalisering
---------------------	--

Beslutningsprocesser	A8 Egne organisatoriske interesser fylder i beslutningsfora A9 Nationale beslutningsprocesser fungerer ineffektivt A10 Forskelligartede beslutningsprocesser og vurderingskriterier
-----------------------------	--

Nationale strategier	A11 Manglende kendskab til nationale digitaliseringsstrategier A12 Nationale digitaliseringsstrategier og mål forpligter ikke tilstrækkeligt A13 Simplere at lave egne digitale løsninger end at indgå i nationale
-----------------------------	---

B. Finansiering

Implementering og udbredelse	B1 Begrænset adgang til implementerings- og udbredelsesmidler via fonde og puljer B2 Manglende incitament til udbredelse
-------------------------------------	---

Økonomistyring	B3 U hensigtsmæssige budget- og økonomistrukturer B4 Forskellig budget- og økonomistyring B5 U hensigtsmæssig afregning
-----------------------	--



Oversigt over kortlagte barrierer (fortsat)

C. Indkøb, jura & IT-landskab

Overblik og kompetencer	C1 Manglende overblik over modne digitale sundhedsløsninger C2 Mangel på internationalt udsyn C3 Manglende kompetencer til at gennemskue digitale sundhedsløsninger og leverandører C4 Manglende kompetencer til effektivt indkøb
--------------------------------	--

Udbud	C5 U hensigtsmæssig udbudslovgivning og implementering af udbud
--------------	--

Jura	C6 Kraftigt stigende juridisk kompleksitet C7 Forskellige juridiske fortolkninger og processer C8 Juridiske stopklodser for udveksling af teknologier
-------------	--

IT-landskabet	C9 Manglende sammenhæng og åbenhed i IT-systemer C10 Tunge IT-organisationer
----------------------	---

D. Implementering

Digitale kompetencer	D1 Digitale kompetencer hos sundhedsprofessionelle D2 Digitale kompetencer hos ledelse D3 Digitale kompetencer hos patienter og borgere
-----------------------------	--

Teknologi- forbehold	D4 Teknologiforbehold hos sundhedspersonale D5 Teknologiforbehold hos ledelse
---------------------------------	--

Forankring	D6 Ineffektive implementeringsprocesser D7 Mangel på gennemgribende forandringsledelse D8 Manglende evaluering af forsknings- og udviklingsprojekter
-------------------	---

Personlig risiko og interesser	D9 Følelse af personlig risiko ved brug af digitale sundhedsløsninger i behandling D10 Personlige interesser D11 Risikoaversion i forbindelse med ledelse af IT-projekter
---------------------------------------	--



Kortlægning af løsningsmodeller

Denne del skaber overblik over kortlagte strukturelle løsningsmodeller for udbredelse af modne digitale sundhedsløsninger i Danmark. Rapportens 13 anbefalinger (del 1) bygger direkte på prioriterede løsningsmodeller.

Løsningsmodellerne er grupperede i:

1. Mål og krav
2. Organisering
3. Finansielle strukturer
4. Overblik over behov og teknologi
5. Sammenhængende jura og IT-landskab
6. Uddannelse, implementering og forandringsledelse
7. Evaluering

Hver løsningsmodel er detaljeret beskrevet i denne del, med tilhørende cases og risici (ulemper). I nogle tilfælde er der ikke identificeret cases eller risici ved selve kortlægningen, selv om sådanne eksisterer.

Health Tech Hub Copenhagen er ikke nødvendigvis enig i samtlige af løsningsmodellerne, men har formidlet alle forslag, som er underbygget af flere respondenter, undersøgelser eller cases.



1. Mål og krav

Oversigt over kortlagte løsningsmodeller

Centralt fastsat	<ul style="list-style-type: none">• 1.1: Nationale udbredelsesprogrammer• 1.2: National blåstempling af digitale sundhedsløsninger	<ul style="list-style-type: none">• 1.4: Nationale behovsdrevne udbud på udvalgte behandlingsområder	<ul style="list-style-type: none">• 1.9: Bindende nationale resultatmål for digital sundhed• 1.10: Krav til hospitaler og kommuner om øget digitaliseringsmodenhed• 1.11: Lovbestemt digitalisering
	<ul style="list-style-type: none">• 1.3: Nationale digitaliseringskonkurrencer og -priser	<ul style="list-style-type: none">• 1.5: Digital behandling som designkrav i kliniske retningslinjer og pakkeforløb• 1.6: Digital omstilling som fast element i direktørers resultatkontrakter• 1.7: Digital triagering og behandling som førstevalget for de fleste borgere	<ul style="list-style-type: none">• 1.12: Fælles prioritering igennem økonomiaftaler
	Decentralt fastsat		<ul style="list-style-type: none">• 1.8: Lokale implementerings- og udbredelsesstrategier med resultatmål
Opfordring			Krav



2. Organisering

Oversigt over kortlagte løsningsmodeller

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Central organisering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2.1: Modernisering af fælles indkøbsorganisationer • 2.2: Øget mandat og ressourcer til programledelse og udbredelse hos statslige styrelser • 2.3: Optimering af eksisterende governance ved nationale projekter 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.8: To digitale styregrupper, i Østdanmark og Vestdanmark • 2.9: Sammenlagte innovationsenheder • 2.10: Sammenlagte IT-organisationer • 2.11: Sammenlagte juridiske enheder 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.17: National programorganisation for udbredelse af digital sundhed • 2.18: Styrelse for Sammenhængende Borger- og Patientforløb
	<ul style="list-style-type: none"> • 2.4: National porteføljestyring med udbredelsesansvarlig kommune eller hospital • 2.5: Geografisk ansvar for de stærkeste hospitaler og kommuner 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.12: Nationale arbejdsgrupper på prioriterede kliniske områder • 2.13: Forpligtende teknologifællesskaber med implementerings- og udbredelsesansvar • 2.14: Digitale centers-of-excellence for hvert prioriteret behandlingsområde 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.19: Telemedicinske fællesskaber med populationsansvar • 2.20: Nationalt ekspertcenter for indkøb og implementering af digital sundhed
	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Decentral organisering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2.6: Entydigt ledelsesmæssigt ansvar for digitalisering af borger- og patientforløb • 2.7: Udgående tværfaglige implementeringsteams 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.15: Outsourcing af digital udvikling til universiteter eller private • 2.16: Outsourcing af digital forebyggelse til forsikring og pension
	<p>Eksisterende organisering</p>		<p>Ny organisering</p>



3. Finansielle strukturer

Oversigt over kortlagte løsningsmodeller

Centralt udmøntet	<ul style="list-style-type: none">• 3.1: Øgede krav fra eksisterende offentlige fonde og puljer	<ul style="list-style-type: none">• 3.5: Udviklingsbudgetter til teknologi sammenlægges	<ul style="list-style-type: none">• 3.9: Digitaliserings- og udbredelsesfond til national udbredelse• 3.10: Lånekapitalfond til udbredelsesprojekter
	<ul style="list-style-type: none">• 3.2: Økonomisk praksis på tværs af organisationer ensrettes	<ul style="list-style-type: none">• 3.6: Øget finansiering til foregangskommuner- og hospitaler• 3.7: Midler til udbredelse båndlægges igennem økonomiaftaler	<ul style="list-style-type: none">• 3.11: Effektiviseringsfond til national udbredelse
	<ul style="list-style-type: none">• 3.3: Private uddelingsfonde inspireres til at have øget fokus på implementering og udbredelse• 3.4: Investeringsfondes og pensionskassers incitament for investeringer øges	<ul style="list-style-type: none">• 3.8: Budget- og økonomistyring designes til at fremme langsigtede investeringer	
Decentralt udmøntet	Eksisterende struktur	Ny struktur	

4.–7. Andre temaer

Dette afsnit omhandler løsninger på nogle af de væsentligste af de kortlagte barrierer, som har et specifikt fokus i forhold til bedre digital sundhed. Løsningsmodellerne er inddelt i fire temaer, som ses nedenfor.

Oversigt over kortlagte løsningsmodeller:

TEMA	KORTLAGTE LØSNINGSMODELLER
4. Overblik over behov og teknologi	<ul style="list-style-type: none"> • 4.1: Fælles behovsafdækning før nye projekter • 4.2: Analyse af eksisterende teknologi før nye projekter • 4.3: Nationalt overblik (database) over igangværende projekter for digitale sundhedsløsninger
5. Sammenhængende jura & IT-landskab	<ul style="list-style-type: none"> • 5.1: Fælles juridiske standarder, fortolkning og løsninger for GDPR, MDR, datadeling og AI • 5.2: Fælles national IT-infrastruktur for (journal)systemer uanset antal • 5.3: Stærkere krav til nemme integrationer for journalsystemer • 5.4: Gentænkning af udbudslovgivningen og implementeringen heraf
6. Uddannelse, implementering og forandringsledelse	<ul style="list-style-type: none"> • 6.1: Bedre integration af praksisnær digital sundhed på uddannelserne • 6.2: Ny uddannelse og stilling for digitale hjælpere/behandlere • 6.3: National uddannelse i digital implementering og forandringsledelse • 6.4: Sundhedsfaglig uddannelse i digital sundhed, som udbydes online for national rækkevidde • 6.5: Kompetencefonde, som anvendes til digital kompetenceudvikling
7. Evaluering	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1: Standard for vurdering af digitale sundhedsløsninger • 7.2: Øget resultatfokus i leverandørkontrakter • 7.3: Bedre strukturer til at understøtte effektive vurderinger • 7.4: Adgang til evidens accelereres med midlertidige godkendelser af digitale sundhedsløsninger