Digitalisering

Brug lægers arbejdskraft bedre

LÆGEFORENINGEN

Klog digitalisering skal gavne sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet står overfor en voksende mangel på arbejdskraft i takt med, at befolkningen bliver ældre og får flere kroniske sygdomme. Samtidig er der fart på udviklingen af sundhedsteknologi, hvor der alene på det amerikanske marked sker en fordobling af innovationen indenfor kunstig intelligens hvert andet år – en udvikling der baner vej for, at et et digitalt foregangsland som Danmark kan bruge data og ny teknologi til at forbedre kvaliteten og frigøre hænder. Der er således mange eksempler på gode effektive digitale-sundhedsydelser, der kan bredes ud til at dække hele sundhedsvæsenet.

I foråret 2022 indgik et politisk flertal på Christiansborg en aftale om en sundhedsreform[1]. På det digitale område baserer aftalen sig på elementerne i regeringens digitaliseringsstrategi om mere behandling i hjemmet og bedre adgang til patientdata. Det skal blandt andet realiseres gennem den fælles offentlige digitaliseringsstrategi[2].

Der er mange eksempler på effektive digitale sundhedsydelser, der allerede er taget i brug i dele af sundhedsvæsenet. Lægeforeningen mener, at gode og effektive digitale løsninger skal bredes ud til at dække hele sundhedsvæsenet.

For at virkeliggøre det lovede løft af digitaliseringen, er der brug for at gøre mere. Dette indspil er Lægeforeningens bidrag til at opfylde de politiske målsætninger for digitalisering i sundhedsvæsenet.

Lægeforeningens indspil til digitalisering i sundhedsvæsnet dækker tre hovedkategorier, hvor vi ser, at digitalisering kan bidrage til at booste sundheden i Danmark.

Mere behandling i hjemmet

De patienter, der er i stand til det, skal behandles digitalt i deres eget hjem, når det kan gøres med den samme eller bedre behandlingskvalitet. Fleksible patientforløb tættere på patienterne kan medvirke til at bruge sundhedspersonalets tid bedre, ligesom det giver lettere og mere lige adgang til sundhed. Patienter, der ikke formår at bruge digitale løsninger, skal stadig have den hjælp, de har brug for.

Bedre adgang til patientdata

Sundhedsvæsenets it-investeringer har hidtil været rettet mod at understøtte dagligdagen i lægepraksis og på hospitaler med elektroniske patientjournaler og fælles medicinkort for at sikre dokumentation og optimere driften. Der har været mindre fokus på at bruge digitale redskaber på tværs af sundhedsvæsenet.

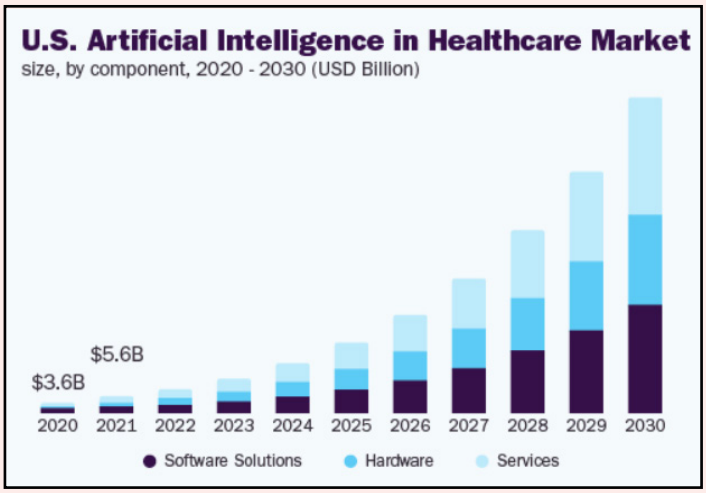
I dag behandles patienterne ofte flere forskellige steder i sundhedsvæsenet: i almen praksis, i speciallægepraksis, på kommunale akutpladser og på hospital. Derfor er der behov for bedre deling af patientoplysninger på tværs af sundhedsvæsenet, så behandlingen sker på et oplyst grundlag.

Bedre brug af kvalitetsdata

For at sikre kvalitetsforbedringer skal sundhedspersonalet have adgang til aktuelle kvalitetsdata. I dag er det tidskrævende at indrapportere til kvalitetsdatabaserne og svært at trække friske data ud til at følge op på behandlingskvaliteten.

Brug af kunstig intelligens ved akutopkald[4]

"Når en borger falder om med hjertestop, og der ringes 1-1-2, skal det gå hurtigt. Og det gør det også i Region Hovedstadens Akutberedskab, hvor 3 ud af 4 hjertestop hurtigt identificeres. Et forskningsprojekt viser, at kunstig intelligens (AI) finder 10 pct. flere hjertestop og gør det 10 sekunder hurtigere, når AI 'lytter' med på opkaldene."



NYE MULIGHEDER I GLOBAL INNOVATION[3]

Store globale udbydere af sundhedsteknologi på markeder som det amerikanske investerer med hastig fart i nye sundhedsløsninger baseret på kunstig intelligens. Det skaber grundlag for, at lande som Danmark kan levere digitale sundhedsydelser af høj kvalitet, der samtidig kan bidrage til at frigøre tid hos sundhedspersonalet.

LÆGEFORENINGENS 10 FORSLAG

MERE BEHANDLING I HJEMMET

1. Sundhedsministeriet skal stå i spidsen for en tværfaglig ekspertgruppe, der skal arbejde med udbredelse af fleksible patientforløb. Arbejdsgruppen skal arbejde med systematisk etablering af udbredelse af fleksible patientforløb, hvor det giver fagligt mening uden at slække på kvaliteten og patientsikkerheden.

2. Sygehusledelserne skal i samarbejde med sygehusafdelingerne udvælge ressourcestærke patienter, som er egnet til digital hjemmebehandling.

3. Sygehusledelserne skal sikre tilbud til de mindre digitalt erfarne patienter, så de frit kan få tilbud af høj sundhedsfaglig kvalitet ved fx at kunne vælge mellem fysisk fremmøde og videokonsultation, evt. med støtte i hjemmet til at bruge den digitale løsning.

4. Kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og sygehusafdelinger skal sikre bedre patientforløb ved hjælp af afholdelse af videokonferencer mellem lægepraksis, hospitalslæger og kommunale sygeplejersker.

BEDRE ADGANG TIL PATIENTDATA

5. Sundhedsministeriet skal sikre, at der etableres en landsdækkende adgang til relevante patientdata fra alle dele af sundhedsvæsenet, hvor oplysningerne samles ét sted, data er let tilgængelige, overskuelige og rettet mod klinikerne – og så de kan tilgås fra personalets arbejdspladser.

6. Sundhedsstyrelsen skal nedsætte en tværfaglig arbejdsgruppe, som skal levere anbefalinger om de patientdata, det er relevant at dele på tværs af sektorer, dvs. på tværs af kommunernes sundhedstilbud, hospitaler og egen læge/speciallæge.

7. Regionerne skal sikre, at de digitale værktøjer, som læger får stillet til rådighed i det offentlige sundhedsvæsen, er intuitive, lette at bruge og understøtter lægens kliniske arbejde.

BEDRE BRUG AF KVALITETSDATA

8. Regionerne skal i samarbejde med RKKP[5] investere i datarobotter, som automatisk indsamler data fra de elektroniske patientjournaler og sikrer bedre integration med de kliniske kvalitetsdatabaser.

9. Regionerne skal i samarbejde med RKKP vurdere, hvordan kunstig intelligens kan tages i brug til at indsamle og bearbejde patientnære data med henblik på at aflaste læger, når det er forsvarligt overfor patienterne.

10. Regionerne skal i samarbejde med RKKP og sygehusledelserne sikre systematisk tilbageleverin af indsamlede kvalitetsdata til patientnære miljøer. De skal således etablere og optimere strømmen af data tilbage til miljøerne.

Mere behandling i hjemmet

De senere år har landets hospitaler gennemført en række projekter med fleksible patientforløb, hvor patienter efter behov kan vælge opfølgning udenfor sygehuset i stedet for at blive indkaldt til faste kontrolforløb på hospitalet[6].

Ny teknologi giver patienter større indsigt i deres egen sygdom ved selv at foretage kontrolmålinger i deres eget hjem med automatisk overførsel af data til hospitalet – og ved øget brug af videokonsultationer. Det giver bedre mulighed for at tilbyde fleksible patientforløb med færre hospitalsbesøg og tidsbesparelser for både patienter og sygehuspersonale – samtidig med at behandlingskvalitet og patientsikkerheden forbedres[7].

Ressourcestærke patienter, der udvælges til virtuelle patientforløb udenfor hospitalet, har de bedste muligheder for at bruge teknologi til at hjælpe sig selv til en god og effektiv behandling. Det er vigtigt – men ikke afgørende - at implementering af ny teknologi er tidsbesparende for klinikerne, så det samtidig sparer på arbejdskraften.

Der skal fortsat sikres tilbud til de mindre ressourcestærke patienter, der ikke formår selv at bruge digitale løsninger. Tilbuddet kan være fortsat fremmøde i sundhedsvæsenet - eller hjælp i hjemmet til at håndtere de digitale løsninger, fx ved at der kommer en hjemmesygeplejerske hos patienten og logger på et online møde sammen med patienten og er til stede under mødet.

LÆGEFORENINGENS FORSLAG

1. Sundhedsministeriet skal stå i spidsen for en tværfaglig ekspertgruppe, der skal arbejde med udbredelse af fleksible patientforløb. Arbejdsgruppen skal arbejde med systematisk etablering af udbredelse af fleksible patientforløb, hvor det giver fagligt mening uden at slække på kvaliteten og patientsikkerheden[8].

2. Sygehusledelserne skal i samarbejde med sygehusafdelingerne udvælge ressourcestærke patienter, som er egnet til digital hjemmebehandling.

3. Sygehusledelserne skal sikre tilbud til de mindre digitalt erfarne patienter, så de frit kan få tilbud af høj sundhedsfaglig kvalitet ved fx at kunne vælge mellem fysisk fremmøde og videokonsultation evt. med støtte i hjemmet til at bruge den digitale løsning.

4. Kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og sygehusafdelinger skal sikre bedre patientforløb ved hjælp af afholdelse af videokonferencer mellem lægepraksis, hospitalslæger og kommunale sygeplejersker.

FORVENTEDE EFFEKTER

Teknologiske løsninger til ressourcestærke, men kronisk syge patienter, kan frigøre ressourcer. Egenkontrol i eget hjem, hvor lægen reagerer på informationerne ved behov, kan erstatte kontrolbesøg i de perioder, hvor patienten har det godt med sin kroniske sygdom. Det vil give en bedre sygdomskontrol for patienter samtidig med at frigøre tid for lægen, når patienten ikke møder fysisk frem i sine gode perioder. Det sparer samtidig mange patienter for tidskrævende transport.

Eksempler på behandling i hjemmet

HJEMMEMONITORERING AF HJERTEPATIENTER[9]

Afdeling for Hjertesygdomme på Rigshospitalet har udviklet og testet en løsning til at monitorere hjertesvigtspatienter i deres hjem med det formål at give patienterne mere trygge og fleksible behandlingsforløb. Med en app på sin mobiltelefon overføres data fra 100 forskellige patienter direkte til Sundhedsplatformen.

Erfaringsmæssigt er patienterne meget tilfredse med hjemmemonitorering. Det skaber tryghed og giver overblik uden, at sygdommen fylder mere i hverdagen.

PATIENTERNES EGNE DIGITALE INDBERETNINGER – PRO - I SPECIALLÆGEPRAKSIS KAN GØRE PATIENTFORLØB MERE FLEKSIBLE[10]

I speciallægepraksis arbejdes med digitale spørgeskemaer - PRO – for at inddrage patienterne i egen behandling. PRO anvendes i dialogen mellem patient og behandler til at sikre fokus på det, der betyder mest for den enkelte patient. Et eksempel er behandling med øredræn hos børn: Via digitale spørgeskemaer leverer forældre til børn, der får lagt øredræn, data til den praktiserende ørelæge. Med fastlagte intervaller leveres data om barnets symptomer, effekt af indgreb, trivsel mv. så ørelægen fx kan vurdere, om der er behov for at se barnet til fysisk kontrol.

FLEKSIBLE INDLÆGGELSER FORBEDRER PATIENTFORLØBENE FOR PATIENTER MED KRONISK SYGDOM I AMBULANTE FORLØB[11]

En ph.d.-afhandling fra Silkeborg Sygehus viser, at patienter med adgang til fleksible indlæggelser, hvor de døgnet rundt kan kontakte den afdeling på hospitalet, de er tilknyttet i tilfælde af akut forværring af den kroniske sygdom, har færre indlæggelser, reduceret indlæggelsestid og færre kontakter til lægevagten, men til gengæld flere ambulante kontakter. Der var ingen forskel på antallet af kontakter til almen praksis eller i dødeligheden imellem grupperne.

ØGET BRUG AF VIDEOKONSULTATIONER[12]

Bornholms Hospital samarbejder med Dansk Hovedpinecenter om at behandle patienter via videokonsultationer.

Patienterne bosat på Bornholm vælger selv, om de ønsker fysisk fremmøde eller virtuel kontakt.

Det har betydet, at speciallægevurdering af planlagte udrednings- eller behandlingsforløb kan foregå via video med hjælp fra en lokal læge. Derved har man bragt faglige miljøer tættere på hinanden og kunnet undlade at transportere patienter til København eller læger den anden vej, hvis undersøgelse eller behandling kan klares på video.

I løbet af COVID-19 epidemien er halvdelen af afdelingens 20.000 årlige patientkontakter blevet virtuelle, hvor der tidligere blot var tale om 2.500 virtuelle kontakter.

Bedre adgang til patientdata

Mange patienter behandles skiftevis af hospital, praktiserende læge, praktiserende speciallæge og kommunen. For eksempel kan en patient blive udskrevet fra et hospital til en kommunal aflastnings- eller akutplads, hvorefter de går til kontrol hos deres egen læge. I dag følger oplysningerne om behandlingen imidlertid ikke med patienten fra behandlingssted til behandlingssted.

Derfor oplever læger og andre sundhedspersoner at mangle oplysninger om patientens tidligere eller igangværende behandling, når de modtager patienter fra andre dele af sundhedsvæsenet. For eksempel kan akutmodtagelsen på hospitalet modtage en ældre konfus patient om natten, hvor familien kan fortælle, at vedkommende netop har været hos sin egen læge. I akutmodtagelsen er der imidlertid ikke adgang til oplysninger om årsagen til dette lægebesøg. Det kan være oplysninger, som er vigtige for den videre behandling, eller om, at patienten er ved at blive udredt. På samme måde oplever praktiserende læger og praktiserende speciallæger, at de mangler oplysninger om patienter, der har været behandlet på privat- eller offentligt hospital.

Hvis patientbehandlingen skal foregå på det bedst mulige grundlag, må sundhedspersonalet have bedre adgang til relevante patientoplysninger fra andre dele af sundhedsvæsenet. Med aftale i Region Hovedstaden[13] om at bevare behandlingsansvaret i 72 timer på sygehusene efter udskrivelse, er det blevet tydeligere, at der er behov for at have adgang til data på tværs. Sundhedsreformen[1] fra maj 2022 indeholder en ambition om at sikre et samlet patientoverblik med diagnoser, planer og mål.

Sideløbende har Praktiserende Lægers Organisation, PLO, indgået aftale om, at der skal være adgang til relevante patientdata som en del af overenskomst 2022[14]. Der er aftalt et "patientcockpit", der ud over oplysninger om aktuelle og tidligere diagnoser skal rumme information om medicin fra Det Fælles Medicin Kort, FMK, laboratoriesvar, undersøgelser mv.

LÆGEFORENINGENS FORSLAG

5. Sundhedsministeriet skal sikre, at der etableres en landsdækkende adgang til relevante patientdata fra alle dele af sundhedsvæsenet, hvor oplysningerne samles ét sted, data er let tilgængelige, overskuelige og rettet mod klinikerne – og så de kan tilgås fra personalets arbejdspladser.

6. Sundhedsstyrelsen skal nedsætte en tværfaglig arbejdsgruppe, som skal levere anbefalinger om de patientdata, det er relevant at dele på tværs af sektorer, dvs. på tværs af kommunernes sundhedstilbud, hospitaler og egen læge/speciallæge.

7. Regionerne skal sikre, at de digitale værktøjer, som læger får stillet til rådighed i det offentlige sundhedsvæsen, er intuitive, lette at bruge og understøtter lægens kliniske arbejde.

FORVENTEDE EFFEKTER

Adgang til relevante patientoplysninger på tværs af sundhedsvæsenet har potentiale til at spare ressourcer til unødige undersøgelser og behandlinger. Et overblik over patientens tidligere undersøgelser og behandling ved skift mellem sektorer, må forventes at reducere unødige indlæggelser eller genindlæggelser og sikre en mere præcis diagnostik og rettidig behandling.

Eksempler på bedre adgang til patientdata

PATIENTERNE EFTERLYSER SAMMENHÆNG[15]

I Danske Patienter efterlyser direktør Morten Freil mere sammenhæng for patienterne: *"En af de største udfordringer i sundhedsvæsenet er mangel på sammenhæng. Patienterne oplever at blive kastet rundt mellem afdelinger, rehabiliteringsforløb og almen praksis uden nogen har det samlede overblik. Det fører til fejl, og patienterne oplever, at kontroller og undersøgelser bliver glemt, fordi der ikke bliver kommunikeret på tværs. Det er helt afgørende, at vi får nedbrudt de siloer, som vi desværre oplever i dag."*

KOMMUNERNE EFTERSPØRGER BEDRE DATADELING

Københavns kommunes Sundheds- og omsorgsborgmester Sisse Marie Welling (SF) skriver[16]: *"I Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i København står vi hver dag med ansvaret for pleje og omsorg af byens ældste. De bliver indlagt på hospitalet, opereret eller hurtigt behandlet og udskrevet til kommunen til rehabilitering, mens deres medicin ordineres af egen læge. Og sker der en forværring i borgerens tilstand, ja, så bliver de indlagt på hospitalet igen. Det ser vi desværre meget ofte, for sandheden er, at de nok er færdigopererede – men ikke færdigbehandlede – når de udskrives til vores kommunale pleje.*

Hvis ikke borgerne skal ende som kastebolde i det opdelte sundhedsvæsen, er vi i den kommunale verden derfor meget afhængige af hospitalernes overlevering, når de udskriver patienter til os. Desværre er den [datadelingen] ofte forsinket og mangelfuld, hvilket kan give komplikationer, når en svag ældre forlader hospitalets højt specialiserede pleje."

Sisse Marie Welling efterspørger således bedre deling af data mellem kommune, hospital og egen læge/speciallæge - under hensyntagen til GDPR-lovgivningen - og forudsat, at den enkelte patient har givet sit samtykke til at dele data.

PATIENTCOCKPITTET [17]

I Forhandlingsaftalen mellem PLO og Danske Regioner fra 2022 er aftalt et "Patientcockpit".

Af aftalen fremgår det, at *"Lægen har brug for et patientcockpit, der giver et fokuseret blik på patienten sammen med relevant beslutningsstøtte. Data i cockpittet er bl.a. et udsnit af eksisterende data i lægesystemerne (fx medicin, diagnoser, lab og aktivitet), men i lige så høj grad data fra eksterne kilder som fx sygehuse, LPR3 og kommuner, der fortæller noget om patientens samlede situation, adfærdsmønster i sundhedsvæsenet og hjælper lægen i rollen som tovholder på patientens samlede behandlingsforløb.*

Patientcockpittet skal kunne anvendes i det tværsektorielle samarbejde om sårbare og komplekse patienter således at de relevante sundhedspersoner, som har patienten i behandling, kan få et samlet overblik over patientens situation. Almen praksis skal derfor efter aftale kunne give teknisk kiggeadgang til patientcockpittet til personale på sygehuset og kommunen for at understøtte dialog og samarbejde omkring den konkrete patient."

Bedre brug af kvalitetsdata

Udviklingen af komplicerede patientbehandlinger kræver afprøvninger og analyser af, hvilke behandlinger som hjælper patienterne bedst. Ifølge De Lægevidenskabelige Selskaber, LVS, taber samfundet op til 20-30 milliarder kroner om året, når patienter behandles mindre effektivt, end de kunne være blevet ved at omlægge behandlingerne til det, der hjælper patienterne bedst[18].

Det kræver data og løbende kvalitetsanalyser at vurdere, hvilke behandlinger, der har den største effekt for den enkelte patient. Derfor er det en forudsætning, at både regioner og de enkelte afdelinger får bedre mulighed for at bruge de kvalitetsdata, som de løbende indtaster om behandling af forskellige patientgrupper på tværs af hele landet.

Der sker mange manuelle indtastninger og dobbeltindtastninger af data i flere systemer. Det er en tidskrævende og uhensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenets sparsomme ressourcer[19]. Mange data ligger gemt i journaler, hvor de er svære at trække ud, med den konsekvens, at læger ikke har de kvalitetsdata til rådighed, de har behov for i deres opfølgning på behandlinger.

Der mangler derfor systematiske undersøgelser af, om eksempelvis en udført operation eller scanning har været til større fordel for patienten end andre behandlinger[20]. Det begrænser lægers muligheder for at følge med i, hvilke behandlinger, som har størst kvalitet for den enkelte patient, og hvilke behandlinger, som det vil være bedre at ændre eller helt at undlade.

Får læger adgang til flere kvalitetsdata, kan det klarlægges, om patienterne tilbydes den rigtige behandling, eller om en anden behandling er bedre. Det kan være en stor fordel at udvikle nye analyseværktøjer, fx ved at bruge kunstig intelligens, AI.

Derfor er der brug for digitale løsninger, der kan understøtte sundhedspersonalet i at øge behandlingens kvalitet og reducere presset på sundhedsvæsenets ressourcer.

LÆGEFORENINGENS FORSLAG

8. Regionerne skal i samarbejde med RKKP investere i datarobotter, som automatisk indsamler data fra de elektroniske patientjournaler og sikrer bedre integration med de kliniske kvalitetsdatabaser.

9. Regionerne skal i samarbejde med RKKP vurdere, hvordan kunstig intelligens kan tages i brug til at indsamle og bearbejde patientnære data med henblik på at aflaste læger, når det er forsvarligt overfor patienterne.

10. Regionerne skal i samarbejde med RKKP og sygehusledelserne sikre systematisk tilbagelevering af indsamlede kvalitetsdata til patientnære miljøer. De skal således etablere og optimere strømmen af data tilbage til miljøerne.

FORVENTEDE EFFEKTER

Automatisering af manuelle indtastninger af data til kvalitetsdatabaser kan spare arbejdskraft og have positive effekter, der rækker ud over det danske sundhedsvæsen og vores landegrænser. Flere projekter med forskning og kvalitetsudvikling - baseret på aktuelle patientdata - vil give grundlag for at skabe højere kvalitet i behandlingen i det danske sundhedsvæsen. Det vil også være til inspiration internationalt. Herudover vil det give leverandører af sundhedsteknologi bedre kendskab til, hvad der fungerer for danske patienter. Resultatet vil være udvikling af bedre patientbehandling i både Danmark og i udlandet, drevet frem af sundhedsinnovation.

Eksempler på bedre brug af kvalitetsdata

KUNSTIG INTELLIGENS OPSPORER BRYSTKRÆFT[21]

Region Hovedstaden har siden november 2021 brugt kunstig intelligens til screening for brystkræft i de grupper af kvinder, hvor sandsynligheden for brystkræft er lav. Hvor alle screeningsbilleder tidligere blev vurderet af to speciallæger, er den ene læge blevet erstattet af kunstig intelligens. Algoritmen undersøgte over 15.000 kvinder for brystkræft i projektets tre første måneder, og de første resultater viser, at det kan aflaste 30 procent af speciallægernes arbejde med at analysere røntgenbilleder. Kvinderne får samtidig hurtigere svar på deres scanning for brystkræft.

KIAP: EKSEMPEL PÅ KVALITETSDATA DER STØTTER BEHANDLINGEN I ALMEN PRAKSIS

Læger i almen praksis indgår i klyngesamarbejder, hvor de via den nationalt dækkende organisation "KiAP" (Kvalitet i Almen Praksis) har adgang til såkaldte klyngepakker, som er en online hjælp til læger til deres systematiske kvalitetsindsats over for patienterne. Klyngepakkerne arbejder med udvalgte patientgrupper med fx KOL, diabetes, nedre luftvejsinfektioner etc. Pakkerne indebærer, at data fra den pågældende læges patienter struktureres i visninger med et godt overblik for lægen, der gør det nemmere at vurdere, om der er patienter, der fx skal have ekstra opmærksomhed vedr. deres medicinering m.m.

AUTOMATISERET BRUG AF DATA TIL KVALITETSFORBEDRINGER I SPECIALLÆGEPRAKSIS[22]

I speciallægepraksis benyttes IT-programmet "Sentinel" til automatiseret opsamling af data fra patientjournalerne. Det betyder, at praktiserende speciallæger kan minimere tidskrævende manuelle indberetninger til fx de kliniske kvalitetsdatabaser ved kun at skulle supplere med data, der ikke kan hentes via journalen. "Sentinel" systematiserer data til brug for konkrete kvalitetstiltag og kan fx sende tidstro data fra databaserne tilbage, så den praktiserende speciallæge løbende kan sammenligne egne data med aggregerede data fra andre inden for samme speciale.

RADIOLOGICAL ARTIFICIAL INTELLIGENCE TESTCENTER (RAIT)[23]

Der er etableret et offentlig-privat samarbejde ved udvikling af radiologiske kunstig intelligens (AI) algoritmer, som kan hjælpe med at bruge sundhedsvæsenets ressourcer effektivt ved brug af digitale AI løsninger. Det kræver store datamængder at udvikle algoritmer. Det radiologiske speciale genererer mange data og er derfor oplagt for udvikling af digitale løsninger, der bygger på kunstig intelligens. Radiologisk Artificial Intelligence Testcenter (RAIT) er etableret til at understøtte og accelerere behovsdrevet og værdiskabende AI implementeringer i samarbejde med industrien. RAIT samarbejder med flere startup-firmaer og større virksomheder. De samarbejder både i udviklings- og implementeringsfasen.

Noter

1. Sundhedsreform. Den 20. maj 2022. Sum.dk
2. Den Fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2022-2025, Digist.dk
3. www.grandviewresearch.com
4. Region Hovedstaden, Den 11. januar 2021 Regionh.dk.
5. RKKP: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
6. Fx Kaptain-projektet for KOL-patienter på Hillerød Hospital, Helhedsorienterede Patientforløb, maj 2018
7. Fx ph.d.-projektet "Akut forværring af kronisk sygdom: Evaluering af en tværsektoriel intervention for bedre integration af behandling og opfølgning", juni 2021
8. Fx med udgangspunkt i "Database over evidensbaseret telemedicin" fra OUH
9. Afdeling for hjertesygdomme, Rigshospitalet
10. FAPS, Foreningen af Praktiserende Speciallæger
11. Ph.d.-projektet "Akut forværring af kronisk sygdom: Evaluering af en tværsektoriel intervention for bedre integration af behandling og opfølgning", juni 2021
12. Dansk Hovedpinecenter, Rigshospitalet – Glostrup
13. Regionh.dk - Aftale om udvidet behandlingsansvar 72 timer
14. Overenskomst om almen praksis 2022, læger.dk/PLO
15. Danske Patienter.dk. Et bedre sundhedsvæsen - ni forslag til den nye regering. Den 29. august 2019
16. Sundhedsmonitor. Den 10 juni 2022: "Sundhedsborgmester: Datadeling, ja tak! Min læge skal vide, hvem jeg er, og hvad jeg fejler"
17. PLO, Praktiserende Lægers Organisation, Forhandlingsaftale 2022, læger.dk
18. Sundhedsvæsenet spilder for 20-30 milliarder kroner hvert år, Ugeskrift for Læger, 2021
19. Digitalisering kan frigøre livsnødvendig arbejdskraft, Danske Regioner, 2022
20. Lægernes standardbehandlinger er sjældent baseret på videnskabelige forsøg, Science News, 2020
21. Region Hovedstaden. Den 14. marts 2022. Regionh.dk.
22. FAPS, Foreningen af Praktiserende Speciallæger
23. Indstilling til Danmarks bedste kliniske forsøg og afprøvning 2022