



REGION NORDJYLLAND

DANSKE
REGIONER



SAMMENHÆNGENDE BORGERFORLØB



DET GODE BORGERFORLØB BILAG

Løsningsmodel for sammenhængende borgerforløb for udsatte børn og unge på tværs af Aalborg Kommune og Region Nordjylland

Version 1.0.
December 2017

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
1. Indledning	4
1.1. Formål	5
1.1.1. Fremgangsmåde	5
1.2. Målgruppe og problemfelt	6
1.2.1. Borgerens problemfelt	6
1.2.2. Brugernes problemfelt	7
1.2.3. Borgernes og brugernes ønsker til en styrket indsats	9
1.2.4. Det gode borgerforløb	10
1.2.5. Fælles fremtidige mål og datadelingsønsker	12
2. Udvekslingsmodellen	13
2.1. Arkitekturregler og principper	14
2.2 Udvekslingsmodel overordnet med centrale forretningsobjekter	15
2.2.1. Modellens opbygning	15
3. Løsningsmodel (Mock-up)	16
3.1 Tidslinje/overblik	17
3.1.1 Overskriftbjælke	17
3.1.2 Aktørliste	17
3.1.3 Tidsnavigation	17
3.1.4 Tidslinjer	18
3.1.5 Seneste/Næste aktivitet	18
3.2 Stamkort	18
3.3 Udredninger	18
3.3.1 Periode	19
3.3.2 Aktør	19
3.3.3 Kategori	19
3.4 Indsatser	20
3.4.1 Periode	21
3.4.2 Aktør	21
3.4.3 Type	21
3.4.4 Indsatser	21
3.5 Dokumenter	21
3.6 Løsningsmodellens (mock-up) afspejling af udvekslingsmodel	22
3.6.1 Eksempler på kobling mellem løsningsmodel og udvekslingsmodel	22
3.7 Pårørendes oplevelse i forbindelse med test af løsningsmodellen	23
4. Erfaringer og forudsætninger for projektet	23
4.1 Juridiske forudsætninger (samtykke)	23
4.2 Semantiske forudsætninger	24
4.3 Kulturelle og organisatoriske forudsætninger:	24
4.4 Tekniske forudsætninger	24
4.5 Afgrænsning og afhængigheder	25
4.6 Forventet effekt/gevinster af projektet	25
4.7 Fordele og udfordringer	26
5. Det videre projektforsløb	27
5.1. Realisering af projektet	27
REFERENCER og LINKS	29
BILAG	31
Bilag A: Opgave formål, mål, lovgivning og metoder	31
Bilag B: Projekterfaringer	32
Bilag C: Nuværende arbejdsgange	34

Bilag D: Identificerede udfordringer	35
Bilag E: Fremtidige arbejdsgange	37
Bilag F: Arbejdsgangdiagrammer	38
Bilag G: Systemoverblik over relevante fagsystemer	39
Bilag H: Fuld oversigt over modtagne skemaer mm.	40
Bilag I: Projektgruppe Arbejdsgruppe KL Pilotafprøvning	41
Bilag J Dataeksempler Tilstand, Indsats og Aktivitet.....	42
Bilag K Dataeksempler Tilstand, Indsats og Aktivitet	43
Bilag K: Samlet udvekslingsmodel	44
Bilag L: Løsningsmodel (Mock-up).....	45

1. Indledning

Borgerne skal opleve en sammenhængende og effektiv offentlig sektor. Det betyder fx, at udsatte børn og unge og deres familier ikke skal bruge unødigt tid på at være i kontakt med offentlige myndigheder. Koordination og samarbejde på tværs af myndigheder skal ske enkelt og effektivt, så medarbejderne har de bedste mulige forudsætninger for at forstå de udsatte børn og unges situation og dermed imødekomme deres behov. Samarbejde mellem myndigheder skal være effektivt, så data deles, hvor de kan. De udsatte børn og unge og deres familier skal ikke have oplevelsen af, at de skal "bære" oplysninger rundt mellem myndigheder.

Sådan lyder hensigtserklæringen for pilotafprøvning af sammenhængende borgerforløb for udsatte børn og unge, der har løbet fra august-december 2017. Projektet har fokus på at afprøve sammenhængende borgerforløb i regi af initiativ 3.1 i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi, hvor målet er at øge koordination og samarbejde på tværs af myndigheder, så borgerne både møder en samarbejdende offentlig sektor, samt får bedre mulighed for at mestre eget liv.

Projektet er blevet til i samarbejde mellem KL (projektejer), Danske Regioner og Digitaliseringsstyrelsen. Projektgruppen har været sammensat af KL (Center for social og sundhed samt kontoret for Arbejdsgange og It-arkitektur) og Danske Regioner med konsulentfirmaet Symmetric som koordinerende og udførende projektleder. Projektejer i KL refererer til styregruppen i regi af Digitaliseringsstyrelsen. Selve kortlægningen og afprøvningen er desuden foregået i samarbejde med Aalborg Kommune og Region Nordjylland, der her refereres til som arbejdsgruppen.¹

Projektet tager udgangspunkt i borgeres og brugeres behov for sammenhæng og overblik i forløb, der går på tværs af såvel sektorer som organisatoriske enheder. Forsøget omfatter en række forskellige aktører med forskellige professionelle tilgange, herunder lærere, socialpædagoger, socialrådgivere, psykologer, psykiatere og praktiserende læger. Projektet har med udgangspunkt i disse interessenter analyseret borgernes og brugernes informationsbehov og ønsker til overblik over tværgående processer og aktiviteter.

Produktet af dette projekt har gennem hele projektforløbet IKKE været tiltænkt som en rapport. Derfor er "afrapporteringen" holdt så simpel og konkret som muligt. Rapporten indeholder en beskrivelse af det gode borgerforløb med databehov, en udvekslingsmodel samt en løsningsmodel (mock-up²). Disse udgør det samlede produkt og er projektets forslag til løsningen på de konkrete problemstillinger. Rapporten afrundes rapporteringen med konkrete anbefalinger for, hvordan man kan og bør arbejde videre med det præsenterede løsningsdesign. Projekterfaringer, arbejdsgangsanalyserne med mere er placeret i bilag. Rapporten er tiltænkt fagfolk der arbejder med udsatte børn og unge samt it-udviklere og arkitekter. Første del af rapporten er beskrivende hvor afsnittet om udvekslingsmodel samt løsningsdesign er af mere teknisk karakter.

¹ Se bilag I for en oversigt over arbejds- og projektgruppe deltagere.

² En mock-up er en ikke nødvendigvis funktionsdygtig prototype, der har tilstrækkelig funktionalitet i forhold til det endelige slutprodukt. Formålet med en mock-up er at kunne vurdere udformningen af det påtænkte produkt uden et for stort ressourceforbrug, således at uhensigtsmæssigheder kan tilrettes på et tidligt tidspunkt og derved nedbringe antallet af fejl ved slutproduktet.

1.1. Formål

KL udførte i regi af Strategi for digital velfærd 2014-2015 en række analyser, der pegede på, at den fælleskommunale rammearkitektur kan understøtte muligheden for at dele data på tværs af faglige skel og myndigheder³. Flere analyser har siden peget på lignende behov for fælles struktur og standarder for datadeling.

Hensigten med projektet er at vise, hvordan dette konkret kan gøres, samtidig med at projektets sigte har været at gøre det med udgangspunkt, i hvad der er meningsfuldt for borgerne. Projektets primære indgangsvinkel har derfor været at forstå borgerens og fagpersonernes perspektiv og behov gennem samsskabelse og involvering. Det betyder, at projektet hele tiden har sat beslutninger og prioritering i relation til, hvad der giver værdi og hvad der er meningsfuldt for borgere og brugere. Det er dermed borgerens behov og situation, som afspejles i løsningsdesignet.

Projektet har med afsæt i tankerne omkring samsskabelse og borger-brugerinvolvering følgende indsatsmål for afprøvningen:

1. Et konkret og afprøvet forslag til koordineret opgaveløsning og arbejdsprocesser samt deling af relevant information, som efter projektets afslutning eventuelt kan udbredes mere generelt.
2. Udarbejdelse af en mock-up i form af et løsningsdesign og senere demonstrationsmodel for digital understøttelse af udvalgte data, som efter projektets afslutning eventuelt kan udbredes mere generelt.
3. Viden og evaluering, der bruges til arbejde med at sikre fællesoffentlig arkitekturstyring, fælles standarder for gode data og fælles rammer for infrastrukturer for datadeling.

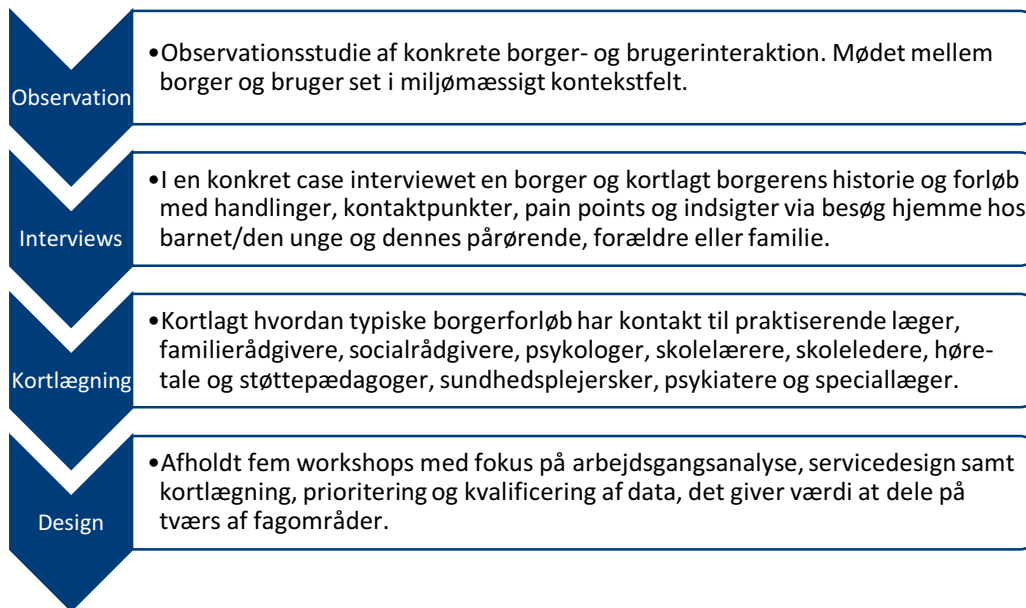
1.1.1. Fremgangsmåde

Initialt har en antagelse for projektet været, at det er borgernes mål, perspektiv og behov, der kan samle de forskellige faglige tilgange på tværs af sektorer. Projektet har derfor hele tiden spurgt: *"Giver dette værdi for borgerne?"* og *"Giver det fagligt mening for fagpersonerne?"*.

For at opnå en realistisk forståelse for hvordan borgere og fagpersoner oplever de situationer børn, unge og deres familier gennemgår, har projektet derfor indsamlet datamateriale gennem følgende aktiviteter:

³ Strategi for digital velfærd – forretningsanalyse: "På vej mod bedre sammenhæng, samarbejde og datadeling på social- og sundhedsområdet": <https://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Rapporter-og-analyser/Social/Foranalyse-af-konkrete-datadelingsbehov-i-sagsbehandlingen-paa-socialomraadet>

Figur 1: Metodetilgang

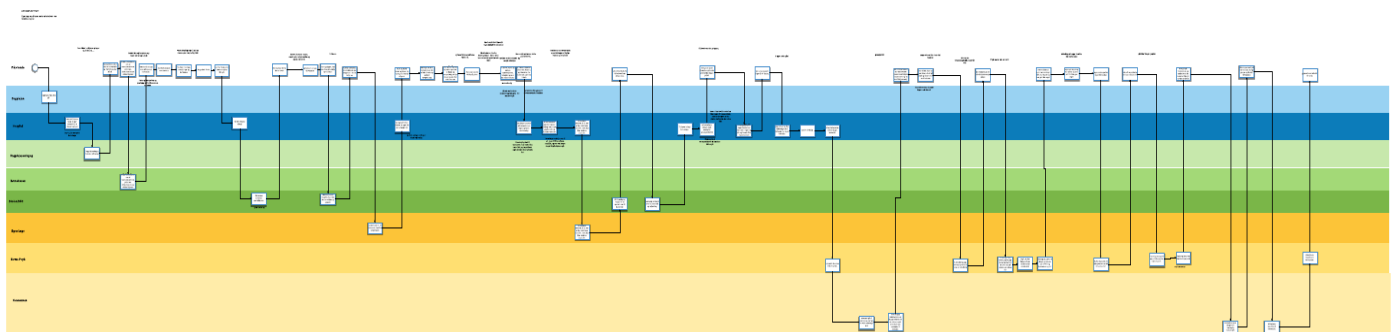


Projektet har generelt været inspireret af metoderne for KL Servicedesign og tankerne bag aktionsforskning og deltagende felt- og observationsstudier.

1.2. Målgruppe og problemfelt

Der sondres løbende mellem borgere og brugere i denne afrapportering. Brugere er i denne sammenhæng de forskellige fagpersoner ansat i kommunalt eller regionalt regi, der i det konkrete borgerforløb har kontakt til den unge og dennes familie.

Figur 2: Eksempel på borgerforløb med brugerkontakter i dag



Borgerne er her barnet eller den unge med forældrene eller pårørendes oplevelse og livssituation som det primære afsæt for det præsenterede løsningsdesign. Til at perspektivere problemfeltet er en udvalgt borgeroplevelse kort gengivet nedenfor.

1.2.1. Borgerens problemfelt

Anna er 45 år og har tre børn. Hun blev skilt for to år siden og bor alene.

Annas ældste søn Andreas har siden 2-års alderen udvist en anderledes adfærd, der periodisk er kommet til udtryk i form af fysisk funktionsnedsættelse i særligt benene. De følgende fire år tager forældrene kontakt til egen læge, dagplejen, børnehaven og børnelæger på sygehuset, hvor Andreas bliver indlagt med hyppige mellemrum med fokus på de fysiske symptomer omkring benene. Anna fortæller, at der allerede ved helbredstjek af sundhedsplejerske og sidenhen hos dagpleje og børnehave var tidlige

adfærdsmæssige observationer og indikatorer på, at der var noget anderledes med hendes søn. Men de enkelte observationer blev aldrig delt med andre, mener Anna. Andreas starter som seksårig i folkeskolen og er fagligt godt med. I frikvarterer, fællessamling og idræt trækker Andreas sig dog fra disse aktiviteter.

Da Andreas er ni år opdager Anna, at Andreas ikke er med til fællessamling. Han sidder under et af bordene og græder. Han har ikke lyst til at gå i skole. Andreas begynder at få flere og flere sygedage fra skolen. Han indlægges også oftere på sygehuset på grund af "noget fysisk med benene".

Anna forsøger at få hjælp til Andreas. Men ingen ser andet end de fysiske symptomer. Skole og SFO ser samtidig en faglig dygtig dreng, som er vellidt af sine kammerater. Ifølge Anna har skolen ikke bemærket noget særligt. Dog er der en pædagog fra SFO, der ser, at Andreas virker overbelastet og stresset og giver ham noget alene tid. Der er nu lange perioder på op til tre måneders varighed, hvor Andreas slet ikke kommer i skole.

Da Andreas er 11-12 år bliver han indlagt på børneafdelingen. En ny børnelæge på afdelingen anmærker i journalen 'OBS Azberger' uden orientering og deling af information. Annas mindste søn har lignende tegn, hvilket bliver udredt med det samme på børnepsykiatrisk afdeling. Det gør Anna nysgerrig på, hvorfor dette ikke går igen hos Andreas. Det er først i den forbindelse, at Anne opdager, at Andreas tidligere er diagnosticeret med Azberger.

Først på baggrund af Annas opdagelse involveres Familieafdelingen i kommunen og børnepsykiatrisk afdeling, som vurderer hvorvidt Andreas skal på specialskole eller skal gives støtte og vejledning på skolen.

1.2.2. Brugernes problemfelt

Det har vist sig i mødet med borgere som Anna, at borgerne har rigtig mange kontaktpunkter i det offentlige på tværs af fagområder og sektorer. Potentielt er der op til 29 aktører, der ligger inde med informationer, som er relevante for andre, og som borgeren potentielt modtager indsatser fra⁴.

12 af disse faglige aktører har været direkte involveret i projektet:

Kommunale aktører:

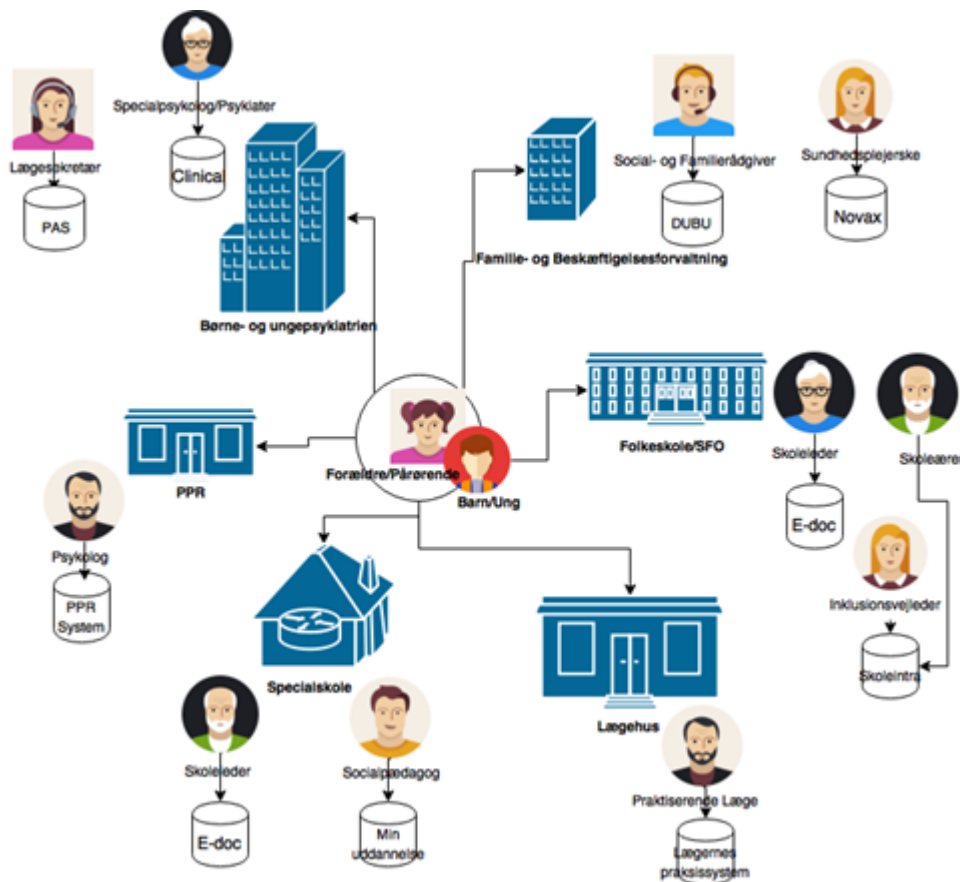
- Socialrådgivere og socialvejledere (familie- og beskæftigelsesforvaltning))
- Sundhedsplejerske
- Skoleleder og lærer/inklusionsvejleder fra folkeskole
- Psykolog fra Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

Regionale aktører:

- Praktiserende læge (Lægehus)
- Specialpsykolog, psykiater, socialrådgiver, læge og lægesekretær fra Børne- og Ungepsykiatrien

⁴ Bl.a. skolelærere, familievejledere, socialrådgivere, psykologer, specialpsykologer, psykiatere, børnelæger, dagplejen, sundhedsplejen, tandplejen, praktiserende læger, børnehavepædagoger, støttepædagoger, inklusionsvejledere, tale- og hørepædagoger m.fl. Se bilag A for de involverede interessenter og deres opgaveområder

Figur 3: Aktør- og systemlandskab



Derudover var der også kontakt til it-projektledere, it-arkitekter og digitaliseringskonsulenter samt periodisk kontakt til børnelæge fra sygehus (Somatisk børneafdeling), dagpleje og pædagog fra børnehave og sundhedsplejersken. Tandplejen har ikke været direkte involveret, men projektet er klar over, at de også står inde med meget relevante observationer og faglig viden om sårbare og udsatte børn og unge ligesom flere andre.

Foruden, at der er mange forskellige kontaktpunkter for borgerne, har projektet også identificeret 45-50 forskellige varianter af skemaer, blanketter og formularer, der indgår i borgernes forløb. Mange af blanketterne besvarer de samme spørgsmål om fx status på sundhedsforhold, sociale forhold og boligforhold, men set ud fra forskellige faglige aktørers perspektiv og faglige agenda⁵. Andre blanketter er varianter af samme blanket med kun enkelte ændringer om fx samværsformer, modersmål (behov for tolk), aflastningsfamilie, plejefamilie eller anbringelse på institution m.fl.

Konklusionen er, at borgerne har mange forskellige kontakter i forbindelse med forløb. Tillige er der mange forskellige skemaer og tilsvarende, som samler informationer om barnet og den unge samt forældrene. Hvert skema laves med afsæt i det enkelte fagområdes tilgange og forståelser og med afsæt i barnets/den unges udfordringer og ressourcer. Men de indeholder i høj grad også de samme informationer.

I forhold til fokus for dette projekt er en væsentlig konklusion, at mange af disse beskrivelser indeholder store mængder fritekst i form af ikke-struktureret, ikke-entydigt defineret begrebsdannelse og forståelse samt ikke-klassificeret data.

⁵ Se bilag H for samlet liste over blanketter, skemaer og formularer.

1.2.3. Borgernes og brugernes ønsker til en styrket indsats

På baggrund af de udfordringer som projektet lokaliserede (jf. ovenfor), indeholdt de afholdte workshops en kortlægning af, hvad borgerne ønsker sig for mere sammenhængende og overskuelige forløb. Dels i forhold til overblik og involvering i forløbene for barnet og den unge, dels omkring de informationer borgerne ønsker at blive delagtiggjort i under forløbet.

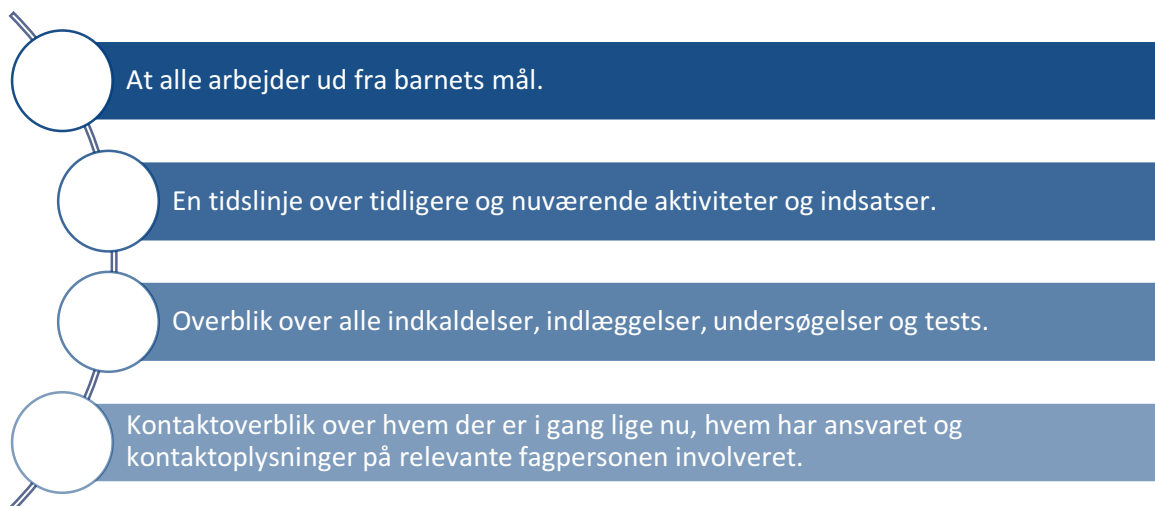
I disse workshops kortlagdes det samtidig, hvilke behov brugerne har for at kende til de planer og den viden, som andre aktører arbejder med i behandlingen af barnet og den unge.

Konklusionerne fra disse øvelser indgår grundlag for udarbejdelsen af det konkrete løsningsdesign (mock-up).

Borgerbehov

Borgerne har i projektføreløbet udtrykt klare og præcise ønsker som alle centrerer sig om indblik og involvering i på følgende områder:

Figur 4: Identificerede borgerbehov

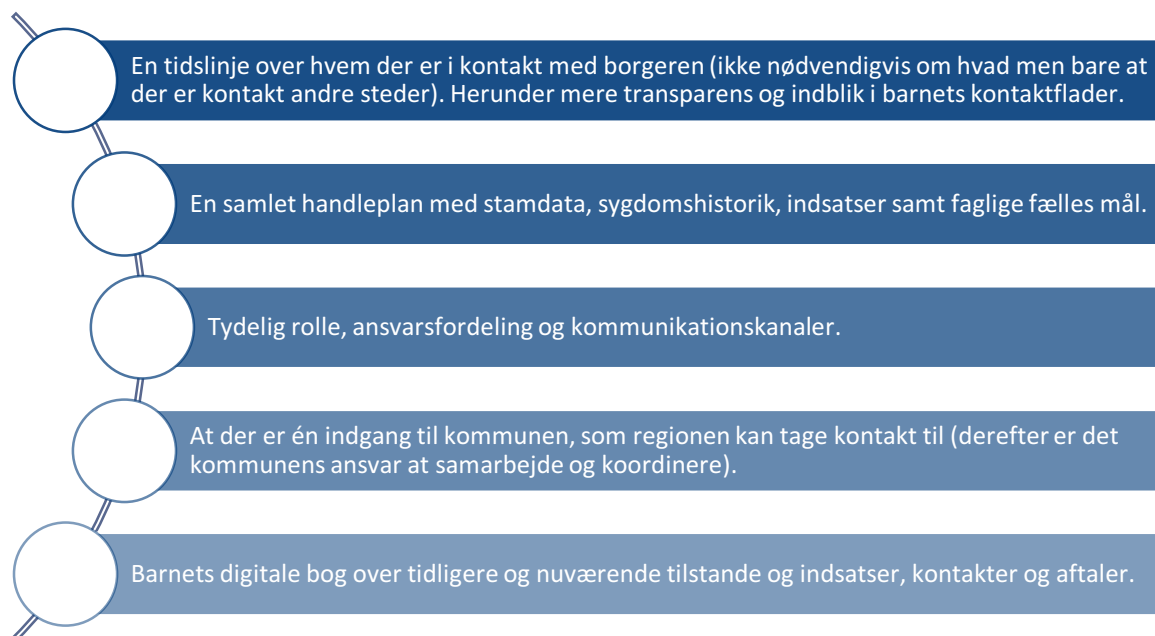


Det er væsentligt at bemærke, at borgerne forventer, at data allerede deles og at indsatser koordineres mellem aktørerne og på tværs af sektorer. Derudover er en anden væsentlig pointe, at borgerne har generelt vanskeligt ved at forstå, hvorfor de hele tiden skal give samtykke. De forventer, at der altid handles i henhold til deres bedste og ser kontinuerligt samtykke som en forhindring frem for et sikkerhedsaspekt.

Brugerbehov

Brugerne har på den anden side vanskeligt ved at se ud over den praksis, som de kender i dag. Dette kan hænge sammen med, at praksis er tæt bundet op på gældende lovgivning. Af konkrete behov hos fagpersonerne er der følgende blevet fremsat:

Figur 5: Identificerede brugerbehov

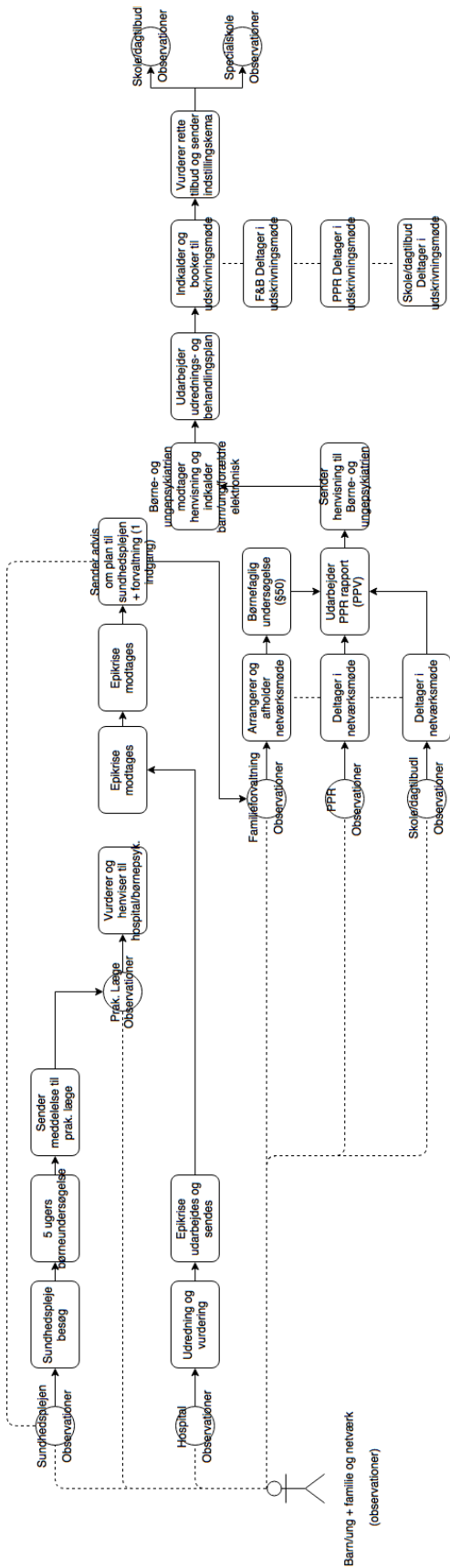


Borgernes og brugernes behov er nærmere konkretiseret og afspejlet i det gode borgerforløb med deres fælles fremtidige ønsker og datadelingsønsker.

1.2.4. Det gode borgerforløb

Kortlægningen af udfordringerne og ønsker til den nye løsning blev efterfølgende på en workshop udmøntet i et fokus på "det gode borgerforløb". Det gode borgerforløb angiver, hvordan et forløb ideelt bør understøttes, hvornår de forskellige fagpersoner ideelt set kommer på banen, og hvornår de bør dele data med andre i forløbet. Det centrale i det gode borgerforløb nedenfor er, at der er mange forskellige faglige og private aktører som kan have relevante observationer om barnet/den unge og som i et ligeværdigt samarbejde skal kunne dele oplysninger med hinanden med borgeren som det centrale udgangspunkt i borgerforløbet (se figur nedenfor).

Figur 6: Det gode borgerforløb



Observationerne kan falde på forskellige tidspunkter i processen, men med fokus på en tidlig indsats allerede ved 5 ugers helbredstjek (og gerne forebyggende før fødsel) i

et tæt samarbejde mellem sundhedsplejersken og praktiserende læge. Det gode borgerforløb ender enten med, at barnet/den unge forbliver i det eksisterende dag- eller skoletilbud) med særlig støtteforanstaltninger og vejledning eller visiteres til specialtilbud (specialskole eller tilsvarende).

1.2.5 Fælles fremtidige mål og datadelingsønsker

På workshoppen vurderede deltagerne, hvilke data der skal kunne deles, samt hvilke ønsker der er til et godt borgerforløb. På den baggrund blev der lagt vægt på følgende fremtidige mål:

1. Borger/pårørende og fagpersoner skal på tværs af sektorer have let og tidstro adgang og overskueligt overblik over deres kontaktpersoner, relevante oplysninger, mødeaktiviteter og mødeindkaldelser (kalender) i borgerens forløb.
2. Borgere/pårørende og fagpersoner skal have lettere ved at komme i dialog med andre fagpersoner i borgerforløbet. Det skal eksempelvis være muligt at tilgå oplysninger/informationer på forskellige detaljeringsniveauer.
3. Oplysningerne og præsentationen af disse skal være brugervenlige og give bedre forudsætninger for inddragelse og bedre dialog for både fagpersoner og borgere/pårørende.

Brugerne har desuden givet udtryk for, hvilke oplysninger de ønsker at modtage og fra hvilke aktører. Ønskerne er angivet som fælles ønske på tværs af fagområder og sektorer:

1. At modtage en avis fra PPR, når der er en konklusion.
2. At der gives adgang til udskolingsundersøgelser, underretninger og PPR indsatser, når der er stillet diagnose(r).
3. At modtage oplysninger fra skoler. Vil ikke have elevplaner, men viden om skoleforløb, støtte og skoleskift samt information om barnets adfærd og trivsel.
4. At praktiserende læge kan følge med i notater fra de forskellige sektorer.
5. At kunne få et hurtigt overblik over en sag, socialfaglige vurderinger mm.
6. At kunne få indsigt i Familie- og Beskæftigelsesafdelingens oplysninger ift. hvor sagen er, og få viden til at sikre at barnet er i centrum.
7. At sundhedsplejerskernes viden deles.
8. At kunne slå op i et fælles system og se hvilke kontakter til forvaltningen, der eksisterer, og overføre dem til eget system ved behov.
9. At kunne tilgå et oversigtsbillede med forløb og kontaktpunkter, planer og indsatser, så det er tydeligt for alle parter, hvor der skal søges viden.

Derudover er det et ønske, at samtykke er tydeligt og præcist angivet. Om borgeren har givet lov til at dele og indhente specifikke oplysninger. Samtykke er en gennemgående udfordring og forudsætning, som ikke løses i dette korte pilotafprøvningsprojekt, men som løses når der foreligger en fællesoffentlig samtykkekomponent til rådighed.

For at løse de angivne ønsker blev der på workshops arbejdet med at identificere, hvilke konkrete oplysninger der er vigtige og giver værdi at dele, herunder hvad deltagerne gerne vil modtage fra andre. Interessenterne pegede på følgende prioriteret emneliste:

Figur 7: Prioriterede dataemner

Oversigt over enheder på tværs af socialområdet for børn og unge, samt system, metode og dataemner							
Enhed	Specialskole	Skole	PPR	Familiegruppen	Praktiserende læge	Soc. Psykiatri	Sundhedsplejerske
System	E-doc/Min uddannelse	Skoleintra/E-doc	PPR-system/E-doc	DUBU	Lægernes praksissystem	PAS/Clinical	Novax
Metode	Motorisk kognitive tests	SOS, ICS, CPS	WAIS, WISC, BRIEF	ICS	ICD-10	ICD-10	ADBB Skala
Centrale dataemner	Data fra specialskole	Skole/ Statusudtalelse	PPR Rapport	ICS statusblanket + Børnefaglig undersøgelse	Henvielse + Korrespondance meddelelser	Anamnese + Epikrise	Korrespondance meddelelser
Hvilke enheder ønsker adgang til hvilke dataemner							
Centrale Dataemner	Specialskole	Skole	PPR	Familiegruppen	Praktiserende læge	Soc. Psykiatri	Sundhedsplejerske
Data fra specialskole							
Skole/ Statusudtalelse	X		X	X		X	X
PPR Rapport	X	X		X	Lejlighedsvist	X	X
ICS statusblanket + Børnefaglig undersøgelse	X	X	X		X	X	X
Henvielse + Korrespondance meddelelser	X	X	X	X		X	X
Anamnese + Epikrise	X	X	X	X	X		X
Korrespondance meddelelser	X	X	X	X	X	X	X

Det blev på den baggrund besluttet at gå videre med følgende fem dataemner, der vil give værdi at dele for alle involverede fagpersoner og borgere.

1. Henvielse/korrespondancemeddelelse (praktiserende læge, sundhedsplejen, hospital og kommune)
2. Epikrise/Anamnese (børne- og ungdomspsykiatrien)
3. ICS børnefaglige undersøgelse/statusudtalelse (familie- og beskæftigelsesafdelingen)
4. Skoleudtalelse/elevplan (folkeskolen)
5. PPR rapport (PPR)

Til hvert af disse punkter er oplysninger blevet analyseret og systematiseret i forhold til hvilke konkrete oplysninger datamodel og mock-up skal indeholde⁶.

På baggrund af de udførte analyser samt workshops er der blevet udarbejdet en udvekslingsmodel, der indenfor rammerne af den fælleskommunale rammearkitektur kommer med forslag til, hvordan data kan håndteres og struktureres på tværs af aktører på at udveksles data mellem aktørerne. Udvekslingsmodellen er den bagvedliggende arkitektur for løsningsmodellen (mock-up) og løsningsdesign, som præsenteres senere. Udvekslingsmodellen er med andre ord motoren bag den løsningsmodel og det løsningsdesign, som er den grafiske visning og det som brugerne møder.

2. Udvekslingsmodellen

Udvekslingsmodellen har til formål at anskueliggøre, hvordan data på social- og sundhedsområdet kan opdeles og håndteres, så der skabes en fælles strukturering og forståelse af data. Udviklingen af en fælles model til at udveksle data på social- og

⁶ Se bilag J for eksempel på udvalgte dataelementer.

sundhedsområdet for udsatte børn og unge tager udgangspunkt i den fællesoffentlige⁷. Og fælleskommunale⁸ –digitaliseringsstrategi. Den fællesoffentlige hvidbog⁹ samt den fælleskommunale rammearkitektur¹⁰ danner derfor grundlag for arbejdet med at udvikle en fælles model til at dele data på tværs af området.

Arbejdet med at udvikle en fælles model i dette projekt, er sket på baggrund af projektets arbejdsgangsanalyser, samt ud fra en tidligere foretaget analyse på området "På vej mod bedre sammenhæng, samarbejde og datadeling på social- og sundhedsområdet"¹¹. Samlet set er forudsætningen for udvekslingsmodellen, at data på tværs af fagområderne ofte beskriver noget om de aktiviteter, indsatser eller tilstande der er registreret eller omhandler et udsat barn/ung. Selve dataanalysen og udvikling af en model i dette projekt er udført ud fra en formodning om, at data på tværs af de fagområder der er i kontakt med udsatte børn og unge kan struktureres efter samme mønster med aktiviteter, indsatser eller tilstande. Begreberne indsats, aktivitet og tilstand bliver forklaret senere i afsnittet "Udvekslingsmodellens opbygning"

2.1. Arkitekturregler og principper

Der er i projektet taget højde for de fællesoffentlige¹² og fælleskommunale¹³ arkitekturprincipper og regler under udarbejdelsen af en fælles udvekslingsmodel. Reglerne og principperne kan være med til at sikre, at udvekslingsmodellen understøtter en fælles retning herunder en fælles forståelse og sprog på tværs af social- og sundhedsområdet for udsatte børn og unge, samt tage hånd omkring, hvordan data skal behandles og udveksles, og sikre at relevant data bliver genbrugt på tværs af området. Nedstående tabel giver et overblik over hvilke regler/principper der har været særligt vigtige at tage hensyn til i udviklingen af en udvekslingsmodel samt løsningsmodel.

Tabel 1 Arkitekturregler og principper som er relevante for projektet

Særligt relevante arkitekturregler og principper for projektet		
Fællesoffentlige arkitekturregler	Fælleskommunale arkitekturprincipper	Udmøntning i projektet
2.1 Anvend og udbyg den fællesoffentlige rammearkitektur	A1 Der arbejdes mod en fælles rammearkitektur	Den fællesoffentlige og fælleskommunale rammearkitektur danner grundlag og udgangspunkt for forståelsen, analysen og udviklingen af en fælles model til at dele og genbruge data ensartet på tværs af social- og sundhedsområdet. Projektet og arbejdet med en fælles model, har bidraget til en øget forståelse og beskrivelse af byggeblokkene Tilstand, Indsats og Aktivitet i den fælleskommunale rammearkitektur.
2.3 Undgå afhængighed af	A2 Arkitekturen skal sikre mod leverandør-"lock-in"	Området for udsatte børn og unge består flere forskellige aktører og systemleverandører på tværs af region og kommune. En fælles model skal

⁷ Den fællesoffentlig digitaliseringsstrategi 2016-2020 - <https://www.digst.dk/strategier/strategi-2016-2020>

⁸ Den fælleskommunale digitaliseringsstrategi 2016-2020 - <http://www.kl.dk/Okonomi-og-administration/Administration-og-digitalisering/Digitaliseringsstrategier1/Den-falleskommunale-digitaliseringsstrategi1/>

⁹ Den fællesoffentlig Hvidbog - <https://arkitektur.digst.dk/mandat-og-styring/hvidbog-om-faellesoffentlig-digital-arkitektur>

¹⁰ Den fælleskommunale rammearkitektur - <http://www.kl.dk/Okonomi-og-administration/Administration-og-digitalisering/Rammearkitektur/>

¹¹ På vej mod bedre sammenhæng, samarbejde og datadeling på social- og sundhedsområdet <https://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Rapporter-og-analyser/Social/Videre-analyser-af-datadelingsbehov-paa-socialomraadet>

¹² De fællesoffentlige arkitekturprincipper og regler - <https://arkitektur.digst.dk/principper-og-regler>

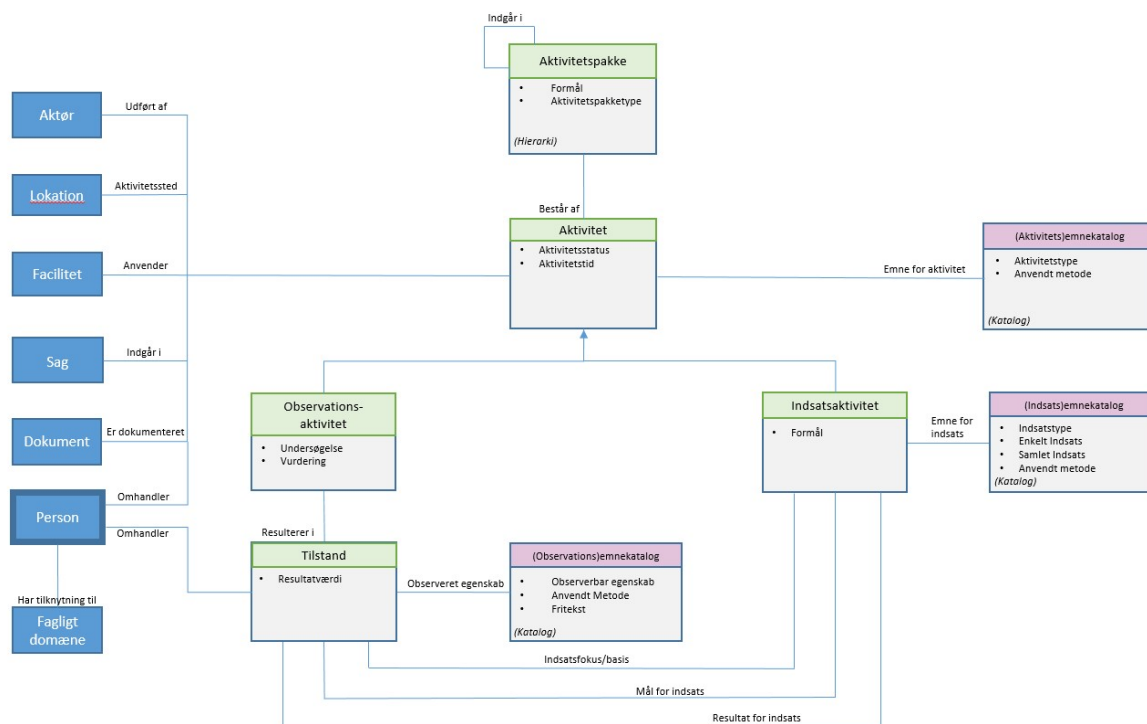
¹³ De fælles kommunale arkitekturprincipper - <http://www.kl.dk/Okonomi-og-administration/Administration-og-digitalisering/Den-faelleskommunale-rammearkitektur/Om-Rammearkitekturen/Arkitekturprincipper/>

leverandører og proprietære teknologier		sikre mod en fremtidig leverandør- lock-in, ved at sikre at data uafhængigt af system kan udveksles på tværs mellem forskellige systemer.
5.1 Design sammenhængende brugerrejser	B3 Brugere inddrages aktivt i behovsafklaring og udviklingsforløb	Flere typer af brugere har været involveret gennem hele projekts forløb. Dette er med til at sikre, at der på området for udsatte børn og unge på social- og sundhedsområdet bliver udviklet en sammenhængende, behovsdrevet og forretningsnær løsning.
6.1 Del og genbrug data	B8 Fælles autoritative reference- og grunddata anvendes C1 Data udstilles via åbne snitflader og kan genbruges	Projektet har til formål at åbne op for datadeling, ved bla. at anvende person fra grunddata samt fælleskommunale byggeblokke som standarder med åbne snitflader, så data kan deles og genbrug på tværs af social- og sundhedsområdet for udsatte børn og unge.
6.2 Anvend fælles regler for dokumentation af data	B5 Der anvendes altid et standardiseret begrebsapparat	Modelleringen i projektet overholder de fællesoffentlige modelregler, herunder modellerings standarden Unified Modelling Language (UML). Dette medfører en ensartet forståelse af modellen for aktører og leverandører.

2.2 Udvekslingsmodel overordnet med centrale forretningsobjekter

Herunder præsenteres den kommunikative udgave af udvekslingsmodellen som viser de mest centrale forretningsobjekter, der rammesætter hvilke forskellige typer af data der er behov for at udveksle i det gode borgerforløb.

Figur 8: Kommunikativ udvekslingsmodel



Hele udvekslingsmodellen består af flere logiske datamodeller med dertilhørende beskrivelser samt dataeksempler. Den fulde model er beskrevet i bilag K.

2.2.1. Modellens opbygning

Udvekslingsmodellen genbruger flere centrale forretningskomponenter (Fælleskommunale byggeblokke), som allerede er udarbejdet i fælleskommunalt regi og indgår i den fælleskommunale rammearkitektur¹⁴. Ved at benytte allerede udviklede

¹⁴ Fælles kommunale byggeblokke - <http://beta.rammearkitektur.dk/index.php/Kategori:Byggeblokke>

og beskrive komponenter sikres det, at modellen kan samarbejde med eksisterende og fremtidige løsninger, samt at modellen er generisk.

Ved at benytte en generisk model sikres det, at fremtidige ændringer/tilføjelser af data inden for området kan håndteres af modellen. Den generiske model er i dette projekt tilpasset det aktuelle forretningsområde på baggrund af de data og dataudvekslings behov, der er identificeret i projektet.

Udvekslingsmodellen er generisk i den forståelse, at den er opbygget omkring byggeblokkene "Aktivitet", "Indsats" og "Tilstand" fra den fælleskommunale rammearkitektur. Disse tre byggeblokke er centrale for at håndtere de oplysninger, som der ønskes delt på tværs social- og sundhedsområdet for udsatte børn og unge.

Byggeblokken "Aktivitet" bruges til at beskrive alle typer af aktiviteter der kan eller er foretaget omkring det udsatte barn/unge på tværs af de aktører barnet er i kontakt med. Eksempelvis hvis der laves en specifik undersøgelse eller holdt et specifikt møde omhandlende barnet/den unge.

Byggeblokken "Indsats" bruges til at beskrive de indsatser der kan eller er påbegyndt omhandlende barnet/den unge. Eksempelvis vil en specifik behandling eller støtteaflastning betegnes som en specifik indsats.

Byggeblokken "Tilstand" bruges til at beskrive de oplysninger der er udredt/observeret/fundet omkring hvordan barnet har det. En specifik tilstand kan eksempelvis være en diagnose, eller et tekststykke omkring hvordan barnet klarer sig i skolen.

Modellen benytter "Emnekataloger"¹⁵ til at definere, klassificere og strukturere de oplysninger der er registeret omkring et barn, så der skabes en fælles forståelse blandt aktører, omkring de aktiviteter, indsatser, og tilstande der er registeret om barnet. Eksempelvis er et Observationsemnekatalog et katalog som bruges til at holde styr på de tilstandsoplysninger der er eller kan registreres om barnet, så det er muligt at få et overblik over, samt adskille alle de tilstandsoplysninger der er registeret om barnet/den unge hos de forskellige aktører.

Modellen bruger yderligere byggeblokkene "Aktør", "Lokation" og "Facilitet" til at identificere og strukturere relevante støtteoplysninger, som beskriver forholdene ved en specifik aktivitet, samt byggeblokkene "Sag" og "Dokument" til at håndtere og dokumentere oplysninger ens på tværs. Derudover bruger modellen byggeblokken "Person", som tager udgangspunkt i personbeskrivelsen fra grunddata¹⁶, til en ensartet håndtering af stamoplysninger om barnet/den unge og familiemedlemmer.

Byggeblokken "Klassifikation" er central for modellen i forhold til at kunne klassificere data om barnets/den unges aktiviteter, indsatser og tilstande ensartet på tværs af aktører og sektorer.

3. Løsningsmodel (Mock-up)

Arbejdsgangsanalyserne og arbejdet med en fælles udvekslingsmodel for området har udmøntet sig i en konkret løsningsmodel, som indeholder de ønskede oplysninger på tværs af interessenterne og som understøttes af rammearkitekturen.

Løsningsmodellen er udarbejdet sammen med de aktører, der har indgået i projektgruppen. Løsningsmodellen er ligeledes gennemgået med pårørende til børn og

¹⁵ Forretningsobjekt som gør det muligt at strukturere oplysninger omkring barnet som et hierarkisk katalog med over- og underemner.

¹⁶ Grunddata person - <http://grunddata.dk/personer/>

unge, for at sikre modellen giver værdi og opfylder de fremsatte behov for denne målgruppe.

Løsningsmodellen repræsenterer en brugervendt applikation, og skal illustrere hvordan en færdig løsnings brugergrænseflade for dataudveksling kan udmøntes.

Løsningsmodellen består af følgende elementer:

- Tidslinje/overblik
- Stamkort
- Udredninger
- Indsatser
- Dokumenter

Elementerne redegøres nærmere nedenfor.

3.1 Tidslinje/overblik

Tidsoverblikket er løsningsens funktionelle omdrejningspunkt. Her er der mulighed for at få et overblik over alle de aktiviteter, der er relateret til barnet/den unge og dennes familie/pårørende (herefter borgeren) inden for en given tidsperiode.

Figur 9 Løsningsmodel - Forløbsoverblik



3.1.1 Overskriftbjælke

I den blå bjælke i toppen af løsningen kan man se, hvilken borger der er valgt, samt cpr. nr. Til højre er der en signaturforklaring i forhold til de aktiviteter der vises i tidsoverblikket.

3.1.2 Aktørliste

Til venstre vises samtlige aktører, som løsningen omfatter.

3.1.3 Tidsnavigation

Under overskriftbjælken vises en tidsnavigation. Navigationen fungerer på den måde, at man kan gå frem og tilbage i tid og se historiske og fremtidige aktiviteter på de tidslinjer, der vises nedenunder.

3.1.4 Tidslinjer

For hver aktør vises der en tidslinje. Linjen indeholder alle enkelt-aktiviteter samt forløb er udført/planlagt i forhold til borgeren. Både forløb og aktiviteter er klikbare. Ved at vælge fx en enkelt aktivitet foretages der på tværs af løsningen en filtrering af de data, der vises således, at der kun vises data, som er relevante for netop denne aktivitet. Stamkortet er dog ikke omfattet af denne filtrering. Desuden er det muligt at få oplysninger omkring den ansvarlige fagperson for en given aktivitet i overblikket. Dette gøres ved at holde cursor/mus hen over en given aktivitet.

3.1.5 Seneste/Næste aktivitet

Til venstre for tidslinjerne gives for hver tidslinje et hurtigt overblik over seneste og næste aktivitet for den pågældende aktør i forhold til dags dato.

3.2 Stamkort

Stamkortet giver et overblik over borgerens stamoplysninger. Der er en liste over de samtykker, der er givet i forhold til borgeren. Der er et overblik over forældremyndighed. Der er et overblik over det dagtilbud eller den skole, som borgeren er tilknyttet. Desuden er der en liste over de relevante kontaktpersoner, blandt andet praktiserende læge, skolelærer, tandlæge etc.

Figur 10 Løsningsmodel - Stamkort oplysninger

STAMKORT - KARSTEN ANDERSEN CPR nr. XXXXXX-XXXX

Billede

BASIS OPLYSNINGER

Barnets navn	Karsten Andersen
CPR nr.	XXXXXX-XXXX
Adresse	Åbybrovej 8
By	9700 Brønderslev
Tlf. nr	+45 32323232
Sprog/Dialekt	Dansk, Urdu (Dajni)
Behov for tolk	Nej
Adressebeskyttelse	Nej
Samværsordning	Nej
Plejefamilie	Nej

SAMTYKKE

Barnet: Alt
 Far: Alt i forhold til barnet
 Mor: Alt i forhold til barnet
 Væрге: Uden betydning

FORÆLDRE/VÆRGE

Far	
Navn	Rune Andersen
CPR. nr.	XXXXXX-XXXX
Adresse	Åbybrovej 8
By	9700 Brønderslev
Forældremyndighed	Ja
Mor	
Navn	Nanna Andersen
CPR. nr.	XXXXXX-XXXX
Adresse	Åbybrovej 8
By	9700 Brønderslev
Forældremyndighed	Ja
Væрге eller Plejefamilie	
Navn	
CPR. nr.	
Adresse	
By	
Forældremyndighed	

SKOLE/DAGTILBUD

Skole/Institution	Åbybro skole
Klasse/stue	4.B
Adresse	Åbybrovej 20
By	9700 Brønderslev

KONTAKTOPLYSNINGER

Navn	Rolle	Organisation	TLF	Digital post
Jens Jensen	Kontaktperson	PPR	11111111	Jens@ppr.dk
Gitte Hansen	Plejemor	Privat	22222222	Gitte@ab.dk
Kirsten Larsen	Prak. læge	Prak. læge	33333333	Kirsten@pl.dk
Rune Andersen	Far	Forældre	44444444	Kirsten@pl.dk
Nanna Andersen	Mor	Forældre	55555555	Kirsten@pl.dk

Dato: 15-10-2017 **Sidst opdateret af:** Jens Jensen **Organisation:** PPR, Brønderslev

Forløb

INDLÆGGELSER,
GENOPTRÆNINGSFORLØB
MM.

Stamkort

NAVN- OG
ADRESSEOPLYSNINGER,
SKOLETILHØRSFORHOLD,
FORÆLDREMYNDIGHED

Udredning

SUNDHEDSFORHOLD,
UDVIKLING OG ADFÆRD,
FAMILIEFORHOLD

Indsatser

PSYKOLOGFAGLIGE TILTAG,
GENOPTRÆNINGSFORLØB

Dokumenter

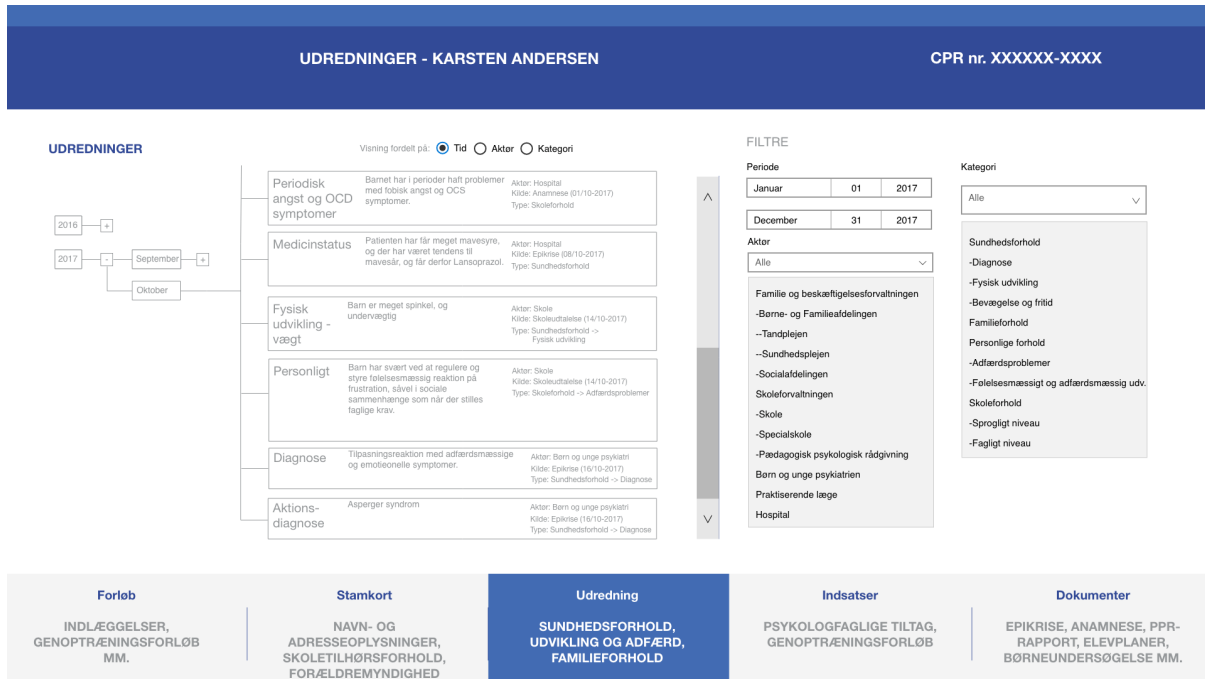
EPIKRISE, ANAMNESE, PPR-
RAPPORT, ELEVPLANER,
BØRNEUNDERSØGELSE MM.

3.3 Udredninger

Fanebladet udredning indeholder resultaterne af alle de observationer, vurderinger, tests mm. der er foretaget omkring barnet, for at finde ud af hvordan barnet har det, altså hvilke tilstand barnet har.

Udredning er tiltænkt som et tværfagligt oversigtsbillede over det data der er registreret omkring barnet/ den unges tilstande. Udredninger indeholder forskellige måder at dimensionere data på samt muligheder for at kunne filtrere data efter forskellige filtreringsmønstre som beskrives i de efterfølgende afsnit.

Figur 11 Løsningsmodel - Udredningsoverblik



3.3.1 Periode

Hvis den aktivitet der har skabt data ligger indenfor perioden vises data ellers vises data ikke til venstre. Som udgangspunkt vises indeværende år.

3.3.2 Aktør

Aktørerne er opstillet i en hierarkisk struktur som afspejler den organisering der er i den kommune hvor borgeren bor. Tilsvarende for regionale aktører. Data filtreres i forhold til det niveau i et hierarki der er valgt. F.eks. Vælges Sundhedsplejen vises kun data for denne. Vælges Børne- og familieafdelingen vises data for denne samt Tandplejen og Sundhedsplejen. Vælges Familie- og beskæftigelsesforvaltningen vises data for denne samt for alle underaktører. Som udgangspunkt vises data for alle aktører.

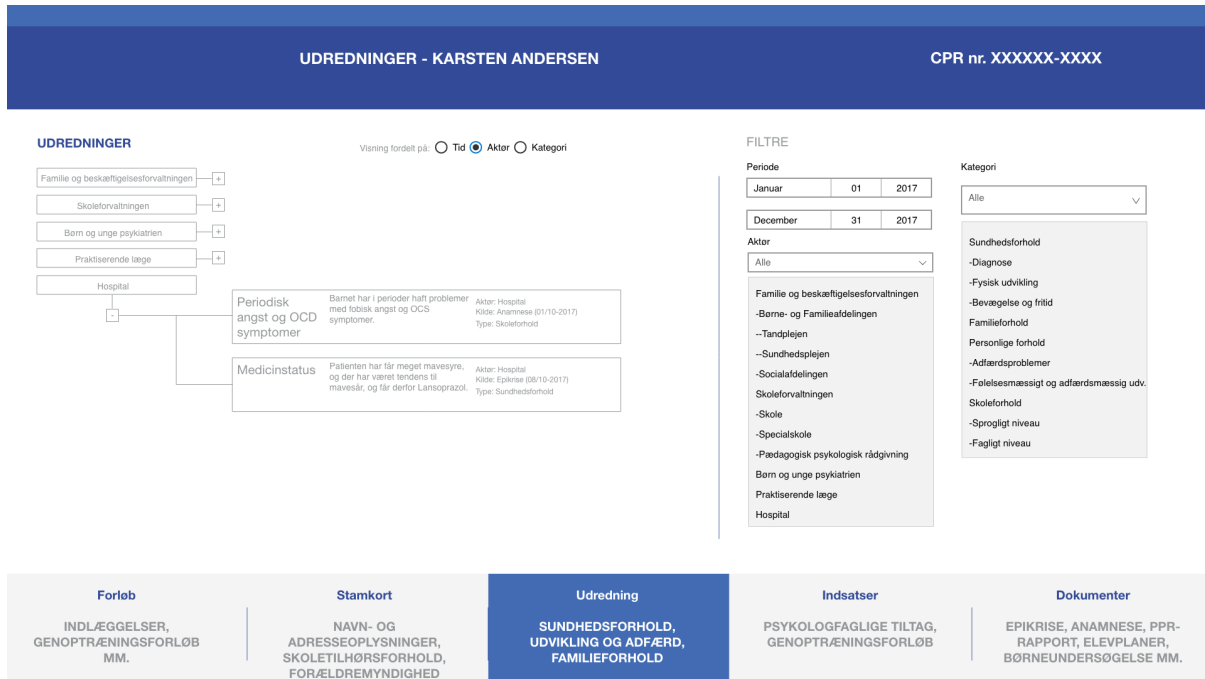
3.3.3 Kategori

Kategori er ligeledes en hierarkisk struktur, hvor Sundhedsforhold er overaktør for f.eks. Diagnose. Også her gælder det at jo længere man går ned i hierarkiet jo færre data vises. Som udgangspunkt vises data for alle kategorier.

Af de tre datadimensioner er det tidsdimensionen, som er afbilledet ovenfor. Data er grupperet pr. år. Og derefter måned.

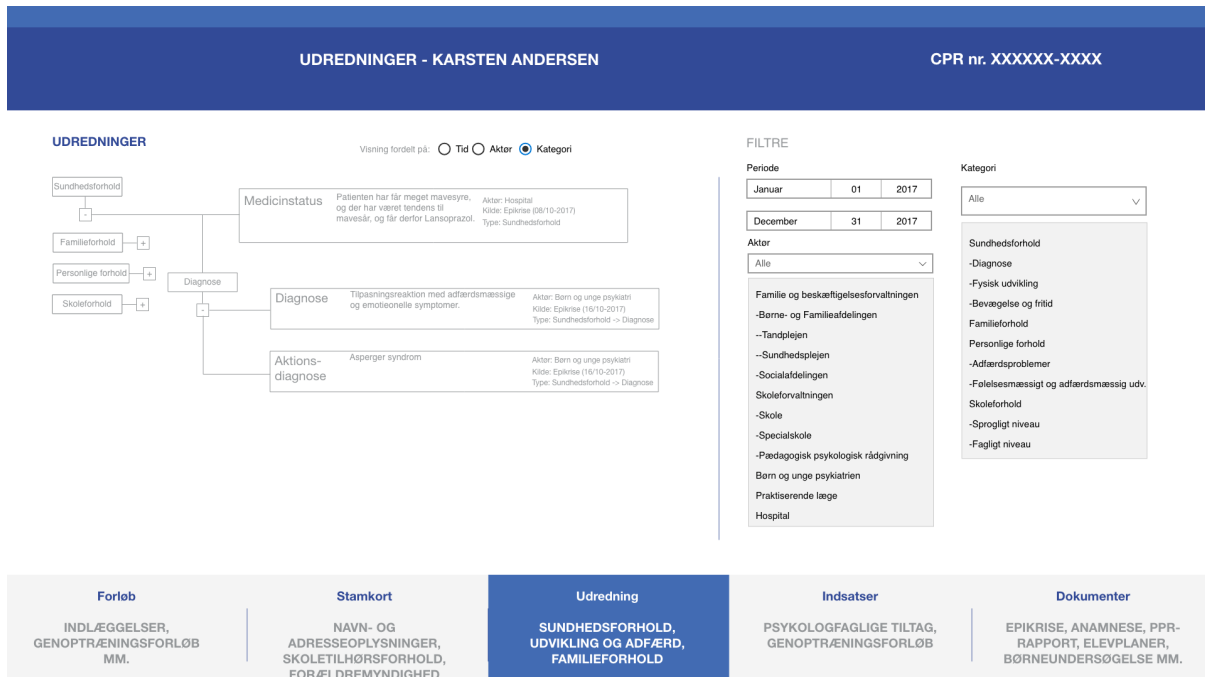
Derefter vises data begrænset af de filtre, der valgt til højre. Den næste dimension, der kan vælges øverst på visningen, er Aktør dimensionen. Den er afbilledet herunder.

Figur 12 Løsningsmodel - Udredningsoverblik kategoriseret efter aktør



Denne visning er opdelt ud fra den hierarkiske aktør struktur. Det er muligt at bevæge sig rundt imellem de forskellige aktører på alle niveauer. Igen filtreret af filtrene til højre. Den sidste dimension er i forhold til kategorier, som vist herunder.

Figur 13 Løsningsmodel - Udredningsoversigt kategoriseret efter kategori



3.4 Indsatser

Som også beskrevet i afsnittet omkring "Udredning", så sondres der i løsningen imellem barnets tilstand på baggrund af en udredning og det der gøres for at flytte tilstanden "Indsatser". Fanen indsatser er opdelt i fire forskellige visninger, som viser data i fire forskellige dimensioner; En tidsdimension, en fordeling på aktører, en type

og en indsats. En type er en tværgående klassificering og en indsats baseret på et indsatskatalog. Der kan vælges imellem de fire typer i toppen af visningen. På alle fire overblik er der mulighed for at lave filtreringer. Filtrene er ens for de fire overblik og er opstillet som følger:

3.4.1 Periode

Hvis den aktivitet, der har skabt data, ligger indenfor perioden vises data, ellers vises data ikke til venstre. Som udgangspunkt vises indeværende år.

3.4.2 Aktør

Aktørerne er opstillet i en hierarkisk struktur, som afspejler den organisering der er i den kommune hvor borgeren bor. Tilsvarende for regionale aktører. Data filtreres i forhold til det niveau i et hierarki, der er valgt. F.eks. Vælges Sundhedsplejen vises kun data for denne. Vælges Børne- og familieafdelingen vises data for denne samt Tandplejen og Sundhedsplejen. Vælges Familie- og beskæftigelsesforvaltningen vises data fra denne samt for alle underaktører. Som udgangspunkt vises data for alle aktører.

3.4.3 Type

Er en tværgående klassificering, der forsøger at gruppere data efter hvor de stammer fra.

3.4.4 Indsatser

Det er hensigten at der opbygges et egentligt tværfagligt indsatskatalog. Dette filter skal give mulighed for at udvælge specifikke indsatser fra dette katalog. Herunder vises den første af de fire visninger. Data er grupperet pr. år. og derefter måned. Det er også her muligt at filtrerer på aktør, type og indsats, som det var tilfældet ved udredninger.

Figur 14 Løsningsmodel - Indsatsoverblik



3.5 Dokumenter

Fanen Dokumenter filtreres på samme måde som Udredning og Indsatser, når der foretages et valg på tidslinien/overblikket. Visningen indeholder de rå kildedokumenter,

som er indhentet fra kildesystemerne. Også her er der mulighed for at vælge en filtrering af dokumenterne.

Figur 15 Løsningsmodel - Dokumentoverblik

DOKUMENTER - KARSTEN ANDERSEN CPR nr. XXXXXX-XXXX

FILTRE

Periode

Januar	01	2017
December	31	2017

Aktør

Selected list item

PPR
Specialskole
Hospital
Praktiserende læge

Type

Selected list item

Epikrise
Undersøgelse
Rapport
...

Forløb | **Stamkort** | **Udredning** | **Indsatser** | **Dokumenter**

INDLÆGGELSER, GENOPTRÆNINGSFORLØB MM. | NAVN- OG ADRESSEOPLYSNINGER, SKOLETILHØRSFORHOLD, FORÆLDREMYNDIGHED | SUNDHEDSFORHOLD, UDVIKLING OG ADFÆRD, FAMILIEFORHOLD | PSYKOLOGFAGLIGE TILTAG, GENOPTRÆNINGSFORLØB | EPIKRISER, ANAMNESE, PPR-RAPPORT, ELEVPLANER, BØRNEUNDERSØGELSE MM.

3.6 Løsningsmodellens (mock-up) afspejling af udvekslingsmodel

Den udviklede løsningsmodel (mock-up) repræsenterer den brugervendte applikation af en fremtidig løsning til deling af data på social- og sundhedsområdet for udsatte børn og unge. Løsningsmodellen (mock-up'en) er udviklet på baggrund af både brugernes behov og ønsker til en brugergrænseflades funktion og struktur, samt brugernes behov for, hvilken data der ønskes delt på tværs af området. Samspillet mellem disse behov skal stemme overens i forhold til den måde, hvorpå data præsenteres i løsningsmodellen og en færdig løsning.

De data, brugerne ønsker delt, er afspejlet i den fælles model, som er udviklet i projektet. Modellens opbygning og håndtering af data har derfor stor indflydelse på, hvordan data fra forskellige systemer visuelt kan præsenteres gennem en applikations brugergrænseflade. Løsningsmodellens (mock-up'ens) visuelle præsentation af data skal derfor tage højde for den arkitektur og de forretningskomponenter, der er centrale for datamodellen. Dette sikrer, at der er en genkendelighed mellem, hvordan den fælles model strukturerer og håndterer data, og den måde data præsenteres i løsningsmodellen.

Det vigtigste aspekt i forhold til sammenhængen mellem data, modellen og mock-up'en er måden hvorpå data struktureres i modellen efter om de indeholder oplysninger om en aktivitet, indsats eller tilstand for barnet/den unge. Løsningsmodellens grundstruktur og faneblade er derfor kategoriseret efter, om de data der præsenteres, fortæller noget om aktiviteter, tilstande eller indsatser for barnet.

3.6.1 Eksempler på kobling mellem løsningsmodel og udvekslingsmodel

Visningen af aktiviteter på overblikstidslinjen i mock-up'en er en afspejling af den funktion Aktivitet har i modellen, hvor aktiviteter opdeles i forskellige typer, som rummer oplysninger omkring forhold for den specifikke aktivitet, såsom tidspunkt, dato, aktører osv. Oplysningerne om aktiviteten muliggør, at der i mock-up'en kan pålægges

filtre ved visningen af data om barnet/den unge. Aktiviteter omhandlende barnet kan ved en filtreret visning eksempelvis præsentere data efter, hvilken aktør der har udført aktiviteten eller hvilken dato aktiviteten er gennemført.

Emnekatalogerne er ligeledes styrende for hvordan mock-up'en præsenterer data, og dermed også for den applikation, der udvikles til en fremtidig løsning. Indholdet i eksempelvis drop-down-lister o.lign. er styret af emnekatalogerne, således at der ikke skal omprogrammeres, når der kommer nye emner, nye metodiske anvisninger eller nye domæner til. Emnekatalogerne muliggør ligeledes en filtreret visning efter emne af barnets/den unges tilstande og indsatser i mock-up'en.

3.7 Pårørendes oplevelse i forbindelse med test af løsningsmodellen

Pårørende, som har testet løsningsmodellen synes, at den indeholder gode og vigtige oplysninger og er stort skridt på vejen i den rigtige retning med deling af oplysninger, som vil understøtte borgerens forløb og mange kontakter.

De pårørende anbefaler, at der leveres oplysninger til løsningsmodellen fra fødsel for derved at opspore, hvis der er udfordringer, problemer eller ændret adfærd, så der kan sættes ind tidligt i forhold til hjælp til borgeren. De pårørende pegede også på, at det vil være værdifuldt, at oplysninger også er tilgængelige efter at borgeren er fyldt 18 år, hvorved oplysningerne ikke går tabt og kan understøtte borgerens videre forløb.

Pårørende ville endvidere gerne selv kunne levere oplysninger til løsningen samt også være repræsenteret på tidslinjen, da de også har observationer og sætter indsatser i værk i forhold til at hjælpe borgeren.

Derudover var der et udpræget ønske om, at Statsforvaltningen også anvender løsningen, da der i forbindelse med forældremyndighedssager, skilsmisssager kan være udfordringer med at dele og få adgang til oplysninger på tværs af sektorer. Dog kan det være svært for skilsmisseforældre, hvis relationen er dårlig, at blive enige om hvad der må deles og ikke deles.

4. Erfaringer og forudsætninger for projektet

En væsentlig forudsætning for at kunne skabe en sammenhæng på tværs af sektorer og interessenter er at data struktureres på en ny måde end tilfældet er i dag.

En struktur som på den fælleskommunale banehalvdel er kommunernes rammearkitektur. Denne udgør grundlaget for, hvordan kommunerne ønsker at dele data fremover og det er denne der afprøves i dette projekt. Med afsæt i den kommunale rammearkitektur har projektet indarbejdet en fælles logisk datamodel, der dækker de tværgående informationsbehov. Rammearkitekturens byggeblokke – Tilstand, Indsats og Aktivitet – er identificeret i en række analyser, og undervejs blevet præciseret, uddybet og anvendt i udarbejdelsen af en konkret løsningsmodel.

Projektet har i mødet med den nuværende praksis på børne- og ungeområdet gjort sig erfaringer og mødt en række omstændigheder, der har gjort det svært at løse opgaven med at kunne afprøve datadeling. Nedenfor er nogle af de væsentligste forudsætninger og udfordringer som projektet er løbet ind i angivet.

4.1 Juridiske forudsætninger (samtykke)

Det er en central forudsætning, at der gives samtykke omkring deling af data i forbindelse med bl.a § 50 børnefaglige undersøgelser, som dette projekts målgruppe og borgerforløb rammer ned i. Imidlertid er der ikke et så omfattende krav til samtykke ift. § 50, som man umiddelbart arbejder efter i dag. Projektet har drøftet samtykke problemstillingen, da der arbejdes på dette nationalt som en generel samtykke-

komponent. Projektet vil derfor ikke løse denne problemstilling omkring samtykke, men vil i første omgang tænke 'involverende samtykke' omkring det enkelte dataobjekt som led i, at borgeren involveres mere i sit eget borgerforløb og hvilke data, der kan og må deles.

En anden vigtig erfaring har været, at borgerne ønsker at deres data deles mellem sektorerne og kan ikke forstå, hvorfor de skal give samtykke hver gang. Der ønskes en løsning, hvor samtykke gives til aktøren og denne bibeholdes, indtil borgerne gør indsigelse. Samtykke og datadeling var noget som borgerne forventede skete i dag og er for borgerne et mindre problem end for jurister. Set i lyset af dette, skal det undersøges om den nationale samtykke komponent kan understøtte positivt og negativt samtykke samt om komponenten evt. kunne testes i dette projekt for at sikre en generel anvendelighed på tværs af sektorer.

4.2 Semantiske forudsætninger

Den oplevede kvalitet for brugeren af en tværgående løsning vil i høj grad afhænge af, hvorvidt der vil blive anvendt et "fælles sprog". Det vil blandt andet omhandle fælles kataloger over indsatser for borgeren samt delte kataloger for, hvordan en borgers tilstand kan beskrives - emnekataloger, konkrete tilstande som fx diagnoser, familieforhold mv. Endvidere vil værdien af de delte ressourcer afhænge af den kvalitet, der knytter sig til det fælles sprog, fx metodebeskrivelser, struktureringsgrad mv. Et andet væsentligt element ved et fælles sprog er, at dette er forståeligt og tilgængeligt for borgeren.

4.3 Kulturelle og organisatoriske forudsætninger:

Fortrolighed med borgeren, åbenhed og etik i samarbejdet med borgeren gør, at det er svært at få lov til at få adgang til data, som borgeren har afleveret i fortrolighed. Området er præget af en høj etisk bevidsthed, der skaber barrierer og svære forudsætninger for datadeling. Det har i projektet været svært at få konkrete data eksempler og journalnotater udleveret. Dette har betydet, at en del af projektet er foregået på et konceptuelt niveau i forhold til at udarbejde en løsningsmodel og datamodel, som efterfølgende skal testes og udfyldes med reelle data.

4.4 Tekniske forudsætninger

Igennem projekts forløb er der identificeret flere problemstillinger og forudsætninger, som kræver en yderligere afklaring for at datadeling på social- og sundhedsområdet kan blive en realitet. I det følgende adresseres de tekniske forudsætninger for løsningen.

Forudsætningen for sammenhæng forretningsmæssigt som teknisk afhænger af aftaler om anvendelse af et fælles sprog på tværs af løsninger og aktører. Udarbejdelsen af en fælles model (Udvekslingsmodel) for dataudveksling afspejler det fælles sprog, og bliver dermed også grundlaget for udveksling af data mellem de konkrete it-løsninger. Det er derfor et krav at evt. nye løsningskomponenter udveksler data efter den fælles model samt at eksisterende it-løsninger ligeledes udveksler data efter den fælles model.

Projektet har ikke afdækket, hvorledes en fremtidig løsning kan passe ind i de nuværende aktør- og systemlandskaber, og har i den sammenhæng ikke fastlagt hvordan eksisterende løsninger skal integrere efter den fælles udvekslingsmodel. Et løsningsscenarie for integration er at anvende adapterer på de eksisterende løsninger. En adapterkomponent kan oversætte mellem det enkelte it-systems interne sprog og den fælles datamodel. Adapteren kan i praksis fungere på flere forskellige måder.

Forudsætningen for at anvende en adapter til at oversætte til den fælles datamodel er at data teknisk set kan tilgås fra de eksisterende løsninger. Integration til adaptere kan dog foregå på forskellig vis, fx kan integrationen være baseret på det konkrete it-systems eksisterende API eller fx ved screenscraping. Det kan være med anvendelse

af serviceorienteret arkitektur (SOA), der benytter konceptet services (funktionaliteter) til at udveksle data mellem It-systemer. Integrationsmønsteret baseres generelt på forespørgsler, hvor en serviceanvender efterspørger en konkret service, eller en samling af services, som udbydes af en serviceleverandør og som kan udstilles via af et servicekatalog.

Det kan også være med anvendelse af hændelsesbaseret arkitektur. Her distribueres beskeder som automatisk dataudveksling mellem løst integrerede it-systemer, hvor modtageren af data uafhængigt af afsenderen kan abonnere på beskeder fra en fælles beskedfordeler. Denne tilgang kan med fordel tage afsæt i MOX-konceptet.

Det igangværende arbejde under den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi initiativ 8.1 vedr. referencearkitektur for deling af data og dokumenter har til opgave at beskrive integrationsmønstre, herunder fordele og ulemper. Referencearkitekturen er under udarbejdelse, men kan med fordel tages i anvendelse senere hen.

4.5. Afgrænsning og afhængigheder

Dette projekt læner sig op af andre fællesoffentlige og fælleskommunale initiativer. Der er meget i gang omkring sammenhæng og samarbejde. Dette pilotafprøvningsprojekt har hele tiden haft en ambition om ikke at tænke sig isoleret fra andre initiativer og projekter i en erkendelse af, at projektet ikke kan løse alle udfordringer. Uden for rækkevidde i dette projekt er eksempelvis samtykke, om end den fylder en stor del af den arbejdsmåde og virkemåde i dag. Ligeledes skal dette projekt heller ikke løse udfordringer om fællesfaglige metoder på dette område, om end datadeling ville være meget nemmere hvis dette allerede fandtes¹⁷.

4.6. Forventet effekt/gevinster af projektet

Der udarbejdes ikke en egentlig evaluering i denne fase, men arbejdsgruppen er under projektforsøget blevet bedt om, at komme med en tilkendegivelse af forventede effekt/gevinster samt udfordringer ved projektet med udgangspunkt i den udarbejdede løsningsmodel. Det er derfor væsentligt at pointere, at nedenstående forventede gevinster er opstillet med udgangspunkt i den konkrete løsningsmodel og derfor anses for realiserbare af projektgruppen (KL, Danske Regioner, Symmetric). Efter konkret afprøvning skal projektet have realiseret følgende gevinster:

¹⁷ Se referencelisten for link til relaterede projekter og initiativer her:

Adgang til egne data:

<http://www.kl.dk/Okonomi-og-administration/Administration-og-digitalisering/Digitaliseringsstrategier1/Den-faelleskommunale-digitaliseringsstrategi1/Borgerbetjening-30/12-Adgang-til-egne-data/>

Fællesfaglige begreber

<http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Social-service/ffb/>

Hvidbogen – Modelkrav

<https://www.digst.dk/ServiceMenu/Nyheder/Nyhedsarkiv/Digitaliseringsstyrelsen/2017/Ny-hvidbog?n=1>
<http://www.kl.dk/fallesoffentlige-digitaliseringsstrategi-2016-2020/KL-Hvidbog-er-et-vigtigt-skridt-videre-id223582/>

Komplekse patientforløb

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-digitaliseringsstrategi/sammenhaeng-patientforloeb>

Sammenhæng og genbrug med rammearkitekturen:

<http://www.kl.dk/Okonomi-og-administration/Administration-og-digitalisering/Den-faelleskommunale-rammearkitektur/>

1. De udsatte børn og unge samt deres familier oplever at indsatserne er koordineret på tværs af sektorer.
2. De udsatte børn og unge samt deres familier oplever, at de kun skal afgive den samme information en gang.
3. De udsatte børn og unge samt deres familier oplever transparens og styring ved at kunne overskue hvem der deler data med hvem.
4. De forskellige faglige medarbejder skal bruge mindre tid på at finde ud af, om der er iværksat andre relevante indsatser samt hvilke udredninger eller tiltag, der er planlagt.
5. De faglige medarbejdere oplever, at de oplysninger de modtager fra andre fagområder og sektorer er mere forståelige og nemmere at fremfinde.
6. De relevante faglige medarbejdere har et konstant opdateret billede af hvilke øvrige indsatser borgeren modtager samt overblik over kontaktpersoner på området.
7. De forskellige faglige medarbejder kan genanvende andres relevante data i deres eget sagsarbejde.

Ligeledes er arbejdsgruppen blevet bedt om at komme med en tilkendegivelse i forhold til fordele og udfordringer med løsningsdesignet. Således at dette kan anvendes som pejlemærke fremadrettet.

4.7. Fordele og udfordringer

De store fordele skal høstes i, at borgerne oplever et samarbejdende system med fokus på optimering af forløb. Hvilket er en stor fordel for de familier, der ikke har overskud til at finde deres vej gennem et tungt system. Det er en stor forventning, at løsningsmodellen kan give et overblik over forløb og indsatser, men overblikket alene er ikke nok. For at projektet kan blive en succes kræver det, at de forskellige interessenter er proaktive og anvende løsningen i deres hverdag og sammen med borgerne.

En anden stor fordel vil være, at borgerne oplever, at de fagprofessionelle arbejder sammen på tværs af sektorer. Udfordringerne ved dette er, at datadeling medfører forandrede rutiner, som vil kræve velvilje til at forandre sin hverdag for hver involveret interessent. Dette kan være en barriere og understreger, at der skal stor fokus på implementering og re-design af arbejdsgange.

En faktor, som blev anset som en barriere, er samtykke problematikken. Dette er dog en problemstilling, som forventes løst på et nationalt niveau og ikke i dette projekt.

Af andre fordele blev gennemsigtighed omkring det forestående forløb nævnt. Dette forventes at skabe bedre overblik for alle parter og gør det nemmere at informere borgeren om, hvad der kan forventes.

Det forventes yderligere, at de faglige medarbejdere får større forståelse for borgerens situation og behov ved at have flere tværgående informationer tilgængelige. Dog skal disse bruges "rigtigt". Forstået som at for stort fokus på fx indsatsens type kan medføre mindre fokus på indsatsens effekt. Det er nyttigt at vide, at fx et træningsprogram er igangsat, men det er afgørende at vide om/hvordan det virker. Dette kræver at alle fagsystemer er opdaterede og at der er datadisciplin.

Derudover forventes en tidsbesparelse med implementeringen af stamkortet ved at der er et let tilgængeligt overblik over stamdata og kontaktpersonoplysninger. Dette kræver dog, at disse er opdaterede i fødesystemerne.

En bekymring som går igen for projektgruppen er, at løsningsmodellen indeholder "for meget" information. Derfor har der gennem hele projektforsløbet været stor fokus på "kun" at medtage de informationer, som giver værdi samt der lægges op til en trappe model i det videre projektforsløb, hvor man starter med de mest tilgængelige og væsentlige oplysninger.

Det må endvidere ikke blive en forventning, at alle faggrupper har et indgående kendskab til, hvad der er foregået/foregår hos de forskellige involverede parter, selvom informationen nu er tilgængelig. Det vil kræve tid at få indarbejdet nye arbejdsgange i en hektisk hverdag.

5. Det videre projektforsløb

Det anbefales, at der arbejdes videre med løsningsmodellen med henblik på at transformere denne til en funktional demonstrationsmodel. Således at der kan høstes konkrete erfaringer med, hvordan de i denne rapport fremsatte behov kan realiseres og ikke mindst anvendes i praksis.

Det er vigtigt at understrege, at demonstrationsmodellen er tiltænkt som en "glasplade", som viser og strukturerer oplysninger, der allerede findes på tværs af de forskellige systemer. Derfor er det essentielt, at næste fase af projektet starter ud med at undersøge de tekniske muligheder for at hente konkrete oplysninger og vise dem via demonstrationsmodellen. Dette vil indebære en tæt dialog med de lokale it-arkitekter, systemadministratorer og systemleverandører. For at dette kan lade sig gøre, kræver det en stor lokal involvering og ikke mindst en velvilje til at give adgang til data/oplysninger.

Næste fase af projektet forventes at starte med en mere dybdegående datafangst ned i de eksisterende systemer for at afdække realiseringsgraden en demonstrationsmodel og lave konkrete aftaler med interessenterne omkring dataadgang. Udgangspunktet er de oplysninger og behov, som er angivet i løsningsmodellen og den bagvedliggende rammearkitektur. Ud fra dette realitetscheck kan der udarbejdes en tidsplan for realisering af en demonstrationsmodel og hvilke af de nævnte forudsætninger dette kræver.

Projektet vil i næste fase endvidere have fokus på, hvordan der mest hensigtsmæssigt kan laves en borgerindgang og afprøve demonstrationsmodellen med borgere. Derudover vil næste fase af projektet indeholde en evaluering af både udvikling- og afprøvning af demonstrationsmodellen, således at der på baggrund af denne kan tages en beslutning om den videre udbredelse og implementering af løsningen.

Derudover er det som tidligere nævnt væsentligt at projektet holder kontakt og koordinerer med lignende initiativer herunder projektet "komplekse forløb", som både arbejder med samtykke og stamkort som falder i tråd med den i dette dokument fremsatte løsning.

5.1. Realisering af projektet

For at kunne realisere projektet er det vigtigt at brugere og borgere involveres hele tiden i korte tidsintervaller, så de kan se, at der sker fremskridt og har mulighed for at afprøve forløbet.

Det er endvidere essentielt, at der fra starten arbejdes med implementering og arbejdsgange, således at der kommer fokus på fælles oplysninger og anvendelse af disse, frem for fokus på eget fagområde.

Projektets videre forløb kan deles op i to dele. Hvad der skal prioriteres på den korte og lange bane. Set i lyset af tidligere projekterfaringer og tilkendegivelser fra projektgruppen, er det væsentligt at holde projektet simpelt. Opnå succes med det, der har størst effekt og herefter tilføj mere funktionalitet. Derfor bør prioriteten på kort sigt være, at bygge en funktionel prototype som muliggøre datadeling i henhold til:

- Løsningsmodellen med et overbliksbillede
 - Forløb/kontakter
 - Dato
 - Kontaktperson og kontaktoplysninger
 - Aktivitet med dato - evt. med resume.
- Dokumenter

Denne funktionalitet vil give størst mulig effekt og falder ind under de konkrete behov ved borgere og brugere.

På den lange bane skal løsningsmodellen udvides med:

- Stamkort
- Udredninger
- Indsatser

Det er væsentligt, at projektet hele tiden inddrager borgerne/brugerne og forsøger at realisere løsningen i en funktionel demonstrationsmodel, der kan afprøves i praksis. Således at fordelene ved at dele data på tværs løbende demonstreres. Dette er vigtigt at der gøres op med faglige bekymringer i projektet om at dele oplysninger med andre. For at skabe de bedst mulige borgerforløb kræver det, at data bliver fælles og der tages et fælles ejerskab af forløbet og ikke kun de fagspecifikke indsatser.

Derudover er det vigtigt, at projektet koordinerer med andre igangværende initiativer herunder specielt "Komplekse forløb" som kører i regi af Sundhedsdatastyrelsen. Der er mange overlap i de to løsninger hvor der begge steder arbejdes med et stamkort og en oversigt over forløb mm. Det er vigtigt, at der kun laves én løsning som kan anvendes på tværs af sektorer.

REFERENCER og LINKS

Procesguiden om samtykke for § 50 og §85:

<http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Social-service/Digitalisering-/Ny-guide-til-kommunale-medarbejdere-om-datadeling-pa-socialomradet/>.

Datatilsynets vejledning om samtykke:

[https://www.datatilsynet.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/Vejledning_om_samtykke_formateret .pdf](https://www.datatilsynet.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/Vejledning_om_samtykke_formateret.pdf)

KLs overordnede samtykke blanket findes her:

<https://www.klxml.dk/KLB/Blanket/Gaelder/sg015.pdf>

Samtykke blanket XML/digitaliseret her:

<https://digitaliser.dk/resource/2645616>

Adgang til egne data:

<http://www.kl.dk/Okonomi-og-administration/Administration-og-digitalisering/Digitaliseringsstrategier1/Den-falleskommunale-digitaliseringsstrategi1/Borgerbetjening-30/12-Adgang-til-egne-data/>

Fællesfaglige begreber

<http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Social-service/ffb/>

Hvidbogen – Modelkrav

<https://www.digst.dk/ServiceMenu/Nyheder/Nyhedsarkiv/Digitaliseringsstyrelsen/2017/Ny-hvidbog?n=1>
<http://www.kl.dk/fallesoffentlige-digitaliseringsstrategi-2016-2020/KL-Hvidbog-er-et-vigtigt-skridt-videre-id223582/>

Komplekse patientforløb

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-digitaliseringsstrategi/sammenhaeng-patientforloeb>

Sammenhæng og genbrug med rammearkitekturen:

<http://www.kl.dk/Okonomi-og-administration/Administration-og-digitalisering/Den-faelleskommunale-rammearkitektur/>

Datadelingsbehov i sagsbehandling på social- og sundhedsområdet kortlægning og analyse:

<https://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Rapporter-og-analyser/Social/Foranalyse-af-konkrete-datadelingsbehov-i-sagsbehandlingen-paa-socialomraadet>

Løsningsmodel (mock-up)

<https://xd.adobe.com/view/77a56177-c499-4734-8ce3-56a68c37b17f>

BILAG

Bilag A: Opgave formål, mål, lovgivning og metoder

Opgaverne som de forskellige aktører bl.a. udfører ud fra forskellige metodefaglige standarder og begreber i dette konkrete borgerforløb er følgende:

Familie- og beskæftigelsesforvaltningen

Familie- og beskæftigelsesforvaltningen står bl.a. for at indsamle og koordinere omkring borgeren fra forskellige faglige aktører i en § 50 Børnefaglige undersøgelse og statusudtalelse. Her arbejdes der ud fra ICS metodens 3 perspektiver (ICS som metode bygger på inddragelse af barnet og familien, fokus på ressourcer og problemer. Kernen i ICS metoden er forståelse for, at børn og unges velfærd bliver formet i samspillet mellem tre hovedområder: Barnets/den unges udviklingsmæssige behov, Forældrekompetencer, Familieforhold – familie og omgivelser ICS-metoden har fokus på samspillet mellem familie og omgivelser, som er betydningsfuld for barnets/den unges velfærd samt for forældrenes muligheder for at varetage forælderrollen¹⁸. Familie og beskæftigelsesforvaltning består af visitationsgruppen, familiegruppen og ungegruppen som arbejder med specialpædagogiske indsatser omkring barnet eller den unge og dennes familie.

Folkeskolen

Folkeskolen varetager udover den almene undervisningspligt at udarbejde skoleudtalelse og elevplaner om barnets udvikling og trivsel. Her arbejdes der blandt andet med læringsmål i form af social, faglig og personligt udviklingsniveau og vurderinger. Når der er tale om reelle bekymringer anvendes der SOS skema (Signs Of Safety) og delvist ICS-statusudtalelse og CPS (collaborative problem solving) i samarbejde med forældrene når dette er relevant og muligt. I henhold til §5.5 i folkeskoleloven yder skolen supplerende undervisning og anden støtte ved brug af skolens egne kompetencer (Ingen klageadgang), eller i form af §3.2 i folkeskoleloven specialpædagogisk bistand som enten specialtilbud eller enkeltintegration (9 timer) i egen klasse med støtte (klageadgang i Ankestyrelsen).

Praktiserende læge

Praktiserende læge varetager den primære udredning og evt diagnosticering. Ved behov henvises til yderligere udredning i kommunalt regi (PPR), praktiserende speciallæger (pædiater eller børneungepsykiater) eller sygehus (pædiatrien eller børne unge psykiatrien) Kontakten formidles via en elektronisk henvisning eller evt korrespondance. Den praktiserende læge modtager herefter oplysninger om det aktuelle forløb/udredning i en epikrise.

Børne- og ungepsykiatrien

Børne- og ungepsykiatrien henvises og visiteres til nærmere udredning af barnet/den unge efter diagnosekoder fra ICD-10. Disse diagnosekoder er klassificeret og struktureret data. Men udredningen står samtidig på skoleudtalelse, PPR rapport og egen Anamnese (sociale objektive fund som patienten selv fortæller) eller anamnese fra Børnelæge og Praktiserende læge.

PPR

Ved PPR er der ansat forskellige faggrupper, der alle har særlig viden om børns generelle udvikling og om specifikke vanskeligheder i forhold til læring og trivsel. Psykologer, konsulenter, socialrådgivere, talepædagoger, fysio- og ergoterapeuter samarbejder tværfagligt om at understøtte, at alle børn i Aalborg Kommune lærer så meget de kan og har mod på at deltage i verden.

PPR's primære kerneydelse er vejledning til daginstitutioner og skoler med henblik på at styrke deres arbejde med inkluderende børnefællesskaber og at medudvikle deres pædagogiske

¹⁸ <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics/om-ics>

indsatser. PPR's indsats har altid et pædagogisk sigte og tager derfor afsæt i den pædagogiske kontekst i daginstitution og skole med inddragelse af børn og forældres perspektiver som en grundlæggende tilgang.

En anden kerneydelse er udarbejdelse af skriftlige rapporter og vurderinger. Hvis det i et vejledningsforløb viser sig relevant at undersøge et barns forudsætninger for læring kan der laves undersøgelse, test eller andet ved en eller flere fagpersoner fra PPR. Dette vil medføre udarbejdelse af en eller flere skriftlige rapporter (PPR-rapporter), hvis konklusioner inddrages i det videre vejledningsforløb.

I de tilfælde hvor skole og forældre tænker, at et barn har behov for at iværksætte specialpædagogisk bistand jf. Folkeskoleloven skal der udarbejdes en pædagogisk psykologisk vurdering (PPV) i PPR. PPV'en baserer sig ofte på de foreliggende oplysninger om barnets forudsætninger for læring og effekten af de pædagogiske indsatser omkring barnet. PPVens formål er, at vurdere behovet for specialpædagogisk bistand, samt beskrive bistandens omfang og indhold. PPV'en danner grundlag for en afgørelse om iværksættelse af specialpædagogisk bistand. Afgørelsen foretages af den instans i kommunen der er tillagt kompetencen. I mange kommuner er det skolelederen, i andre kommuner er det PPR.

Specialskolen

Specialskolen er et specialpædagogisk tilbud og indsats der iværksættes når barnet/den unge er udredt og man har vurderet i PPR/skoleforvaltningen at barnet/den unge ikke kan inkluderes i almindelig folkeskole jf. Folkeskoleloven §3, 20, og 51, Bekendtgørelse om folkeskolens undervisning og anden specialpædagogisk bistand §1,2 og 8 samt Forvaltningsloven §19.

Specialskolen har sit eget specialpædagogiske miljø og kultur med nære læringsfællesskaber der tager udgangspunkt i det enkelte barns kompetencer og forudsætninger

Sundhedsplejen

Sundhedsplejen tilser barnets mor allerede før fødsel og derefter barnet ved 5 ugers helbredstjek og opfølgende de næste 3 måneder af barnets levetid. I vurderingen af barnets helbred indgår særligt vægt, højde, kost og vækst i forhold til en vækstkurve. Derudover indgår mere uofficielt en vurdering af barnets generelle trivsel i forhold til forældrekontakt, boligforhold og forældrekompetence. Der foretages senere helbredstjek ved 7 års alderen. Metodefaglig metode? §Sundhedsloven

Bilag B: Projekterfaringer

Videndeling og genbrug er et grundelement og vigtig trædesten i dette projekt. Derfor har afdækning af tidligere projekterfaringer været centralt i initieringen af projektførelsen. For at skabe et kvalificeret overblik over hvilke projekter og hvilke erfaringer - gode som dårlige – der allerede er opnået.

Dette overblik gav en dybere forståelse for, hvilke forretningsmæssige behov og erfaringer, som pilotafprøvningen kan tage afsæt i. Det blev gjort ved screening af eksisterende og relevante kommunale og regionale projekter, der arbejder med at sikre bedre sammenhæng, spørgeguide til indsamling af projekterfaringer, analyse og opsamling af udvalgte projekter og en afklaring af fælles metodetilgang og systematik på tværs af parterne

Det resulterede i følgende projekterfaringer:

1. **På forkant med sundhed:** Horsens Kommune og hospitalsenheden Horsens. Formålet er at skabe sammenhængende forløb, inddrage borgeren, egenmestring, bedre kommunikation, bedre samfundsøkonomi, telemedicin, videokonferencer. Her blev vigtigheden af at skabe forankring hos lederne vægtet højt. Ligeledes at gøre sig klart hvilket type projekt det er. Her blev det

særligt pointeret hvilken forandring der ønskes. Personalet skal modnes til forandringer og organisationen skal kunne følge med så løsning forankres.

2. **Program for digitalt samarbejde om komplekse patientforløb:**
Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner, PLO og KL. Formålet er at skabe bedre mulighed for tværgående samarbejde om og med patienter og pårørende på tværs af sektorer i sundhedsområdet. Deling af fælles stamkort, planer og indsatser, udarbejde en analyse for patientens mål og afprøve det i en pilotafprøvning, hvor der også indgår deling af aftaler. Her blev det særligt pointeret vigtigheden af, at holde fast i, at der udarbejdes løsninger for borgere og pårørende, når alle de mange interesser kommer i spil. Lad være med at lave 'stand alone'-løsninger, men sørg for, at der bygges med udgangspunkt i nationale it-arkitekturer og udarbejdes løsninger, der kan spille sammen med andre nationale løsninger og initiativer.
3. **Én plan:** Odense kommune er i gang med at skabe én sammenhængende tværfaglig plan for borgeren på ældre- og handicapområdet. Odense Kommune nævnte det vigtige i at forankre projektet hos højeste ledelse, prioritere ressourcer hos medarbejdere med forretningskendskab og lad dem sidde sammen flere dage om ugen. Implementering tager tid og derfor er det vigtigt at afsætte ressourcer fra starten til opfølgning og implementering.
4. **Test og modning af Tilstand, Indsats og Aktivitet:** Hjørring kommune. Formålet er at teste og modne tre open source udviklede rammearkitektur services. Tilstand, indsats, aktivitet. Projektet havde på interview tidspunktet ikke gjort nogle konkrete erfaringer endnu. Derfor indgår der ikke nogle erfaringer fra dette projekt. Projektet har sidenhen gjort sig følgende erfaringer der kan læses her: [Link](#)

Fællesnævneren for alle projekter var, at de arbejdede ud fra samme formål, at skabe bedre borgerforløb, bedre kvalitet og it der understøtter og koordinerer forløbene. Særligt blev der lagt vægt på betydningen af bedre borgeroplevelser, borgerinddragelse, bedre samarbejde og faglighed samt udvikling af forløbsapplikationer.

Projektet har som grundlag derfor haft fokus på:

- Samarbejde og borgeren først, herunder samskabelse og inddragelse.
- Menings- og værdigivende for borgere og medarbejdere, som skal kunne se sig selv i projektet.
- Ledelser og medarbejdere involvere på tværs af sektorer og sammen.
- Prøve ting af med udgangspunkt i borgerens behov og nytteværdi frem for teknologi.
- Genbrug og udvidelse af den nationale infrastruktur.
- Udvikling af arbejdsgange og identifi af behov i forbindelse med udvikling af løsningen.
- Afsættelse af tid og ressourcer til at bidrage med viden, kompetencer og erfaringer.

Dertil blev det pointeret, at der med realiseringen af disse elementer også indbefatter nødvendige forandringer i form af et ændret mindset hos borgere og medarbejdere i forhold til anvendelse og nyttiggørelsen af it. It skal ses som noget der understøtter samt styrker faglighed og inddragelse og ligeværdigt samarbejde med borgeren.

Bilag C: Nuværende arbejdsgange

Der er i projektet udført arbejdsgangsanalyser - hvor ovenstående borgercase har været vejledende. Arbejdsgangene er beskrevet for at få indsigt i den praksis og de bagvedliggende processer som borgeren møder i deres hverdag. Derfor har projektet afdækket de forskellige processer, metoder og den faglige dokumentation, som de forskellige fagdomæner dokumenterer. Resultatet af analysen er en kortlægning af hvilke begreber og oplysninger, der er i spil på det enkelte fagdomæne, og hvilke af disse der skal være genstand for afprøvning af datadeling.

Det er endvidere blevet afdækket i hvor høj grad der findes klassificerede, standardiserede og strukturerede data, og hvordan data på tværs af de respektive fagområder kan struktureres i form af generiske dataobjekter og metodefaglige begreber set ud fra en fællesoffentlig arkitektur.

Arbejdsgangsanalysen har samlet set givet et overblik over hvilke oplysninger der findes i dag, i hvilke systemer de er registeret, i hvilket format, i hvilken kvalitet mm.

Selve kortlægningen er foregået via observationsstudier og gennemgang hos de involverede fagprofessionelle aktører samt workshops på tværs af fagområder. Se bilag G for et systemoverblik over relevante fagsystemer og hvilke oplysninger der findes i disse.

Arbejdsgange

Arbejdsgangene kan inddeles i to kategorier:

- Arbejdsgang i forbindelse med borger cases på tværs af fagpersoner.
- Arbejdsgange for de individuelle fagpersoner.

As-is arbejdsgange for følgende interessenter indgår i arbejdsgangsanalysen:

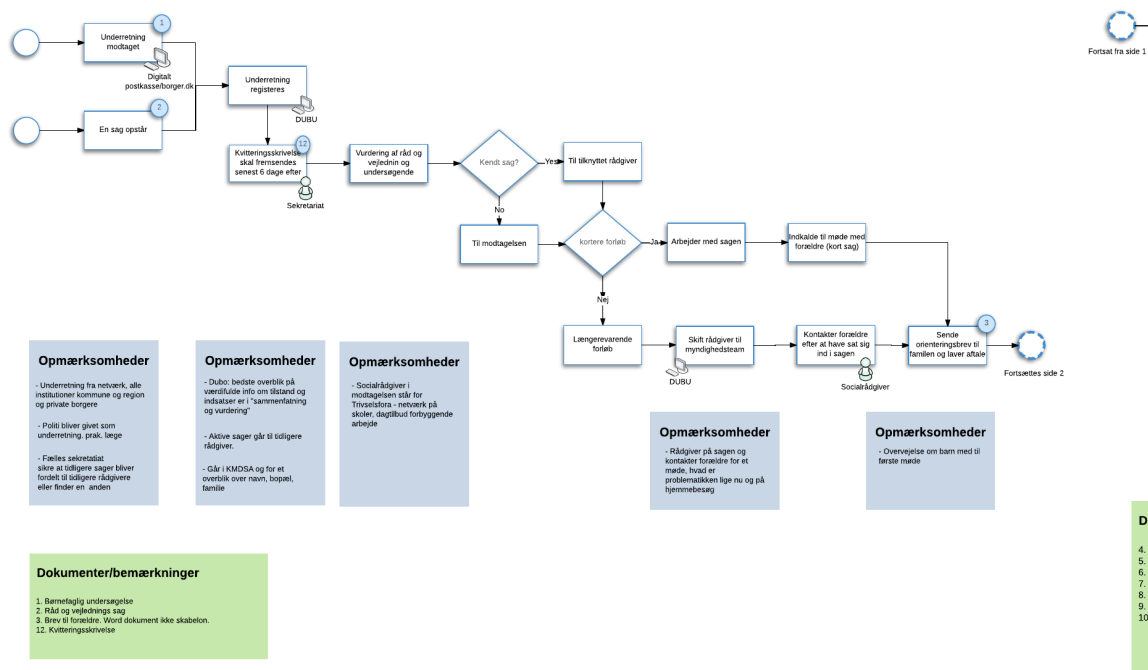
- Borgerforløb for pårørende
- Børne- og ungepsykiatrien
- Praktiserende læge
- Familie- og beskæftigelsesforvaltningen
- Skole
- Special skole
- PPR
- Sundhedsplejen (Arbejdsgang ikke kortlagt)

Alle arbejdsgange er kortlagte og tegnet som eksemplificeret i nedenstående eksempler og vedlagt som bilag F.

AS-IS arbejdsgange: Familie og beskæftigelsesforvaltning
Version 1,0 af 13-10-2017
Side 1/3



AS-IS
Versio
Side 2



Figur: 15 As-is arbejdsgang: Familie og Beskæftigelsesforvaltningen del 1

Bilag D: Identificerede udfordringer

I forbindelse med arbejdsgangsanalysen¹⁹²⁰ af den eksisterende situation er følgende udfordringer blevet kortlagt af de forskellige fagpersoner. Udfordringerne er samlet og ikke opdelt i henhold til interessenter, da en af pointerne med projektet er, at vise at data med fordel kan deles på tværs og en nedbrydelse af siloer.

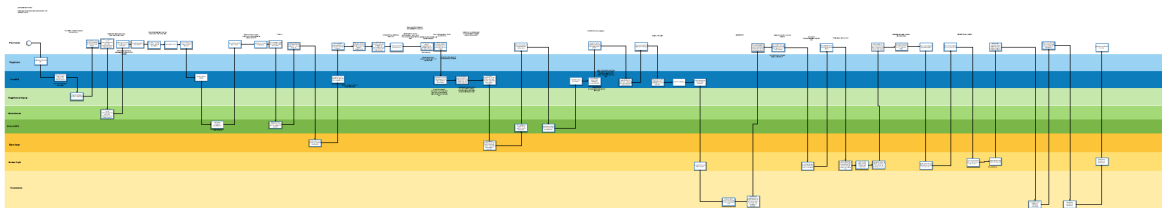
- "Den gode henvisning" er for detaljeret og bruges i varieret grad i praksis. Eksempelvis bliver henvisning fra almen praksis afvist grundet manglende oplysninger og dokumentation.
- Anbragte børn, hvis plejeforældre går til praktiserende læge og herfra bliver henvist til Børne- og Ungpsykiatrien, bliver afvist, da det ikke er deres biologiske forældre eller forvaltningen ikke har givet samtykke. Sker en gang om ugen og opdages ved at feltet "opholdssted eller plejemor/far" ikke er udfyldt. Der benyttes unødigt meget tid på at kontakte praktiserende læge i forhold til at skaffe samtykke. Herunder at få samtykke fra begge forældre, hvis de er skilt og ikke samarbejder.
- Forældre er ikke altid en sikker kilde til at overdrage informationen, da de oftest selv har det psykisk svært eller selv er udsat og sårbar. Kan være vanskeligt at holde overblik, aftaler, planlægge, vedligeholde kontakter og skabe netværk. Det kræver et stort arbejde i forhold til samarbejdet. Forældre styrer, hvad praktiserende læge skal vide/får at vide. Ofte udestår manglende informationer/oplysninger om udsatte unge. Forældre synes at skole symptombehandler frem for at årsagsbehandle.

19

²⁰ Se bilag C for en beskrivelse af eksisterende arbejdsgange

- Fagpersoner kan kun tilgå forløb og oplysninger for hospitaler i samme Region. Kommunikations- og datadeling problem at alt ikke er digitalt. Svært at træffe hinanden telefonisk på tværs af sektorer pga. snævre telefontider. Det gælder psykiatrien, praktiserende læge, forvaltninger og skoler. Mange udeblivelser pga. at unge over 15 år ikke er stabile i forhold til at følge med i e-boks/Digital Post.
- Skole må gerne dele oplysninger med sundhedsplejen, men sundhedsplejen må ikke dele med skolen uden samtykke. Det opleves som lukket land mht. indhentning af oplysninger fra praktiserende læge og psykiatrien. Manglende viden om, hvem der er relevante fagpersoner at dele informationer med og det kun hvis forældre fortæller det. Praktiserende læge hører sjældent noget fra forvaltningerne, hvis borgeren har kontakt til dem.

Udfordringerne peger ikke alene på bedre digital understøttelse på tværs af fagpersoner og borgerens forløb men kalder også på et styrket og mere ligeværdigt og involverende samarbejde samt adgang til borgerens egne data. Det er blandt andet nogle af disse udfordringer der har dannet udgangspunkt for anden del af arbejdsgangsanalysen²¹, der havde fokus på den fremtidige situation i form af "det gode borgerforløb".



Figur 16: Eksempel på flow i en borgercase

Arbejdsgangsanalysen har vist hvor komplekst området er, samt at der er mange forskellige arbejdsgange involveret, hvor borgeren og den unge kommer til at stå midt i det hele som et knudepunkt, der forsøger at samle trådene.

Af ovenstående figur fremgår det tydeligt hvor mange interaktioner der er mellem de forskellige interessenter.

Andre blanketter var varianter af samme blanket med kun enkelte ændringer fx samværsformer, modersmål (behov for tolk), aflastningsfamilie, plejefamilie eller anbringelse på institution m.fl.

Konklusionen er, at der forefindes mange forskellige skemaer, mange forskellige metodefaglige tilgange og forståelse. Alle dog med afsæt i barnets/den unges udfordringer og ressourcer. Mange af disse beskrivelser indeholder store mængder fritekst i form af ikke-struktureret, ikke-entydigt defineret begrebsdannelse og forståelse samt ikke-klassificeret data.. Særligt mangler det kommunale social- og sundhedsområdet fællesfaglige begreber og forståelse af hvordan man samarbejder omkring og med borgeren²².

²¹ Se bilag E for en beskrivelse af fremtidige arbejdsgange

²² Læs mere om fælleskommunalt projekt om Fællesfaglige begreber her:
<http://www.kl.dk/Kommunale-ogaver/Social-service/ffb/>

Bilag E: Fremtidige arbejdsgange

På baggrund af arbejdsgangsanalysen for de eksisterende arbejdsgange blev fremtidige scenarier for, hvordan koordineret opgaveløsning, deling af relevant information og digital understøttelse kan sikre bedre sammenhæng, samarbejde og koordinering af indsatserne beskrevet. Dette blev gjort på kort sigt og på langt sigt - herunder hvordan borger får adgang til de delte data.

Målet med denne arbejdsgangsanalyse var at:

- Opstille fremtidige fælles mål for aktørernes fælles opgaveløsning omkring borgeren, som skal være styrende for de tværgående arbejdsprocesser og deling af relevant information omkring borgeren.
- Opstille fremtidige tværgående arbejdsprocesser med brug og deling af relevant information (borgerforløb) på tværs af fagområder og fagpersoner som understøtter de fælles mål.
- Opstille scenarier for det fremtidige it-landskab hos fagpersonerne omkring borgeren, som kan sikre en sammenhængende digital understøttelse af koordinerede opgaveløsning omkring borgeren med nødvendige informationer på tværs af fagområder og fagprofessionelle aktører (på kort sigt og på lang sigt).

Dataoversigt/struktur				
Dataobjekt	Eksempel	Nøgle	Datatype	Struktureringsgrad
Aktionsdiagnose	F84.5 Asperger syndrom	F84.5	text	Struktureret
Aktionsdiagnose	F93.1 Fobisk angsttilstand i barndommen	F93.1	text	Struktureret
Aktionsdiagnose	F93.8 Andre emotionelle forstyrrelser i barndommen	F93.8	text	Struktureret
Aktionsdiagnose	DF325 Tilpasningsreaktion m adfærdssymptomer på emotionelle symp.	DF325	text	Struktureret
Diagnose	F43.25 Tilpasningsreaktion med adfærdsmæssige og emotionelle symptomer	F43.25	text	Struktureret
Diagnose	Z63.4 Problemer i forhold til nærstående. Familienmedlemmers død.	Z63.4	text	Struktureret
Familieforhold	Bor hjemme hos forældre samt lillesøster og storebror hver anden uge		text	Ustruktureret
Samlet fraværsprocent for dette skoleår (17/18)	Samlet fravær 12,5%		text	Struktureret
Indlæringsvanskeligheder	Barnet har generelt indlæringsvanskeligheder, på baggrund af PPV(PPR)		text	Ustruktureret
Funktionsevneniveau	Funktionsevneniveau(C.GAS): lig med 55 - sv. T. en variabel funktionsevne med vanskeligheder på flere sociale områder		text	struktureret
Udviklingsforstyrrelse			text	Ustruktureret
Separationsangst	Barnet lider af separationsangst fra mor og far		text	Ustruktureret
Alkoholmisbrug	Mor drikker og barnet er præget af manglende struktur/ustabilitet miljø		text	Ustruktureret
Koncentrationsevne	Manglende koncentrationsevne		text	Ustruktureret
Medicinstatus	Patienten har få meget mavesyre, og der har været tendens til mavesår, og får derfor Lansoprazol		text	Ustruktureret

Figur 17 Dataoversigt

Bilag F: Arbejdsgangsdigrammer

Bilag G: Systemoverblik over relevante fagsystemer

Bilag H: Fuld oversigt over modtagne skemaer mm.

Bilag I: Projektgruppe Arbejdsgruppe KL Pilotafprøvning

Bilag J Dataeksempler Tilstand, Indsats og Aktivitet

Bilag K Dataeksempler Tilstand, Indsats og Aktivitet

Bilag K: Samlet udvekslingsmodel

Bilag L: Løsningsmodel (Mock-up)

<https://xd.adobe.com/view/77a56177-c499-4734-8ce3-56a68c37b17f>

