

Highlights – opsamling af de vigtigste emner fra Fælles Sprog III 2. netværksmøde Bølge 1

Tidspunkt: 18. september 2017

Sted: Uddannelsescentret Fredericia

Forskerparken 10
DK-5230 Odense M

Telefon:+45 6543 2030

Mobil: +45 2499 0054

E-Mail:

fs3@medcom.dk

www.medcom.dk

Dato: 190917

Vor ref. mbk

HIGHLIGHTS

Generelt er kommunerne glade for den røde tværfaglige tråd, som følger med FSIII, og giver udtryk for, at det er givende, at man nu tvinges til at lave mere strukturerede forløb for borgeren. Det, som især fylder hos bølge 1-kommunerne lige nu, er:

- Undervisning, som aktuelt enten planlægges eller udføres, samt overvejelser omkring hvor meget af undervisningen, som er FSIII og/eller EOJ-snitflader.
- Konvertering/indtastning af borgere med tilhørende revisitering er en omfattende opgave (nogle kommuner lader en del af konverteringen ske i forbindelse med undervisningen).
- Udrulningen (trinvist eller "big bang")
- Opfølgning på, om metoden bruges korrekt/audits og hvilke indsatser man evt. kan sætte ind med – (Brush-up? Genundervisning?)

Nedenfor følger en kort beskrivelse af emner, som blev drøftet på 2. netværksmøde for bølge 1-kommunerne.

FSIII som metode

Borgerens mål: Nogle kommuner ønsker sig, at borgerens mål figurerer mere overordnet end hvad gør sig gældende på nuværende tidspunkt, da hensigten må være, at alle snakker ind i et fælles mål for borgeren/borgerens mål. En kommune foreslår, at man dokumenterer borgerens mål under "generelle oplysninger", så det gælder borgeren generelt og dermed alle de tilstande, som borgeren har.

Trods flere kommuners glæde over den røde tråd med FSIII, er det ikke alle kommuner, som mener, at systemet og metoden alene understøtter bedre tværfaglighed bl.a. pga. manglende overordnet mål for borgeren (uddybes nedenfor). I stedet oplever man, at myndighedspersoner – uanset ny metode og system – skal "presses" ind i et samarbejde og opfordres til at tænke på, hvordan man fx hver især kan bidrage til at beskrive en tilstand.

Tilstandsbegrebet: Korrekt anvendelse af tilstandsbegrebet er en stor udfordring - uanset faggruppe.

Henvisning/henvendelse fra: Nogle kommuner finder denne dokumentation unødvendig, da gode systemer burde kunne trække dette på en smart måde. For de kommuner, som er gået i gang, gælder, at det oftest er myndighed på SEL (i nogle tilfælde også på SUL), der anvender dette felt, og at plejecenter og rehabilitering ikke bruger feltet. Der er fortsat usikkerhed blandt kommunerne om, hvornår man laver en ny henvisning/hvor dynamisk henvisningen er. Emnet indgår i det forestående arbejde i præ-governancegruppen.

Helhedsvurdering: Flere kommuner oplever, at feltet ikke anvendes som tiltænkt, da det er udfordrende, at myndighed og sygepleje skal dokumentere i samme (fritekst)felt. Derfor har nogle kommuner valgt at holde sygeplejen uden om brugen af helhedsvurderingen.

Opfølgning: Flere kommuner oplever, at opfølgingsdelen er udfordrende, og at det er nødvendigt, at de (både planlagte og ikke planlagte opfølgninger) overskueliggøres, så man ikke "drukner i dem".

Myndighedsdokumentation: Flere kommuner oplever udfordring blandt visitatorer, som ikke mener, at de kan sagsbehandle. Det er uklart, hvorvidt dette blot skyldes, at visitatorerne er vant til at arbejde i ét ark, men nu skal vænne sig til, at sagsbehandlingen sker flere steder. Andre kommuner oplever ikke problemer med myndighedsdokumentation med FSIII. Oplevelsen af om det var svært at sagsbehandle, eller om der var et godt overblik, virker ikke til at være systemafhængigt, idet kommuner med samme system har forskellige opfattelser.

Dokumentation af de sygeplejefaglige problemområder: CURA-kommuner er positive over for funktion i DXC og Nexus, som gør det muligt for hvert sygdomsområde at vælge mellem 1) Aktuelt problem, hvorefter klassifikationen sker, 2) Potentielt problem, hvorefter det bliver muligt at lave en faglig vurdering for problemområdet og 3) Ikke relevant, og vil foreslå Systematic at lave en lignende løsning.

Observationer: I CURA er det ikke muligt manuelt at koble en observation til en tilstand. Dette skal forudbestemmes og kan være vanskeligt for observationer, som kan kobles på mange tilstande. I KMD kan man manuelt relatere observationer til en tilstand hhv. flere tilstande, hvorved relationen mellem observation og tilstand skabes. Det er samtidig muligt at dokumentere en observation uden at koble den til en tilstand. Københavns Kommune vil tage denne løsning til overvejelse.

Hvor dokumenteres hvad? For de kommuner, som er i drift, har det generelt været en udfordring for medarbejderne at finde ud af, hvor hvad skal dokumenteres efter overgangen til FSIII.

Implementering af FSIII

Organisatorisk forståelse af metoden: Det er en vedvarende udfordring for slutbrugeren at aflære gamle vaner og at forstå metoden og formålet med den. Det er afgørende, at man som projektleder kan kommunikere formålet med FSIII til slutbrugere på mange niveauer.

E-læringsmaterialet: En kommune oplever, at hjælperne ikke kan se sig selv i det e-læringsmateriale, som er tilgængeligt. Mathias, KL, tager denne udfordring med tilbage til KL.

Indsatskatalog: Flere kommuner har fokus på de økonomiske konsekvenser - og det pres, der eventuelt måtte følge - af reviderede indsatskataloger (fx ny pakkestruktur).

Genbesøge beslutninger: Flere kommuner giver udtryk for, at man planlægger at genbesøge mange af de beslutninger, man har truffet tidligere i forløbet, og at det er vigtigt, at man italesætter over for organisation og ledelse, at dette er en nødvendighed og en del af processen.

Sideløbende projekter: Det er udfordrende, at der kører flere sideløbende projekter, som både projektledere og slutbrugere skal forholde sig til. Det er vigtigt at forsøge at skabe sammenhæng mellem projekter, og nogle kommuner forsøger meget bevidst at bygge tingene sammen. Fx tænker en kommune opfølgingsdelen sammen med Tidlig Opsporing. En kommune nævner, at det kan være udfordrende at IT-systemer kører deres eget løb og ikke nødvendigvis tænker andre ting ind.

Oprydningsarbejde: Flere kommuner oplever, at der med implementeringen af FSIII følger et stort oprydnings- og sorteringsarbejde, som ikke direkte vedrører FSIII, men som alt andet lige øger omfanget af opgaven. Der er naturlig anledning til at klare relaterede opgaver i samme omgang, som man fx alligevel gennemser og bearbejder arbejdsgangene.

Teknisk implementering: Kommunerne er fortsat usikre på, hvorvidt de opfylder kravet om at være teknisk implementerede inden udgangen af 2017. Mathias, KL, henviser til de tre punkter, som står beskrevet i implementeringsguiden (konvertering af data, opgradering og undervisningsmiljø i systemet). Kommunerne ønsker klar tilbagemelding på, om de skal have opgraderet til produktionsmiljøet, eller om det er tilstrækkeligt, at de har fået adgang til en FSIII-kompatibel version.

Opfølgning: Emnet sættes på dagsordenen til næste FSIII styregruppemøde den 10-10-17.

MedCom-meddelelser og implementering af FSIII: KMD gør opmærksom på, at MedCom-meddelelser vil medtage FSIII-data, og *kun* FSIII-data, på *alle* områder, hvis en borger er tilknyttet en FSIII-tilstand på ét område. Dette kan være et dilemma, hvis FSIII fx bliver implementeret på træningsområdet, inden det sker på plejeområdet. For at undgå tomme skemaer, skal kommunen derfor være meget opmærksom på rækkefølgen i FSIII-implementeringen.

Support i forbindelse med implementeringen: Flere kommuner giver udtryk for, at det er frustrerende og utilfredsstillende med ventetid på svar ved spørgsmål om metoden, hvor en afklaring

her og nu er vigtig for den videre proces i den enkelte kommune. Præ-governancegruppen et er godt initiativ, så den enkelte kommune ved, at fx mere komplekse emner behandles her, men der har været en timing-udfordring i, at projektet er startet op, før pilotafprøvningen har været mulig at gennemføre.

Opfølgning: KL bestræber sig på hurtige svar, i den forbindelse, er det vigtigt at huske, at en del problemstillinger, kan være af en sådan art, at de kan kræve en længere proces, inden de kan besvares.

Opstarts- og netværksmøder: En kommune oplever, at der har været en timing-udfordring ift. netværksmøderne, som derfor – for de, som ikke var langt i forhold til gennemsnittet – ikke har været implementeringsunderstøttende. En kommune fremhæver også, at kommuner, som ikke er langt i proces, risikerer at forholde sig til problematikker, som kan være løst, når de selv skal implementere - dermed minimeres udbyttet af møderne. Mulige tiltag kunne være at bryde bølge-opdelingen og i stedet opdele kommunerne ift. hvor langt man er i proces (dvs. ift. monitoreringen). Denne opdeling løser i nogen grad ovenstående problemstillinger, men kommunerne oplever et samtidigt behov for og udbytte af at lytte til kommuner, som er længere i proces. På trods af overvejelser om, hvorvidt bølgestrukturen skulle ændres, er kommunerne i sidste ende mest indstillede på at bevare nuværende bølgestruktur, da netværk og det kendskab, der er opstået i bølgen, er at større værdi end tidsmæssigt sammenfald ift. implementering af metoden.

Øvrigt

Styrelsen for Patientsikkerhed: Flere kommuner, som har haft embedslægetilsyn, undrer sig over, at embedslægerne ikke kender til FSIII. Inden Sundhedsstyrelsen blev delt op i flere sektioner, var KL i dialog med Embedslægeinstitutionen og informerede om FSIII. Flere kommuner ønsker en tilbagemelding til kommunerne om den indsats, som KL har gjort og gør i forhold til Styrelsen for Patientsikkerhed. En kommune nævner, at embedslægerne ikke er enige om forhold omkring samtykkekompetence; ifølge kommunen, er styrelsen nu ved at udarbejde en vejledning omkring dette.

Opfølgning: FSIII-projektet oplyser, at de ved, at der er dialog på overordnet niveau mellem KL og Styrelsen for patientsikkerhed, arbejdet ligger udenfor projektets rammer. Ved yderligere spørgsmål, er kommunerne velkomne til at henvende sig til KL's konsulenter på ældreområdet, der har den løbende dialog om tilsyn.

Evaluering: Nogle kommuner har stort ønske om og behov for, at metoden evalueres. Konkret ønskes en drøftelse af, hvordan man ser metoden anvendt sammenligning med hvordan den er tænkt anvendt. Gør man det "rigtigt"? Herudover har flere kommuner en fornemmelse af, at metoden ikke anvendes ens, hvilket ligeledes bør undersøges nærmere. Dette berøres delvist i præ-governancegruppen, men det kan overvejes, om der skal/kan nedsættes en arbejdsgruppe (evt. bestående af projektledere, FSIII-instruktører og repræsentanter fra sikringsfasegruppen), som laver et oplæg til præ-governancegruppen. KL opfordres til at tage dette med i overvejelserne.

Evaluering af mødet og kommende netværksmøder

De kommuner, som på mødet var i en sammensat gruppe (CURA og DXC), oplevede, at det at blande kommuner med forskellig leverandør gav en god synergi, og at det gav inputs, som man kunne "tage med hjem". Generelt oplever kommunerne den indbyrdes erfaringsudveksling givende – om den skal ske i plenum eller i grupper, kan man diskutere.

På mødet holdt Lolland Kommune et spændende oplæg omkring de journalaudits, som de har foretaget, og tilbagemeldingen fra de andre kommuner var, at man ønsker flere lignende oplæg, hvor kommuner deler deres erfaringer.

For at kunne ramme emner, som er aktuelle for kommunerne, er MedCom afhængige af, at kommunerne melder emner/oplæg ind forud for mødet. MedCom sender forespørgsel til næste netværksmøde ud efter jul.

På trods af overvejelser om, hvorvidt bølgestrukturen skulle ændres, er kommunerne i sidste ende mest indstillede på at fortsætte nuværende bølgestruktur.

Bølge 1-kommunerne ønsker at mødes igen efter vinterferien (ultimo februar til primo marts 2017). MedCom giver en udmelding, når dato for næste netværksmøde foreligger. Mødested foretrækkes at være let tilgængeligt fra togstation.

Til kalenderen:

Netværksmødet bliver onsdag d. 7/3 2018. Nærmere detaljer om tid og sted følger, men reserver allerede nu dagen.