



Fondsansøgning – Bedre sundhed for alle børn og unge gennem en landsdækkende database for børn og unges sundhed (LDBU)

Baggrund

De fleste børn og unge i Danmark lever et godt liv med familie og venner, samt institution eller skole. På flere parametre går det dog den forkerte vej for børn og unges sundhed og trivsel. En af udfordringerne for børnesundheden i Danmark er den store andel børn og unge med overvægt. En nylig rapport viser, at blandt børn i 6- til 10-månedersalderen er forekomsten af overvægt fem procent, mens den tilsvarende forekomst er 14 procent blandt børn i indskolingsalderen og 19 procent blandt unge i udskolingsalderen (1). Herudover er mentale helbredsproblemer udbredte blandt børn og unge (2,3). Det samme gælder motoriske problemer og forsinket sprogudvikling. Hver dag begynder 40 danske unge at ryge, og danske unge har rekord i indtag af alkohol (4,5). Mistrivsel og sundhedsproblemerne er desuden ulige fordelt. Risikoen for, at man som barn og ung mistrives eller har en u hensigtsmæssig sundhedsadfærd, er fx højere, jo lavere uddannelse ens forældre har (6,7).

Sundheds- og trivselsproblemer hos børn og unge rammer ikke kun den enkelte familie nu og her, men kan trække lange spor ind i voksenlivet og øge den sociale ulighed i sundhed. En tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats er derfor en effektiv investering i folkesundheden. Sundhedsplejen i kommunerne, personalet på føde- og børneafdelinger i regionerne og de praktiserende læger gør allerede en stor forskel i mødet med børnene og familierne. Men mange kliniske observationer forbliver i den enkelte patientjournal. For at sikre fortsat udvikling af kvaliteten i praksis er der et stort potentiale i at udvikle på den måde journaldata bliver anvendt.

I Danmark eksisterer en række databaser og registre, som indsamler data om børn og unges sundhed. Database Børns Sundhed (DBS) indeholder data fra sundhedsplejerskernes journaler fra hjemmebesøg i graviditeten, barnets første leveår, samt fra indskolingsundersøgelsen og udskolingsundersøgelsen. Den drives i et samarbejde mellem de ledende sundhedsplejersker og Statens Institut for Folkesundhed (SIF). 33 ud af 98 kommuner betaler for at være med og indberetter oplysninger til databasen. At kommunerne selv skal finansiere at være med i DBS er på nuværende tidspunkt den væsentligste barriere for, at databasen kan rulles ud til alle kommuner.

Den Nationale Børnedatabase er et register i Sundhedsdatastyrelsen, som indeholder oplysninger om fire variable for alle danske børn: højde og vægt fra indskolings-, mellemtrins- og udskolingsundersøgelserne, om nyfødte bliver udsat for tobaksrøg i hjemmet samt ammeperiodens længde på baggrund af sundhedsplejerskernes journaler fra hjemmebesøg i barnets første leveår. Det er obligatorisk for alle kommuner at indberette disse fire oplysninger til registret og dækningsgraden er derfor høj.

Herudover findes Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler og Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte, der henter data om alle fødsler og nyfødte (ca. 60.000 om året) fra Landspatientregisteret og det Centrale Personregister. De to kvalitetsdatabaser drives af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Der udover findes data om graviditet, børn og unges sundhedsyndelser i den nye elektroniske vandrejournale, som i 2022 er under afprøvning, samt i sygesikringsregistret, Det Medicinske Fødselsregister og elektroniske patientjournaler.



Data på børneområdet er således på nuværende tidspunkt fragmenteret. Validitet og kompletthed af data i kommuner er desuden præget af stor variation i registreringspraksis mellem kommuner samt brug af forskellige journaludbydere, hvilket begrænser anvendeligheden af data fra de nuværende databaser til kvalitetsudvikling og forskning. Der er derfor behov for at samle, standardisere, validere og konsolidere data i en ny samlet database.

På den baggrund samarbejder DBS, SIF, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening (KL), Sundhedsdatastyrelsen og RKKP om at etablere en klinisk kvalitetsdatabase for børn og unges sundhed i regi af RKKP: Den landsdækkende database for børn og unges sundhed (LDBU). LDBU skal indeholde registrerede data om proces og outcome for børn og unge samt levere valide og tidstro data, som kan være til gavn for kvalitetsforbedringer i praksis og forebyggelsesarbejde lokalt, regionalt og nationalt – ikke mindst på tværs af sektorer. Data fra LDBU kan desuden videregives til forskningsformål, hvormed der er en enestående mulighed for banebrydende forskning inden for børn og unges sundhed.

Vision

Den overordnede vision er, at alle børn og unge er sunde og trives. Den landsdækkende database for børn og unges sundhed (LDBU) skaber viden, der kan bruges til at forbedre sundheden for alle børn og unge med fokus på at fremme sund vægtudvikling og mindske social ulighed i sundhed.

Formål

Formålet med LDBU er at etablere en klinisk kvalitetsdatabase med en komplet børnepopulation fra før fødsel og til 15 år, der indeholder indikatorer, som er relevante for de faglige miljøer, bl.a. med udgangspunkt i "Anbefalinger for svangreomsorgen" og "Vejledning for de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge". I nærværende projekt indgår data fra registre, databaser og den kommunale sundhedspleje, hvor en væsentlig aktivitet er at standardisere og samle data fra alle 98 kommuner. Der arbejdes for på sigt at inddrage data fra praktiserende læger. Med projektet ønskes følgende formål opnået:

- At standardisere og automatisere journaldata fra sundhedsplejen, samt koble data fra sundhedsplejen med eksisterende databaser og registre på fødeområdet i en samlet klinisk kvalitetsdatabase (LDBU)
- Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i datadrevet kvalitetsudvikling og systematisk registrering
- Levering af relevante, valide og tidstro data, der som minimum månedligt sendes retur til praksis sammen med forskningskommenteret viden baseret på data.
- At databasen leverer data til forskningsprojekter og muliggør banebrydende forskning om børn og unges sundhed

Projektets merværdi

LDBU-projektet vil med en moderne og fremtidssikret infrastruktur sikre, at viden om børn og unge valideres og stilles til rådighed til faglige miljøer i én samlet klinisk database.

Ved at koble indberetninger fra eksisterende registre og databaser med systematiske og kvalitetssikrede procesdata fra sundhedsplejerskerne, føde- og børneafdelingerne samt de praktiserende læger bliver det muligt at følge sundhedsforhold og risikofaktorer fra graviditeten og til 15-års alderen. En del af projektet omhandler desuden at sikre, at der leveres standardiserede og kvalitetssikrede data fra sundhedsplejen i alle landets 98 kommuner.

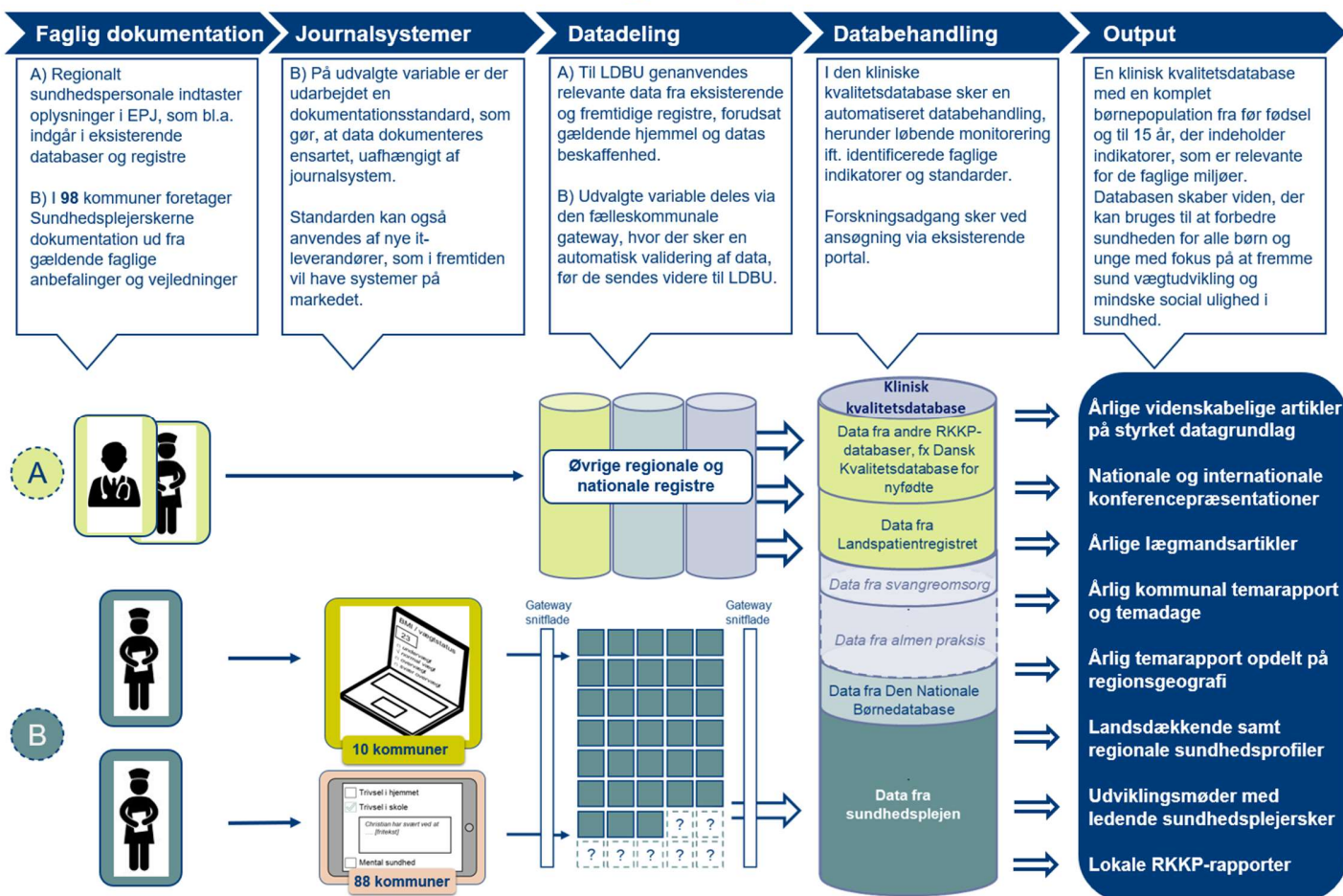


Hermed får sundhedspersonalet bedre mulighed for læring og forbedring af praksis. Samtidig vil kommuner, regioner og stat få systematisk viden om de sundhedsfaglige ydelser, der leveres til børn og unge. Databasen vil også give et unikt grundlag for at målrette og følge sundhedsfremmeindsatser med henblik på at opnå sund vægtudvikling og størst mulig sundhed og trivsel blandt alle børn og unge, hvilket kan være med til at mindske uligheden i sundhed.

En landsdækkende database vil desuden give værdifulde nye forskningsmuligheder. Muligheder som vi ikke har i dag til trods for, at mange af databasens data findes i forvejen. For det første har den nye database betydelig vægt på valideringsstudier og udvikling af datas validitet. For det andet vil databasens størrelse med forløbsdata for flere hundrede tusinde børn give mulighed for mere specifikke forskningsprojekter, fx præcis afgrænsning af risikofaktorer for overvægt og studier af sjældne og specifikke udfald, fx psykiatriske differentialdiagnoser. For det tredje vil en landsdækkende database give unikke muligheder for opfølgning på interventionsstudier og naturlige eksperimenter. For det fjerde vil den indbyggede nære relation til praksis sikre høj klinisk relevans i forskningen, og at der er kort vej fra forskning til udvikling af praksis. For det femte vil en samlet database være lettere at arbejde med for forskerne end den nuværende besværlige procedure med kobling af flere registre.

Projektets merværdi er illustreret i nedenstående figur:

Landsdækkende Børn- og Ungedatabase





Forventet indhold i LDBU

Det er en del af projektet at definere datakilder og endelige variable, som skal indgå i databasen. Det forventes, at følgende områder vil være indeholdt i LDBU:

- Forhold omkring graviditeten, herunder deltagelse i planlagte sundhedsundersøgelser
- Forældres helbred og sundhedsadfærd under graviditeten
- Forhold omkring fødslen, herunder fødselsvægt og -længde, gestationel alder, komplikationer og Apgar-score
- Deltagelse i planlagte sundhedsundersøgelser, herunder vaccination
- Vægt/højde, samt syn og hørelse
- Sygelighed
- Amning/kost
- Fysisk, psykisk og kognitiv udvikling
- Trivsel og mental sundhed
- Regulationsvanskeligheder, fx søvnproblemer
- Tilknytning/kontakt (forældre-barn)
- Forældres psykiske tilstand
- Sundheds- og risikoadfærd (forældre og børn)
- Fællesskaber og trivsel i skolen

Projektets outcomes og impact

Projektets outcomes og impact hænger sammen med projektets vision og formål. Heraf følger succeskriterier og KPI'er. I bilag 1 er dette beskrevet i den logiske model for projektet.

Projektets parter og organisering

Projektet bliver i den treårige projektperiode gennemført i et tæt samarbejde mellem projektets parter. I Bilag 2-7 findes interessetilkendegivelser fra de enkelte parter samt Praktiserende Lægers organisation (PLO).

Projektets parter

RKKP er en tværregional organisation, som driver godt 80 kliniske kvalitetsdatabaser med det formål at levere data og viden til sundhedsvæsenet med henblik på kvalitetsforbedring af de sundhedsfaglige ydelser. RKKP har en bestyrelse, hvis medlemmer er sundhedsdirektørerne for hver af de fem regioner, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen og KL. De kliniske kvalitetsdatabaser er reguleret af Sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser, der giver mulighed for indhentning af oplysninger til brug for kvalitetsudvikling. En klinisk kvalitetsdatabase skal godkendes af Sundhedsdatastyrelsen, hvorefter, der er indberetningspligt for regioner, kommuner, private og institutioner der leverer ydelser til patienter og borgere omfattet af databasen. RKKP er hovedansøger og vil i projektperioden varetage den overordnede projektledelse. RKKP bidrager i projektet med viden og erfaring med at skabe national faglig konsensus om, hvad der er god kvalitet og omsætte det til data og viden via kliniske kvalitetsdatabaser.

Sundhedsplejerskerne i DBS bidrager med praksisviden om, hvordan man anvender data fra en database til kvalitetsudvikling i sundhedsplejen og hvordan, der arbejdes med at højne kvaliteten af data gennem bedre registreringspraksis. Desuden har sundhedsplejersker fra databasen erfaring med at arbejde tæt sammen med forskere. I dette samarbejde kvalificerer børnesundhedsforskere data og sætter det i relation til nyeste viden på området, og sundhedsplejerskerne sikrer at data sættes i relation til sundhedsplejerskernes praksis mhp.



drøftelser af indsatser på tværs af kommuner og i regionen. Dette tætte samarbejde mellem praksis og forskning sikrer, at resultaterne er af høj kvalitet, efterspurgt og anvendelige.

SIF har gennem de seneste 10 år arbejdet tæt sammen med sundhedsplejersker omkring DBS. SIF vil således kunne bidrage med viden om og erfaring med at anvende data fra sundhedsplejen i forskning, samt udvikle kvalitet og validitet af data i samarbejde med sundhedsplejerskerne. Hertil kommer erfaring med at samskabe videnskabelige rapporter med praktikere, hvor fagligt relevante data formidles i kontekst af den nyeste evidens på området og formidles til sundhedsplejersker, kommuner og regioner til brug i planlægning, prioritering og udvikling af sundhedsfagligt arbejde blandt børn og unge i Danmark.

KL repræsenterer alle 98 kommuner. Kommunerne spiller en væsentlig rolle for børns sundhed og trivsel ved at have sunde rammer, hvor børnefamilierne har deres hverdagsliv i dagtilbud, skole og fritidsliv. Familierne får også gennem kontakten til sundhedsplejen en værdifuld støtte, der er med til at fremme børnenes sundhed og trivsel, helt fra fødsel og til barnet fylder 18 år. KL har interesse i at være en del af LDBU, da det vil bidrage til den løbende kvalitetsudvikling af kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende opgaver. KL's hovedansvar i LDBU er at standardisere udvalgte journaldata fra sundhedsplejen, sikre at kommunernes data kan videregives til andre parter (via den Fælleskommunale Gateway, som er kommunernes fælles tekniske løsning til indsamling og deling af data på bl.a. sundhedsområdet), samt medvirke til at bringe den viden, der kommer fra LDBU, tilbage i den kommunale opgaveløsning.

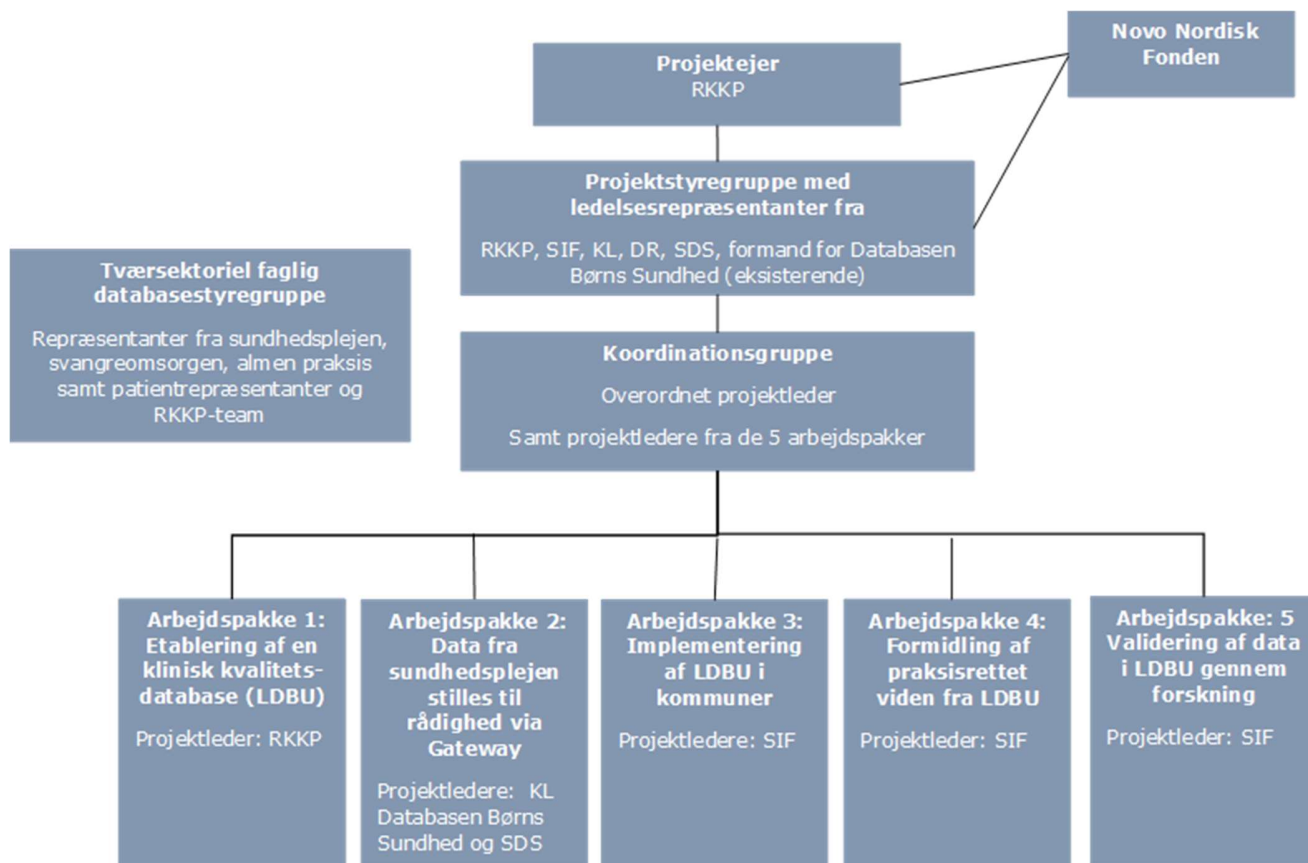
Danske Regioner repræsenterer de fem regioner og spiller en aktiv rolle i udviklingen af sundhedsvæsenet. Danske Regioner arbejder for bedre brug af data og viden til at skabe sundhed for alle. Med LDBU ønsker Danske Regioner at medvirke til, at stat, regioner og kommuner kan målrette forebyggelsesindsatsen, skabe bedre behandling og bidrage til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed. Danske Regioner støtter, at en ny landsdækkende database etableres i regi af RKKP, og Danske Regioner vil arbejde for, at viden fra LDBU bliver anvendt i praksis i opgaveløsningen i regionerne og hos øvrige relevante parter.

Sundhedsdatastyrelsen (SDS) har stor erfaring og ekspertise i forhold til at modtage og validere data via webservices samt viden om etablering og drift af landsdækkende databaser i øvrigt. Derudover vil SDS bidrage til at gøre viden på området mere generelt tilgængelig for offentligheden via den nationale Børnedatabase i SDS og dermed bl.a. sikre, at data også kan anvendes i Sundhedsstyrelsens løbende arbejde med at revidere mål, retningslinjer og vejledninger på området.

Der har været dialog med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og det lægevidenskabelige selskab Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) om projektet. DSAM vil blive inviteret med i den tværsektorielle faglige styregruppe for LDBU.

Projektorganisering

Projektet vil blive gennemført via fem arbejdsplaner, som beskrives særskilt i afsnittet 'Aktiviteter og Leverancer'. For at sikre sammenhæng og tæt koordination mellem arbejdsplanerne, vil projektet blive gennemført med nedenstående organisering mellem projektets parter.



Projektleder og overordnet projektledelse

RKKP er projektleder og har ansvar for den overordnede projektledelse, administration og dialog med Novo Nordisk Fonden (NNF) vedrørende bevillingen og projektet. Der vil således blive afholdt månedlige dialogmøder mellem NNF og RKKP med eventuel deltagelse af projektstyringsgruppen. Den overordnede projektleder har ansvar for udarbejdelse af projektbeskrivelse, fremdrift og koordinering mellem projektlederne for hver arbejdsopgave samt afrapportering til styringsgruppen og NNF. Der vil blive udarbejdet samarbejdsaftaler med projektets øvrige parter, som præciserer, hvilke leverancer der skal opfyldes for at modtage udbetalinger fra bevillingen jf. projektbeskrivelsen for de enkelte arbejdsopgaver.

Projektstyringsgruppe

Projektets styringsgruppe består af ledelsesrepræsentanter fra projektparterne:

- Jens Winther Jensen, direktør, RKKP
- Pia Rønneknamp, leder af sundhedsplejen i Brøndby kommune, MPG, formand Databasen Børns Sundhed
- Morten Grønnebæk, PhD, læge, direktør, Statens Institut for Folkesundhed (SIF)
- Nanna Skovgaard, kontorchef, KL



- Erik Jylling, sundhedspolitisk direktør, Danske Regioner
- Henrik Mulvad Hansen, sektionsleder, Sundhedsdatastyrelsen (SDS)

Projektstyregruppen har det overordnede ansvar for at sikre, at projektet gennemføres som anført i projektbeskrivelsen. For at sikre koordinering og fremdrift, vil der fra projektets start blive afholdt hyppige møder i styregruppen. RKKP har som projektejer formandskabet for gruppen og har også ansvar for at sekretariatsbetjene gruppen.

Koordinationsgruppe

Koordinationsgruppen, består af projektlederne fra de fem arbejdsplaner samt én repræsentant fra SDS og Danske Regioner. Gruppen har ansvar for at sikre en løbende koordinering mellem projektets arbejdsplaner for, at arbejdet bliver gennemført som beskrevet i projektbeskrivelsen. Gruppen ledes af den overordnede projektleder.

Tværasektoriel faglig databasestyregruppe

Der nedsættes en national, tværfaglig databasestyregruppe for LDBU, hvor der er fokus på involvering af fagligheden inden for sundhedsfremme på børne- og ungeområdet. Databasestyregruppen består således af repræsentanter fra relevante videnskabelige/faglige selskaber og organisationer, hvoraf flere også forventes at have erfaring med forskning. Hertil kommer patient- og pårørenderepræsentanter samt et RKKP-team bestående af en kvalitetskonsulent, epidemiolog og datamanager. Udpegning og etablering af databasestyregruppen er en del af arbejdsplan 1.

Aktiviteter og Leverancer

Arbejdsplan 1: Etablering af landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for børn og unge (LDBU)

Formål

At etablere en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for børn og unge (LDBU), der kan godkendes af Sundhedsdatastyrelsen.

Indhold

Der skal i projektperioden etableres en tværasektoriel landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase, der lever op til kravene i bekendtgørelsen 881 af 26/06/2018 om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (8). Sundhedsdatastyrelsens godkendelse giver lovhjælp til indsamling af oplysninger i databasen uden samtykke fra børn og forældre. RKKP sikrer overholdelse af love og bestemmelser om behandling af persondata, herunder GDPR. Databasen skal give mulighed for en ensartet national monitorering af kvaliteten på børne- og ungeområder mhp. læring og udvikling på tværs af landet.

Definition af indhold i LDBU

Der etableres en national, tværfaglig og tværasektoriel databasestyregruppe for LDBU med sundhedsprofessionelle fra sundhedsplejen, føde- og børneafdelingerne, samt almen praksis. Databasestyregruppen skal, inden for rammerne af gældende faglige anbefalinger og vejledninger, sikre national faglig konsensus om, hvad der er god kvalitet for at fremme sundhed for børn og unge, herunder trivsel og sund vægtudvikling. Databasestyregruppen har ligeledes ansvar for at definere population og indikatorer på baggrund af kliniske retningslinjer, faglige



anbefalinger og evidens på området. Samtidig med at indikatorerne defineres af styregruppen, identificeres de variable og datakilder som skal anvendes, bl.a. registerdata og tilgængelige data fra svangreomsorgen og sundhedsplejens journaler. Hvad angår sundhedsplejedata er udgangspunktet de variable, der for nuværende findes i Databasen Børns Sundhed (se bilag 8). Dette arbejde sker i tæt relation til aktiviteterne i arbejdsplan 2. Indikatorudvikling sker i en åben proces med involvering af relevante fagligheder og organisationer, bl.a. ved en høringsproces for at sikre, at alle relevante parter har mulighed for at foreslå justeringer og præciseringer af populationen og indikatorer.

For at kunne anskueliggøre rationale bag valg af population og indikatorer udarbejdes en rapport, der beskriver det videnskabelige grundlag for valg af indikatorer og standarder. Specifikation af population, indikatorer og variable dokumenteres i RKKP-dokumentationen, som er et krav for alle kliniske kvalitetsdatabaser, og som er nødvendig for Sundhedsdatastyrelsens godkendelse af databasen.

Inden idriftsættelse af LDBU vil der blive sikret formidling af indhold og rationale bag LDBU til alle aktører, herunder svangreomsorgen, fødeafdelinger og sundhedsplejen via en hjemmeside, dokumentation, vejledninger og webinarer. Dette sker i tæt relation til arbejdsplan 3, hvor den særlige implementeringsopgave i kommunerne er beskrevet.

Modtagelse af data

Der udvikles en RKKP-webservice, som kan modtage automatiserede dataoverførsler fra den kommunale sundhedspleje via den fælleskommunale tekniske løsning Gateway (se nærmere beskrivelse i arbejdsplan 2). Dette sker i et tæt samarbejde med KL og SDS. Data fra andre aktører (fx fødeafdelingerne) kan hentes fra registre, fx andre kliniske kvalitetsdatabaser eller Landspatientregisteret (LPR). Som en del af projektet undersøges om og hvordan der kan hentes data fra nye elektroniske vandrejournaler. Der forventes således ikke at være brug for manuelle registreringer.

Data fra almen praksis

På sigt er visionen at inkludere data fra almen praksis. I projektperioden er der afsat midler til at afdække mulighederne for inklusion af data fra almen praksis. Det kan fx være ydelsesdata fra Sygesikringsregisteret. Ligeledes vil erfaringer fra de almen medicinske forskningsmiljøer blive afdækket, fx via et projekt i regi af Steno Diabetes Center Aarhus.

Afrapportering fra LDBU

LDBU skal levere relevante, valide og tidstro data retur til de indberettende enheder, som dermed har mulighed for løbende at følge op på resultaterne. I RKKP programmeres indikatorerne i et SAS-miljø, og data stilles (dagligt eller månedligt) til rådighed for lokale systemer til visning af data. Det er et bekendtgørelseskrav, at databasen udgiver en årlig rapport, som indeholder resultater og faglige kommentarer om kvalitetsudviklingen af indsatsen for at fremme sundheden for børn og unge. Det nærmere indhold i en sådan årsrapport skal i projektperioden afklares i databasestyregruppen og i samarbejde med SIF, der på nuværende tidspunkt udarbejder rapporter for DBS. Det vil være muligt for alle relevante, lovlige forskningsprojekter at få udleveret data fra LDBU.

Hvem er involveret

Arbejdsplan 1 ledes af RKKP. Et RKKP-team bestående af en epidemiolog, datamanager og kvalitetskonsulent vil i samarbejde med databasestyregruppen være ansvarlig for indholdet i arbejdsplan 1. KL, SIF og Sundhedsdatastyrelsen inddrages desuden til faglig sparring i arbejdet.



Leverancer

- A. Definition af population, indikatorer og variable i LDBU
- B. Godkendelse af LDBU som klinisk kvalitetsdatabase ved Sundhedsdatastyrelsen
- C. Udvikling af webservice, som kan modtage sundhedsplejedata
- D. Kobling af data fra registre og Gateway samt programmering i RKKP's SAS-miljø (SAS DI) mhp. afrapportering
- E. Afklaring af afrapportering til indberettende enheder, herunder årsrapporter og løbende afrapportering (som minimum månedligt) til de indberettende enheder i samarbejde med SIF
- F. Afdækning af muligheder for inklusion af almen praksis i LDBU

Arbejds pakke 2: Data fra sundhedsplejen stilles til rådighed via den Fælleskommunale Gateway

Formål

At udvalgte og standardiserede data fra sundhedsplejen stilles til rådighed via den Fælleskommunale Gateway¹ (fremover gateway). Data kan fra gatewayen deles med henblik på videre behandling, analyse og formidling.

Indhold

For at sikre valide og brugbare data til kvalitetsudvikling, opfølgning og forskning er der behov for en standardisering af udvalgte data fra sundhedsplejerskens journaler. Dataindberetninger til Databasen Børns Sundhed er i dag ikke baseret på datastandarder, hvorfor der i den videre behandling af data er behov for at foretage manuel datavask for at kunne sammenstille data på tværs af kommuner. Variationer i data vedrører både forskelle på tværs af de to journalleverandører (Novax og Solteq Sund), men der er ligeledes variationer på tværs af kommuner med samme journalleverandør. De aktuelle variationer skyldes bl.a., at hver enkelt kommune er kontraktholder for sit eget journalsystem samt, at gældende faglige anbefalinger og retningslinjer ikke stringent specificerer hvilke data, der skal registreres, og i hvilket format data registreres.

Arbejds pakken tager afsæt i erfaringerne fra de to nuværende databaser inden for sundhedsplejen: DBS, der ejes af medlemskommuner, og den Nationale Børnedatabase i regi af SDS. Arbejds pakken består af to spor: *et fagligt spor* hvor relevante variable identificeres og standardiseres samt *et teknisk spor*, som sikrer, at udvalgte variable på en automatiseret måde deles fra sundhedsplejens journalsystemer til gatewayen.

Det faglige spor

I dette spor sikres, at det er fagligt relevante data fra sundhedsplejens journaler, som bliver stillet til rådighed via gatewayen. Udviklingsarbejde vil ske med tæt involvering af den sundhedsplejefaglige praksis og afspejle gældende faglige anbefalinger og retningslinjer. Som en del af udviklingsarbejdet vil der løbende være et tæt samarbejde mellem parterne i databasestyregruppe for LDBU for at sikre den faglige relevans af data i databasen. Samarbejdet vil især være tæt forbundet med arbejds pakke 1 med henblik på at sikre et stærkt fagligt datagrundlag til det videre arbejde med at opstille indikatorer.

¹ Den Fælleskommunale Gateway er kommunernes fælles løsning til indsamling, validering og deling af data fra sundheds-, ældre- og socialområdet. Gateway'en bliver efter planen sat i drift i sommeren 2022 med data fra den kommunale hjemme- og sygepleje, og tests (bl.a. end-to-end tests) af den tekniske løsning fra maj 2022 indikerer, at idriftsættelsen forløber planmæssigt.



Det tekniske spor

I dette spor sikres, at de udvalgte data indtastes ensartet i sundhedsplejen i journalsystemer, og at data nemt kan deles med relevante modtagere. I udviklingsarbejdet ligger en vigtig opgave med at sikre en god datakvalitet, herunder at der er kompletthed og sammenlignelighed af data på tværs af 98 kommuner. I det tekniske spor vil der være en tæt involvering af journalleverandørerne og sundhedsplejen. De snitflader, som anvendes til at dele data til og fra gatewayen, harmonerer med de snitflader der i øvrigt er fælleskommunal opbakning til at anvende på de kommunale sundheds-, ældre- og socialområder. Det betyder, at de aktuelle lovpligtige indberetninger fra kommunerne ligeledes kan afleveres via gatewayen.

Efter modtagelse af kommunernes journaldata i Gatewayen, afleveres relevante data til både SDS og RKKP via dertil etablerede snitflader/webservices.

Leverancer

- A. Standardisering af udvalgte variable fra sundhedsplejes journalsystemer
- B. Udvikling, test og implementering af tekniske løsninger (snitflader) som muliggør dataudveksling mellem journalsystemer, Gatewayen og modtagere

Hvem er involveret

Arbejds pakken ledes af KL, SDS og DBS. I det faglige spor sikres en bred repræsentation af kommunale sundhedsplejeordninger og en tæt dialog med sundhedsfaglige forskere og myndigheder. I det tekniske spor involveres yderligere relevante journalleverandører mv. samt RKKP i den tekniske kobling til LDBU.

Arbejds pakke 3: Implementering af LDBU i kommunerne

Formål

- 1) At tydeliggøre for sundhedsplejersker og beslutningstagere i kommunerne, hvilken værdi LDBU vil have for den enkelte kommune, sundhedsplejerske og i sidste ende for børnenes sundhed.
- 2) At udbrede viden om vigtigheden af valid registreringspraksis og datadrevet kvalitetsudvikling af praksis, samt hvilken afgørende rolle sundhedsplejerskerne har i dette arbejde.

Implementeringen er primært målrettet sundhedsplejen, da data fra fødeafdelingerne vil blive indhentet fra allerede eksisterende registre og dermed ikke umiddelbart kræver ændringer i registreringspraksis.

Indhold

Sundhedsplejerskernes forståelse, accept og ejerskab af LDBU har afgørende betydning for kvaliteten af deres registrering i journalsystemet og er dermed en forudsætning for at skabe en database med valide og brugbare data. Ligeledes er sundhedsplejerskernes engagement essentielt for, at den viden der leveres tilbage til sundhedsplejersker, kommuner, regioner, fagorganisationer og myndigheder i form af videnskabelige rapporter, analyser og statistikker, bliver anvendt og medfører udvikling og kvalitetssikring af praksis. Ydermere er kommunerne kontrakt holdere på de journalsystemer der anvendes i blandt andet sundhedsplejen og udbredelse af den nye dokumentationspraksis og it-understøttelse vil derfor være efterspørgselsdrevet. Implementeringen af LDBU vil i projektperioden være koncentreret om at styrke og ensarte viden og registreringspraksis i kommunerne, samt motivere hver enkelt kommune til at opdatere deres journalsystemer og tilpasse arbejdsgange i tråd med det faglige og tekniske indhold i LDBU



(arbejdspakke 2). En succesfuld implementering søges opnået gennem møder med kommunale beslutningstagere om databasens formål og fordelene ved at indgå for den enkelte kommune, de enkelte sundhedsplejersker og i sidste ende det enkelte barn, herunder muligheden for anvendelse af valide data på kommunalt og regionalt niveau til at:

- 1) Monitorere og følge børnesundheden i den enkelte kommune og region over tid og sammenlignet med landsgennemsnittet
- 2) Udvikle og revidere sundheds- og børnepolitikkerne
- 3) Prioritere, planlægge og følge indsatser
- 4) Bidrage til faglig udvikling
- 5) Skabe basis for forskning i børns sundhed og herved genere relevant viden til brug i praksis og planlægning

Tilstedeværelse og tæt samarbejde med sundhedsplejerskerne i de enkelte kommuner er helt afgørende for at opnå en succesfuld implementering af LDBU. Derfor omfatter implementeringen undervisning af sundhedsplejerskerne i de enkelte kommuner. Grundet forskellige udfordringer praktisk, administrativt og juridiske i de enkelte ordninger, skal undervisningen foregå over ca. en uge i hver enkelt kommune. Denne undervisning vil rumme følgende elementer:

- Viden om datakvalitet og forståelse for vigtigheden af valid monitorering og hvordan dette sikres
- Løbende audit til sikring af sundhedsplejerskernes dokumentation og datakvalitet
- Journalgennemgang i den enkelte kommune, samt tilretning af parametre og vejledning, således at den stemmer overens med Databasens minimumskrav
- Ændringer i registreringspraksis samt tilpasse arbejdsgange
- Anvendelse af forskningsbaseret viden i faglige drøftelser, prioriteringer, planlægning af kompetenceudvikling, og opfølgning på indsatsområder

Undervisningsmaterialet afprøves i ti kommuner, evalueres og justeres, inden undervisning og implementeringsarbejdet fortsættes i de resterende kommuner. Der identificeres superbrugere i kommunerne, som er kontaktperson til SIF, RKKP og journaludbyderne. Lokalt skal disse superbrugere have ansvar for vedligehold, sikring af datakvalitet og leverancer, samt løbende vejledning af kollegaer, og undervisning af nye sundhedsplejersker. For opnåelse af ensartede data, kræves løbende samarbejde med journaludbyderne, Sundhedsdatastyrelsen, KL og RKKP om kvalitetsudvikling, herunder tilretning af journaler og de tilhørende vejledninger.

Leverancer

- A. Igangsætningsmøde for sundhedsplejersker i hver region
- B. Udarbejdelse af undervisningsmateriale til sundhedsplejersker og til præsentation for beslutningstagere
- C. Dialogmøder med beslutningstagere i hver kommune
- D. To til fire undervisningssessioner med sundhedsplejersker i alle kommuner

Hvem er involveret

En ledende sundhedsplejerske, ansat på SIF, vil i samarbejde med datakyndige medarbejdere fra SIF være ansvarlig for arbejdspakke 3. Desuden frikøbes sundhedsplejersker til at deltage i undervisningen i kommunerne. KL, RKKP og Sundhedsdatastyrelsen inddrages til faglig sparring i arbejdet og for at sikre sammenhæng med arbejdspakke 1 og 2.



Arbejdspakke 4: Formidling af praksisrettet viden fra LDBU

Formål

At omsætte og formidle de indsamlede data til praksisrettet viden, som øger faglig udvikling og kvalitetssikring i sundhedsplejen, på fødeafdelingerne, samt i kommuner og regioners arbejde med børn og unges sundhed og trivsel.

Indhold

Kommunerne, Region Hovedstaden samt de sundhedsplejersker, som står bag DBS, efterspørger og modtager allerede i dag en løbende leverance af ny praksisrettet og relevant viden om børns sundhed. Det har udmøntet sig i 25 dansksprogede forskningsrapporter, der dels omfatter temarapporter om blandt andet amning, overvægt og mental sundhed, dels kommunale sundhedsprofiler og regionale sundhedsprofiler for Region Hovedstaden. Temaerne for de enkelte rapporter er besluttet i et samarbejde mellem sundhedsplejersker, Region Hovedstaden og DBS. Arbejdet med temarapporter, sundhedsprofiler og analyser bidrager til løbende kvalitetsudvikling af sundhedsplejen og af data, og er et brugbart værktøj til planlægning og prioritering kommunalt og regionalt. Eksempelvis initierede en temarapport om motorisk udvikling et praksisprojekt i DBS med afprøvning af en ny standardiseret metode til vurdering af børns motoriske udvikling i det første leveår, som skal forbedre sundhedsplejerskes mulighed for at monitorere, opspore og afhjælpe motoriske vanskeligheder blandt spædbørn i det første leveår.

Når data fra LDBU i det tredje år af projektperioden rummer sundhedsplejerskernes journaldata fra kommunerne samt data fra fødeafdelinger, vil SIF udarbejde videnskabelige rapporter med udgangspunkt i erfaringerne fra DBS' forskningsrapporter. Indhold og tema for rapporterne vil blive besluttet sammen med regioner, sundhedsplejersker og sundhedsprofessionelle på fødeafdelingerne. Desuden konsulteres relevante fagpersoner løbende i processen med udarbejdelse af rapporterne, for at sikre praksisrelevans og anvendelighed. I det tredje år af projektperioden afholdes desuden en temadag i hver af de fem regioner. Her præsenteres det videnskabelige arbejde udført på LDBU der forgangene år for beslutningstagere i kommuner og regioner og for sundhedsplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Herved bygges der bro mellem rapporter og data, og de sundhedsprofessionelle og forvaltninger, der skal skabe forandringerne for børn og unge i deres daglige arbejde. Ydermere skabes der rum til tværfaglig udveksling og udvikling på tværs af kommuner, regioner og forskningsinstitutioner. Ved udgangen af projektperioden påtænkes det at fortsætte leverancer af rapporter og afholdelse af temadage.

Den praksisrettede viden fra LDBU skal understøtte kommuner, regioner og sundhedsprofessionelles arbejde på børn og ungeområdet. Eksempelvis kan den kommunale sundhedspleje og de regionale fødeafdelinger anvende rapporter og analyser til at opdatere vejledninger og udvikle praksis. Regioner, kommuner og staten kan desuden benytte rapporter og analyser til at planlægge og målrette forebyggelses- og behandlingsindsatser.

Leverancer

I de to første år af projektperioden vil SIF i samarbejde med DBS fortsætte leverancen til de 33 kommuner og Region Hovedstaden, som hidtil, finansieret af de involverede kommuner og Region Hovedstaden. I det tredje år af projektperioden forventes følgende:

- A. To temarapporter om emner, som er bestemt af sundhedsplejersker og styregruppen
- B. En temadag i hver af de fem regioner for i alt ca. 2000 sundhedsplejersker
- C. Regionsrapporter: En regional temarapport opdelt på de fem regioner. Temaet for rapporten er bestemt af regionerne og styregruppen. En landsdækkende og fem regionale sundhedsprofiler



Hvem er involveret

SIF er ansvarlig for arbejdsplan 4. KL, Danske Regioner, repræsentanter fra relevante fagligheder (i den tværsektorielle faglige styregruppe for LDBU) og SIF vil i samarbejde beslutte indholdet af leverancerne. SIF udarbejder herefter leverancerne, som lanceres efter aftale med kommuner og regioner.

Arbejdsplan 5: Forskning i LDBU

Formål

Data i LDBU, kan anvendes til en lang række forskellige forskningsprojekter, der kan medvirke til at fremme børn og unges sundhed, trivsel, vægt og udvikling.

For nærværende ansøgning har vi nedenfor detaljeret beskrevet de projekter, vi har prioriteret at lave inden for den budgetterede ramme. Formålet med disse er at skabe valide, eftertragtede og brugbare data, der danner grobund for såvel målrettede indsatser, som yderligere forskning af høj kvalitet. Nederst i afsnittet skitseres mindre detaljeret vores planer om yderligere forskningsprojekter i LDBU

Indhold: Validering af data i LDBU

Sundhedsproblemer hos børn og unge kan trække lange spor ind i voksenlivet. Hvis man vil sikre og styrke børnesundheden, er det vigtigt med systematisk monitorering baseret på relevante og valide data om børn og unges sundhed, trivsel og udvikling, herunder vægtudvikling. Med gode data herom bliver det muligt at prioritere, præcisere og målrette indsatser, så der opnås den størst mulige effekt til at forbedre den generelle børnesundhed. For at data i LDBU får den største anvendelsesgrad er det selvsagt essentielt, at databasen dokumenterer validiteten af sine data.

Ud over det arbejde, der ligger i at sikre kvalitet og ensartethed i sundhedsplejerskernes og andre sundhedsfagliges registreringer (arbejdsplan 1, 2 og 3), er det også essentielt at sikre indholds- og forståelsesvaliditeten af de indikatorer om børn og unges sundhed, der indsamles. Dette kan opnås ved valideringsstudier, som går i dybden med datas kvalitet og deres potentiale til at opspore børn og unge med risikomarkører eller tidlige tegn på sundhedsproblemer. Ambitionen er at publicere en række videnskabelige artikler, der analyserer validiteten af en eller flere indikatorområder i LDBU. Eksempler på temaer med påtrængende behov for at studere validiteten er a) om højde- og vægtmåling er tilstrækkelig til at identificere overvægt blandt småbørn, b) om registreringen af børns motoriske færdigheder er tilstrækkelig til at opspore de børn, der har motoriske vanskeligheder, der kræver en yderligere indsats og c) om sundhedsplejerskens metode til opsporingen af mentale helbredsproblemer ved indskolingsundersøgelsen er velegnet og valid. Validering af disse tre temaer beskrives nærmere i nedenstående afsnit.

Vægtstatus blandt spædbørn

Vægtstatus blandt spædbørn baseres på måling af højde og vægt. Overvægt defineres efter WHO-metoden ved BMI z-scores (standardafvigelser) sammenlignet med en standardpopulation, hvor spædbørn med z-scores >2 betegnes som overvægtige (9). De fleste af disse børn er fortsat overvægtige ved indskoling. I kontrollerede analyser har de syvdobbel risiko for at være overvægtige ved indskoling sammenlignet med småbørn med normalvægt, dvs. der er høj prædiktiv validitet af z-scores >2 . Det er imidlertid et problem at vurdere, om spædbørn med en z-score mellem 1 og 2 er overvægtige. De benævnes ofte "i risiko for overvægt" eller "grænsende til overvægt". De fleste af disse børn er normalvægtige ved skolestart. I kontrollerede analyser har de ca. tredobbel risiko for overvægt ved indskoling, dvs. den prædiktive validitet af z-scores mellem 1 og 2 er ikke tilstrækkelig god til at afgøre behovet for forebyggende intervention mod



overvægt (9). Der er brug for yderligere data for at få en tilstrækkeligt valid forudsigtelse af, hvilke af disse børn som har høj risiko for overvægt senere. En mere retvisende måling af vægtstatus blandt spædbørn kræver muligvis viden om kropsfedt, fx hudfoldstykkelse, men heller ikke denne metode er optimal til spædbørn (10-12).

Der er mange forsøg med udvikling af supplerende eller nye indikatorer for overvægt – og risiko for overvægt – blandt spædbørn, men problemet er ikke løst, og der mangler især praktisk anvendelige metoder, fx metoder der kan anvendes i spædbørnssundhedsplejen (12,13). Vi ønsker at benytte adgangen til de mange relevante oplysninger om barnets udvikling i registre (fx Det Medicinske Fødselsregister) og i LDBU til at udvikle nye algoritmer eller metoder til at forudsige senere overvægt blandt spædbørn med z-scores mellem 1 og 2.

Motorisk udvikling

Børn med forsinket motorisk udvikling har forhøjet risiko for overvægt, mistrivsel og mentale helbredsproblemer, og de har oftere problemer med læring og gode skolepræstationer (14-16). Der findes flere metoder til vurdering af børns motorik og til identificering af børn med behov for motorisk træning. Sundhedsplejersker vurderer børns motoriske udvikling i første leveår og ved indskoling. Der er ca. 19 % af børn i 8-10-månedersalderen, som har forsinket motorisk udvikling, og ved skolestart har 29 % problemer, heraf 6 % i udtalt grad (17). De metoder, sundhedsplejerskerne anvender til vurdering af motorik er systematiske, fx benytter mange Britta Holles metode, en metode som er udviklet i 1970'erne. Validiteten af de anvendte metoder er i store træk ukendt, og der er ingen systematisk viden om hvorvidt man identificerer for mange eller for få børn, og om det er de rigtige børn, der identificeres (17). Vi ønsker at gennemføre valideringsstudier, som sammenligner sundhedsplejerskernes vurdering med andre metoder eksempelvis Alberta Infant Motor Scale (AIMS).

Mentale helbredsproblemer ved skolestart

På trods af, at de fleste børn trives og har det godt, viser forskning, at alt for mange børn og unge ikke trives i deres daglige liv, og at flere og flere børn og unge bliver diagnosticeret med psykiatriske lidelser (2, 18, 19). Et af de steder, hvor der er fokus på barnets mentale helbred, er i forbindelse med skolestart, når barnet og dets forældre er til en indskolingsundersøgelse hos sundhedsplejersken. Indskolingsundersøgelsen er en undersøgelse, der skal tilbydes til alle børn i 0. eller 1. klasse og formålet er at vurdere barnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed, samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart.

Validering af sundhedsplejens opsporing af mentale helbredsproblemer ved skolestart påtænkes at omfatte både kvalitative og kvantitative analyser. Det kvalitative arbejde vil have fokus på forståelsesvaliditet og indholdsvaliditet, hvor observationer og semistrukturerede interviews med børn, forældre og sundhedsplejersker anvendes til at afdække, hvorvidt de anvendte metoder til vurdering af barnets mentale sundhed, måler det der er hensigten. Kvantitative analyser af registerdata kan anvendes til at vurdere den prædiktive validitet, hvor det undersøges, hvor godt metoden prædikerer fremtidig mentale helbredsproblemer hos barnet. Ligeledes kan kvantitative analyser anvendes til at undersøge, hvorvidt sundhedsplejerskernes nuværende metode opsporer børn med tegn på mentale helbredsproblemer. Dette gøres med udgangspunkt i et anerkendt valideret instrument (et golden-standard-instrument) til måling af børns mentale helbred.

Sådanne valideringsstudier vil få en stor betydning for databasen, da de, i takt med at hver indikator bliver undersøgt, vil danne grobund for en sikring og eventuel videreudvikling eller tilretning af variable i journalen. Ydermere vil sådanne studier være med til at styrke hele databasens kvalitet. For det første fordi man ved at sikre validiteten af data kan vide sig mere sikker på, hvad det er der monitoreres og opspores, og således kan tilrettelægge de mest hensigtsmæssige og effektive indsatser med udgangspunkt i disse veldokumenterede valide data.



For det andet vil videnskabelige artikler, der dokumenterer datas kvalitet, gøre databasen til en eftertragtet og foretrukken datakilde for forskere.

Leverancer

Studier af datavaliditeten i LDBU vil påbegyndes sideløbende med etablering om implementering af databasen, idet validitetsstudierne ikke afhænger af data fra alle 98 kommuner og ydermere også omfatter kvalitativ forskning. I løbet af projektperioden vil der i arbejdsplan 5 blive leveret følgende:

- A. Videnskabelige artikler i nationale og internationale fagfællebedømte tidsskrifter
- B. Lægmandsartikler
- C. Konferencebidrag ved internationale og nationale konferencer, samt seminarer for forskere og praktikere i Danmark

Hvem er involveret

SIF er ansvarlig for arbejdsplan 5 med involvering af sundhedsplejersker og RKKP.

Videre forskning i data fra LDBU

En ny klinisk kvalitetsdatabase, der rummer data om alle børn fra graviditet til ungdom har et kæmpe forskningspotentiale. Med inkluderingen af data fra jordemødre og praktiserende læger samt mulighed for at koble med data fra forskellige nationale registre og databaser indeholdende oplysninger om fx sygdom, indkomst, skolegang/uddannelse vil der i fremtiden være mulighed for, i forskningsprojekter at følge barnets sundhed og trivsel fra før fødsel til overgangen til voksenlivet. Det skaber et unikt forskningspotentiale, der kan benyttes til videre forskning i blandt andet årsager til social ulighed i sundhed og kvalitetsudvikling af sundhedspleje praksis. LDBU kan blandt andet anvendes til at undersøge naturlige eksperimenter, samt undersøge tidlige determinanter for mentale helbredsproblemer og overvægt blandt børn og unge.

Nedenfor skitseres fem forskningsområder, der muliggøres ved etablering af LDBU, og som har stor samfundsmæssig relevans og vil bibringe ny og vigtig viden for at fremme danske børns sundhed.

1) Monitorering af danske børns sundhed og trivsel fra graviditet til teenagealderen

Et grundlæggende udgangspunkt for ethvert forskningsinitiativ, er løbende monitorering af befolkningens, herunder spæd- og småbørnenes udvikling i vægt, trivsel og adfærd. Med den landsdækkende database vil det være muligt at følge denne udvikling nøje, med henblik på prioritering og dimensionering af kommende forskningsprojekter.

2) Afdækning af årsager til social ulighed i sundhed blandt børn og unge

Initiale analyser fra den allerede eksisterende database (33 kommuner) viser, at den sociale gradient i amning har været konstant over de sidste 20 år (1). Desuden finder vi i det første leveår social ulighed i sprog og kommunikation, forældre-barn relationen samt overvægt, og vi genfinder den sociale ulighed i børns sundhed, udvikling og trivsel ved indskolings- og udskolingsalderen. Data fra LDBU vil kunne anvendes til at belyse årsagerne til den sociale ulighed i sundhed blandt børn og unge, eksempelvis ved hjælp af mediationsanalyser med forklarende, mellemliggende variable i sammenhængen mellem forældres socioøkonomiske position og barnets sundhed.

3) Tidlige risikofaktorer for overvægt og mentale helbredsproblemer

Forhold i spædbarns- og småbørnsalderen kan præge børns sundhed igennem hele barndommen og ungdommen. Analyser fra Databasen Børns Sundhed har vist, at overvægt i spædbørnsalderen



øger risikoen for overvægt ved indskoling syv gange (14) og at reguleringsproblemer og udviklingsproblemer i spædbarnsalderen øger risikoen for psykisk sygdom (2, 3). LDBU's kohortedesign vil kunne anvendes til at koble data fra den tidlige barndom med registerdata om sundhed og sygdom i skolealder og voksenliv og blandt andet at søge svar på om det særligt er i bestemte sociale grupper, at prædiktionen af overvægt forekommer.

4) Opfølgning på randomiserede interventioner og naturlige eksperimenter

En landsdækkende database med tæt på 100% dækning af spædbørns vægtudvikling, adfærd og trivsel er et unikt udgangspunkt for forskning i initiativer iværksat på kommunalt niveau. Der er allerede iværksat et antal interventioner i flere danske kommuner, og et langt større antal er i støbeskeen. Effekten af disse indsatser og interventioner kan med stor præcision og lethed afdækkes uden yderligere ressourceforbrug, ved at lade opfølgningen tage udgangspunkt i LDBU.

5) Kvalitetsudvikling af sundhedspleje praksis

Kvalitetsudvikling af sundhedsplejens praksis er et vigtigt fokusområde, som Databasen Børns Sundhed har bidraget til gennem flere år. SIF har erfaring med indsatser til fremme af kvaliteten i sundhedsplejen, såsom projekterne *Små Børns Sundhed* og *VÆKST – en tryk og sund start på livet*, som afprøver nye metoder og indsatser i sundhedsplejen til fremme af sund vægtudvikling og mental sundhed. Data fra LDBU vil fremadrettet kunne anvendes til eksempelvis at vurdere, om den nuværende indskolingsundersøgelse er en valid metode til at opspore børn i mistrivsel, samt om vi med tilbagespil af viden fra databasen til sundhedsplejerskerne kan være medvirkende til at generere bedre sundhed i de kommende spædbørns-generationer.

Tidsplan

Af nedenstående tabel fremgår den overordnede tidsplan for projektet. Projektet startes op når bevillingen er på plads, så årene følger ikke nødvendigvis kalenderår. I forbindelse med opstart af projektet vil der blive udarbejdet en mere detaljeret tidsplan med leverancer og milepæle.

Overordnet tidsplan	År 1	År 2	År 3
Overordnet projektledelse			
Arbejdsplan 1: Etablering af landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for børn og unge			
Arbejdsplan 2: Data fra sundhedsplejen stilles til rådighed via den Fælleskommunale Gateway			
Arbejdsplan 3: Implementering af LDBU i kommunerne			
Arbejdsplan 4: Formidling af praksisrettet viden fra LDBU			
Arbejdsplan 5. Validering af data i LDBU gennem forskning			

I bilag 9 findes en leveranceplan, som beskriver hvornår der arbejdes med leverancerne i de enkelte arbejdsplaner, ligesom de væsentligste afhængigheder mellem de enkelte leverancer beskrives.

Budget

Af nedenstående tabel fremgår det overordnede budget for projektet, hvor Novo Nordisk Fonden ansøges om 24.999.665 kr. Ud over det ansøgte beløb vil de ansøgende parter anvende ressourcer i projektperioden svarende til ca. 2.802.158 kr. Dette vil især være organisatoriske,



tekniske ressourcer og set up samt ledelsesmæssig opbakning, fx ved deltagelse i styregruppemøder.

Af bilag 10 findes et mere detaljeret budget for hver enkelt arbejdsopgave.

Budget	Year 1	Year 2	Year 3	Total
	<i>Amount</i>	<i>Amount</i>	<i>Amount</i>	<i>Amount</i>
Arbejdsopgave 1: Etablering af landsdækkende kvalitetsdatabase, inkl. Afdækning almen praksis	1.830.000 kr.	2.010.000 kr.	1.929.500 kr.	5.769.500 kr.
Arbejdsopgave 2: Etablering af gateway løsning, inkl. etablering af SDS-snitflade	3.405.000 kr.	3.495.000 kr.		6.900.000 kr.
Arbejdsopgave 3: Implementering af LDBU i kommunerne	2.115.750 kr.	1.486.800 kr.	1.324.050 kr.	4.926.600 kr.
Arbejdsopgave 4: Formidling af praksisrettet viden fra LDBU		718.725 kr.	3.431.085 kr.	4.149.810 kr.
Arbejdsopgave 5: Validering af data i LDBU gennem forskning	240.450 kr.	871.980 kr.	941.325 kr.	2.053.755 kr.
Overordnet projektledelse	400.000 kr.	400.000 kr.	400.000 kr.	1.200.000 kr.
Samlet beløb, der ansøges om	7.991.200 kr.	8.982.505 kr.	8025960 kr.	24.999.665 kr.
In-kind_budget	1.060.346 kr.	1.189.774 kr.	552.038 kr.	2.802.158 kr.

Afledte omkostninger for kommunerne

LDBU vil desuden medføre en betydelig række afledte omkostninger i kommunerne. Der er i omegnen af 2350 sundhedsplejersker, inkl. ledende sundhedsplejersker i Danmark, som alle leverer et arbejde i den daglige dokumentationspraksis. Implementering af LDBU vil medføre, at:

- 400 sundhedsplejersker mv. pr. region, i alt 2000 deltagere, skal afsætte tid til igangsætningsmøder
- 3-4 beslutningstagere, systemadministratorer mv. pr kommune, i alt 392 personer, skal afsætte tid til dialogmøder.
- Alle sundhedsplejersker skal afsætte ca. 4 dage til implementeringsdelen i arbejdsopgave 3, hvor der arbejdes med at overgå til denne leveringsform samt til at styrke kvaliteten, validiteten og ensartetheden af registreringerne/monitoreringerne.
- Desuden vil alle sundhedsplejersker i en overgangsperiode forventeligt bruge ekstra tid på daglig dokumentation, indtil de er blevet fortrolige med den nye registreringspraksis.

Risici og afhængigheder

Af bilag 11 fremgår de risici og afhængigheder, der er identificeret på nuværende tidspunkt. I forbindelse med opstart af projektet vil der blive lavet en mere dybdegående risikoanalyse, ligesom der i projektperioden løbende vil blive arbejdet med risici og afhængigheder, så der løbende foretages identificering, vurdering, planlægning og håndtering af risici.



Kommunikation

Der er i projektet behov for løbende involvering af de mange interessenter på området. Forud for indsendelse af ansøgning har der i regi af RKKP været afholdt et interessemøde med deltagelse af repræsentanter for kliniske kvalitetsdatabaser indenfor svangreomsorgen og svær overvægt samt almen praksis. I forbindelse med igangsættelse af projektet vil der blive udarbejdet en kommunikationsplan, som bl.a. vil præcisere, hvornår og hvordan der er behov for at involvere de forskellige interessenter.

Overgang fra projekt til drift

For at sikre den fortsatte drift af LDBU efter projektperioden er det en stor styrke, at vi som parter på hver vores måde repræsenterer de væsentligste aktører i Danmark og har en lang række samarbejdsflader og forpligtigelser, der allerede i dag binder os sammen. Fondens midler vil kunne gøre det muligt, at vi som parter kan mødes i et konkretiseret samarbejde i en treårig projektperiode. Vi forpligter os hver især som part gennem projektet til at indgå i et samarbejdet og løse de udfordringer, der måtte opstå undervejs for at lykkes med at leve op til målene, der er sat for LDBU. Det betyder, at vi efter projektperioden sammen vil have udviklet løsninger, som vi hver især også kan se giver værdi i vores regi. Vi vil derfor kunne anvende LDBU som del af den dataunderstøttede kvalitetsudvikling i praksis og kunne stille data til rådighed for forskning, som vil være unikt internationalt. På den måde vil LDBU bidrage med øget kvalitet i den opgaveløsning, der allerede er finansieret regionalt og kommunalt.

Danske Regioner og KL vil – med inddragelse af de øvrige parter – arbejde for, at der efter projektperioden findes finansiering til driften af LDBU, jf. deres tilsagnsskrivelser (bilag 4 og 5). Det vil bl.a. være under forudsætning af, at databasen giver en merværdi for regioner og kommuner, og at databasen ikke fører til unødvendig belastning af sundhedspersonalet i form af øgede dokumentationskrav. Danske Regioner og KL vil således løbende gennem projektperioden rejse emnet om driftsfinansiering af databasen i forbindelse med de årlige forhandlinger om økonomiaftalerne med regeringen.



Referencer

1. Andersen M, Thorsted A, Jezek A, Due P, Sørensen T, Thygesen L. Overvægt og svær overvægt blandt danske børn og unge - Forekomst og sociodemografisk fordeling. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2020.
2. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2020.
3. Holstein BE, Henriksen TB, Rayce SB, Ringsmose C, Skovgaard AM, Teilmann GK, et al. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2021.
4. Vestbo J, Pisinger C, Bast LS, Gyrd-Hansen D. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge – Hvad virker? København: Vidensråd for forebyggelse; 2018
5. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, et al. Spotlight on adolescent health and well-being. WHO; 2020
6. Ammitzbøll J, Pant SW, Holstein BE, Pedersen TP, Due P. Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. København: Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed; 2018
7. Kyed VH, Mejlby M, Wolder H. Børnesundhedsprofil for Region Nordjylland 2017. Aalborg: Region Nordjylland og Mariagerfjord Kommuner; 2019
8. Bekendtgørelsen 881 af 26/06/2018 om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (gældende). Sundheds- og Ældreministeriet.
9. Sjöberg CB, Johansen A, Rasmussen M, Due P. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2017
10. Jennifer S Cauble, Mira Dewi, Holly R Hull. Validity of anthropometric equations to estimate infant fat mass at birth and in early infancy. BMC Pediatr. 2017 Mar 27;17(1):88. doi: 10.1186/s12887-017-0844-6.
11. US Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement external icon. JAMA. 2017 Jun 20;317(23):2417-2426. doi: 10.1001/jama.2017.6803.
12. Barlow SE and the Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Pediatrics 2007;120 Supplement December 2007:S164–S192.
13. Cuda SE and Censani M (2019) Pediatric Obesity Algorithm: A Practical Approach to Obesity Diagnosis and Management. Front. Pediatr. 6:431. doi: 10.3389/fped.2018.00431



- 14.**Lubans, DR, Morgan, PJ, Cliff, DP, Barnett, LM & Okely, AD. 2010. Fundamental movement skills in children and adolescents: review of associated health benefits. *Sports Med*, 40, 1019-35.
- 15.**Blank, R, Barnett, AL, Cairney, J, Green, D, Kirby, A, Polatajko, H, Rosenblum, S, SmitsEngelsman, B, Sugden, D, Wilson, P & Vincon, S. 2019. International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol*, 61, 242-285.
- 16.**Macdonald, K, Milne, N, Orr, R & Pope, R. 2018. Relationships Between Motor Proficiency and Academic Performance in Mathematics and Reading in School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 15.
- 17.**Pedersen TP, Pant SW & Ammitzbøll J. Motorisk udvikling ved indskolingsalderen. Temarapport for skoleåret 2018/19. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020
- 18.**Mohr Jensen C, Steinhausen HC. Time trends in incidence rates of diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder across 16 years in a nationwide Danish registry study. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(3):e334-41.
- 19.**Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed – En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden i 2002-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.



Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Logisk model

Bilag 2: Interesstillkendegivelse fra Databasen for Børns Sundhed

Bilag 3: Interesstillkendegivelse fra SIF

Bilag 4: Tilsagnsskrivelse fra KL

Bilag 5: Tilsagnsskrivelse fra Danske Regioner

Bilag 6: Interesstillkendegivelse fra Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen

Bilag 7: Mail om interesse fra PLO

Bilag 8: Anvendte variable i Databasen Børns Sundhed

Bilag 9: Leveranceplan

Bilag 10: Budget

Bilag 11: Risici og Afhængigheder