

Bilag 9: Projektskitse til Rammearkitektur for Social- og Sundhedsområdet

(Bilag til dagsordenspunkt 5, Arkitektur på sundhedsområdet)

Baggrund

Den kommunale digitaliseringsstrategi skal levere et råderum på 2 mia. kr. årligt i kommunerne fra 2015 og hvert år frem. Parallelt hermed kører KOMBIT en række omfattende digitaliseringsprojekter, der også vil muliggøre effektivisering og kvalitetsudvikling. Sammen med Staten og regionerne er der vedtaget en fællesoffentlig digitaliseringsstrategi, der ligeledes lover effektiviseringer af den offentlige sektor.

Med den stigende effektivisering og gevinstrealisering gennem digitalisering indenfor Social- og sundhedsområdet er der en øget tendens til at fokusere på de enkeltstående projekter indenfor hver sektor (sundhed, beskæftigelse, uddannelse, børn- og unge). Tendensen er endvidere, at hvert projekt sektorvist udarbejder forslag til løsninger, som også berører kommunerne.

Når forskellige initiativer, der medvirker til digitalisering af kommunerne, starter uafhængigt af hinanden med forskellige offentlige myndigheder som opdragsgiver, er der stor risiko for, at den samlede digitale understøttelse af opgaverne ikke hænger hensigtsmæssigt sammen.

En rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet skal give et billede af en digital byplan, der skitserer hvordan et sammenhængende og koordineret helhedsbillede af hvordan kommunernes kerneopgaver understøttes bedst muligt i et samlet patient-borgerforløb på tværs af sektorer.

I projektet for Effektiv Digital Selvbetjening er der blevet udarbejdet en analyse der har påvist, at der på selvbetjening på kropsbårne hjælpemidler er ca. 80 % af alle ansøgninger der i praksis er trivielle og kan straksafgøres. Det forudsætter, at der digitalt sker en mapning af borgerens funktionsevne (ICF) med et bestemt hjælpemiddel og under krav af et bestemt dokumentationsniveau (FSIII standarden). Hvis ikke den mapning sker automatisk, kan der ikke ske straksafgørelser. Applikationsservicen 'Klassifikation' i Rammearkitekturen er præcis den der løser den mapning mellem forskellige klassifikationer (fx Diagnoser, funktionsevnenedsættelse, hjælpemidler, dokumentationskrav, Emnesystematik og FORM, Kontoplan mv.) I dag sker denne mapning mellem forskellige klassifikationer i hovedet på den enkelte sagsbehandler i kommunen, hvilket er ret ineffektivt. Selvbetjeningsløsningen på kropsbårne hjælpemidler forventes at realisere en gevinst på 40 mio. kr. for dette område alene.

Så hvorfor skal KL sammen med kommunerne sikre en koordineret indsats via en rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet?

Som eksemplet fra projektet om Effektiv Digital Selvbetjening også illustrerer, er der risiko for, at kommunens medarbejdere bruger tid på manuel håndtering af administrative opgaver (fx mapning) som ellers kunne gøres automatisk, hvilket fjerner fokus og tid til kerneopgaven. En anden risiko er usammenhængende information der vanskeliggør et sammenhængende borgerforløb på tværs af sektorer og derved ikke imødekommer borgerens mobilitet (fx har borgerens sundhedstilstand også betydning for

borgerens potentielle beskæftigelsestilstand og i den sammenhæng hvilken beskæftigelsesindsats der skal igangsættes af kommunen). En tredje risiko er, at kommunerne betaler for samme funktionalitet flere gange, fordi de forskellige systemer overlapper hinanden.

En kommunal rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet skal netop sikre, at kommunerne får bedre og billigere løsninger fremover. Det sker blandt andet ved, at en digital byplan for Social- og sundhedsområdet ikke fremmer forholdene for nogle bestemte leverandører, men åbner op for et flerleverandørmarked, hvor alle kan byde ind.

Dette projekt skal derfor bidrage til at høste flere former for gevinster: For det første besparelser gennem mere automatisering af processer. For det andet besparelser på bedre sammenhæng mellem information på tværs af sektorer. Og for det tredje besparelser via billigere løsninger ved at åbne op for et flerleverandørmarked. Alle tre gevinstområder kan realiseres gennem en fælleskommunal rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet.

Formål

I forbindelse med Fælles Sprog III projektet blev det påvist, at der ikke i tilstrækkeligt omfang blev skabt den fornødne sammenhæng mellem andre social- og sundhedsfaglige tilgange såsom DUBU, DHUV, Selvbetjening på hjælpemiddelområdet, telemedicin, SOR, NSI Sikkerhedsarkitektur blot for at nævne nogle.

En central forudsætning for at sikre denne sammenhæng er, at grundlaget for en digital byplan for Social- og sundhedsområdet eksisterer og at projektinitiativerne for området i den fælleskommunale digitaliseringsstrategi anvender den digitale byplan og dens metode. Formålet med dette projekt er på den baggrund af sikre, at en digital byplan for Social- og sundhedsområdet bliver udarbejdet med afsæt i projekterne og at de derefter gradvist forankres i projekterne efterfølgende. Herunder skal projektet understøtte projekterne i den forandringsproces som en indføring i en fælleskommunal rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet vil medføre for både kommuner og systemleverandører.

I den fælleskommunale digitaliseringsstrategi er der følgende projektinitiativer som kan have stor nytteværdi af en samlet rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet:

- [Digitalisering af handicappede og udsatte området \(DHUV\)](#)
- [Hjemmesygeplejens integration til Fælles Medicinkort](#)
- [Udbredelse af MedCom kommunikation](#)
- [Kommunernes adgang til kronikerdata](#)
- [Velfærdsteknologi](#)
- [Kommunerne på sundhed.dk](#)
- [Fælles sprog III på ældre- og sundhedsområdet](#)

Derudover vil projekter såsom DUBU være relevante at få inddraget i projektet for at sikre sammenhænge til større dele af det sociale område.

Dette projekt har således til hensigt, at skabe grundlaget for en fælles rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet gennem ovenstående projektinitiativer og vil på den baggrund igangsætte en række konkrete initiativer:

- Kvalificere de services der er fundet i Fælles Sprog III projektet med øvrige opgaveområder fra de øvrige projektinitiativer på Social- og sundhedsområdet i den fælleskommunale digitaliseringsstrategi og identificere de fælles services for en fælleskommunal rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet.
- Sikre sammenhæng mellem de fælles services der er identificeret og til de øvrige kommunale services (*Organisation, Sag, Dokument*).
- Dokumentere erfaringerne med FSIII-standardens konkrete anvendelse af applikations servicen *Klassifikation* og kortlægge for de øvrige projektinitiativer hvordan eventuelle klassifikationer indenfor Social- og sundhedsområdet kan indgå i denne service.
- Understøtte en sammenhængende effektivisering og gevinstrealisering gennem løbende dialog, identificering og udbredelse af gevinstområder via rammearkitekturen indenfor Social- og sundhedsområdet og på tværs af sektorer. Eksempelvis tværsektoriel standardisering mellem kommuner, regioner og NSI.
- Forankre den kommunale rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet i de enkelte projektinitiativer og gradvist få indarbejdet en ny tænkning og systematik for information og processer indenfor Social- og sundhedsinformation og på tværs af sektorer.

Ovenstående initiativer forudsætter indgående dialog mellem Staten (primært Digitaliseringsstyrelsen og Sundhedsstyrelsen), Regionerne og KL (evt. med udvalgte kommunale repræsentanter). Det er en vigtig forudsætning for dette projekts realisering, at ovenstående interessenter med flere skal involveres i dette projekt så tidligt som muligt. Der skal skabes et forpligtigende samarbejde gennem involvering i de tidlige faser af projektopstart og scoping af dette projekt for derved allerede nu at sikre det nødvendige ejerskab på tværs af organisationer.

Leverancer og resultater

Projektet skal levere følgende leverancer og resultater:

- Forretningsanalyser på alle projektinitiativer og på den baggrund kortlægge og identificerer i hvilket omfang effektmål, strategisk sigte, processer, begreber og information hænger sammen med en overordnet rammearkitekturtænkning for Social- og sundhedsområdet. I den forbindelse hvor skal rammearkitekturen for Social- og sundhed eventuelt udvides med nye services. Dette vil kræve en række workshops med de enkelte projekter på Social- og sundhedsområdet.
- Etablere et projektnetværk for Social- og sundhedsområdet hvor projektinitiativer i den fælleskommunale digitaliseringsstrategi understøttes med løbende at få forankret rammearkitekturen for Social- og sundhedsområdet i projekterne og af den vej få skabt sammenhæng til de statslige og regionale sektorer som Social- og sundhedsområdet skal kommunikere og dele information med.
- Der udarbejdes et 'Blueprint' der visuelt illustrerer den digitale byplan for Social- og sundhedsområdet og dets relationer på tværs af sektorer. Den digitale byplan skal være kortlagt i

et rimeligt omfang da det er forudsætningen for at kunne kommunikere hvordan kommunerne fremover ønsker at dele oplysninger fremover.

- Facilitere workshops med statslige og regionale sektorer der modtager og/eller afgiver information til Social- og sundhedsområdet på baggrund af den tænkning fra den kommunale rammearkitektur for området. Der udarbejdes Casebeskrivelser/brugerrejser der beskriver hvordan en borger og dennes oplysninger understøttes af de identificerede services på tværs af sektorer.
- Facilitere workshops med leverandører der har brug for at få indarbejdet den systematik som rammearkitekturen for Social- og sundhedsområdet lægger op til. Det vil kræve løbende dialog og støtte til leverandørerne for at de vil få den indgående forståelse for den systematik der nødvendiggør sammenhængende information på tværs af sektorer og som muliggør processer der giver et koordineret helhedssyn på borgerens forløb på tværs af sektorer (Uddannelse, beskæftigelse, Børn og Unge o.l.).
- Der skal udarbejde en business case der giver et estimat på hvilke besparelser der forventes at kunne realisere på de 3 gevinstområder via en fælleskommunal rammearkitektur på Social- og sundhedsområdet. De 3 gevinstområder via rammearkitekturen skal ses som en måde at understøtte og sikre, at de nuværende projektinitiativer kan frigøre de lovede potentialer.

Mål

Projektet skal realisere følgende mål:

- De tværgående services i en fælleskommunal rammearkitektur der er dækkende for hele Social- og sundhedsområdet er identificeret, kortlagt og dokumenteret.
- Forandringsprocessen er visualiseret i et 'Blueprint' der kan bruges til at kommunikere overfor Staten og Regionerne, hvordan sammenhæng på tværs af sektorer tænkes realiseret.
- Rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet er forankret i de 7 projektinitiativer i den fælleskommunale digitaliseringsstrategi.
- Rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet som tænkning er formidlet og indarbejdet hos systemleverandører.
- De 3 gevinstområder for rammearkitektur på Social- og sundhedsområdet er berammet i en samlet business case og at de på vej til at blive høstet i de 7 projektinitiativers gevinstrealisering i takt med at rammearkitekturen indføres i projekterne og hos systemleverandører.

Ovenstående mål understøttes af en digital byplan der dækker hele Social- og sundhedsområdet og som løbende revideres som projektet bliver klogere men som samtidig skal synliggøre den forandringsproces som dette projekt vil introducere for store dele af dets interessenter.

Organisering

Der er for nuværende følgende organisering for projektet (opstartsfasen):

Projektejer:

Styregruppe:

Projektleder:

Projektgruppedeltagere:

Interessenter der skal involveres: Digitaliseringsstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, NSI, Regionerne, KL (og udvalgte kommunerepræsentanter), EOJ- og andre systemleverandører, projekterne fra den fælleskommunale digitaliseringsstrategi for Sundhedsområdet + DUBU.

Risikovurdering

Projektets realisering er relateret til en række forudsætninger og afhængigheder der kræver at der fra både Staten, Regionerne og kommunerne forstås nødvendigheden af en sammenhængende rammearkitektur for Social- og sundhedsområdet og dets betydning på tværs af sektorer. Derudover er der sammenhængen til igangværende projekter såsom DUBU der for nuværende er en ukendt faktor. Der udarbejdes en mere dybdegående interessent- og risikoanalyse der skal håndtere projektets risici.

Tidshorisont

Projektet igangsættes med følgende estimerede milepæle (bedste bud):

1. Milepæl: Opstart 2 måneder
2. Milepæl: Forberedelse – 3 måneder
3. Milepæl: Gennemførelse – 12 måneder
4. Milepæl: Implementering – 10 måneder

Ressourcer

Det skal nærmere afklares såfremt det prioriteres at gå videre med projektet. Projektet vil kræve faste allokerede ressourcer i form af en projektleder fuldtid og en forretningsarkitekt minimum halv tid. Derudover kommer Social- og sundhedsfaglige konsulenter der skal indgå fast i projektet.