

Forskerparken 10
DK-5230 Odense M

Telefon: +45 6543 2030
Mobilnr.:
E-Mail: mbk@medcom.dk

www.medcom.dk

Dato 27. juni 2017
Vor ref. MBK

Referat fra 8. fælles ERFA-møde – pilotkommuner - FSIII

Dato og tidspunkt: 6. april kl. 10.00 - 15.00

Sted: KL-huset, Weidekampsgade 10
2300 København S

Deltagere: Tove Salting, Sønderborg Kommune
Tina Helene Jensen, Sønderborg Kommune
Ulla Bak Nielsen, Ærø Kommune
Birgit Bækmann, Aarhus Kommune
Ulla Lund Eskildsen, KL
Tine Helving Rasmussen, KL
Jeanette Jensen, MedCom
Kirsten Krag Olofson, MedCom
Dorthe Skou Lassen, MedCom
Mie Borch Dahl Kristensen, MedCom (referent)

Afbud: Bodil Marie Grøn, Fredericia Kommune, afbud
Tina Clemmensen Schaarup, Københavns Kommune, afbud

Referat:

1. Velkomst og status på projektet

Første nyhedsbrev er sendt ud, og næste nyhedsbrev kommer efter påske.

Testprotokollen har været til kommentering. Kommentarer er indarbejdet, og der er sendt svar til de enkelte leverandører. Der afholdes teknikermøde den 3. maj, hvor den endelige testprotokol er i fokus, og hvor det er muligt at stille afklarende spørgsmål.

Der er på nuværende tidspunkt 4 datoer i spil til kompatibilitetsvurdering. KMD havde booket sig ind på en dato (aflyst), og der er ikke aftalt datoer med de øvrige leverandører. KL oplyser, at det vil være nødvendigt at sætte flere datoer af. KL udsender Doodle til pilotkommunerne.

Odense Kommune har oplyst, at de ønsker at få deres 'Én plan'-løsning kompatibilitetsvurderet også. 'Én plan' er en tværfaglig dokumentationsløsning, der understøtter den rehabiliterende tilgang på tværs af alle rehabiliteringsforløb og målgrupper. Løsningen bygger ovenpå det gamle EOJ-system KMD Care, som stadig anvendes til fx kørelister, planlægning af holdtræning, håndtering af hjælpemidler, medicin og ekstern kommunikation.

KL modtager løbende kontakt fra små (private) plejecenterleverandører (fx Easy Data), som ønsker adgang til klassifikationerne (Healthterm) og at blive kompatibilitetsvurderet. KL har møde med en af disse, Sekoia, i maj.

Instruktørkurserne kører, både i KL- og COK-regi. COK kører både fælleskurser men kan også tilkøbes til at afholde kurser i de enkelte kommuner.

2. FSIII - PRODUKTER v. Tine, KL

Generelt gode og brugbare produkter.

Forslag til forbedringer:

Behov for præciseringer/udddybninger i metodebeskrivelsen. Materialet omskrives inden sommerferien. Konkrete ændringsforslag fra pilotkommunerne modtages gerne.

Behov for uddybende beskrivelser af tilstande. På instruktørkurserne uddeles 'Guide til funktionsniveauer', og denne har man taget godt imod, men der er et fortsat behov for uddybende beskrivelser, når det kommer til helbredstilstande.

Der er behov for at tydeliggøre det arbejde/forberedelser, som den enkelte kommune skal iværksætte mellem kursusdeltagelse og deres lokale implementering og undervisning. Kan vi gøre dette i implementeringsmaterialet?

Mangler:

Det nævnes, at plejecenter ikke ser sig selv som hjemmepleje, og dermed ikke som en del af e-læringsmaterialet. Problemet kunne løses ved e-læringsvejledning. På nuværende tidspunkt ligger der "Introduktion til FSIII's e-læringsmateriale" på fs3.nu. På instruktørkurset udleveres 'E-læring supplerende' med gennemgang af indholdet af de enkelte moduler. Det drøftes hvorvidt denne supplerende vejledning kunne være tilgængelig på fs3.nu, når kurserne er gennemført. KL er tilbageholdende med dette, idet materialet er udarbejdet med henblik på videre forarbejdning lokalt. Materialet er tilgængeligt på forum, hvor alle har modtaget uddybende forklaring ift. anvendelsen.

Pilotkommunerne nævner, at man fra instruktøruddannelsen forventede at få en undervisningspakke med hjem fra kurset. Det bør overvejes, hvorvidt dette kan tydeliggøres bedre i andre hjælpematerialer og ikke kun på instruktøruddannelsen. KL nævner i forlængelse heraf, at man har tænkt sig at snakke med COK om de hele 3-dages kurser, de kører, idet det ikke er alle, der har behov for dag 3. Dag 3 er primært repetition af metoden og snak om det at arbejde med uddannelsesstrategier og -aktiviteter. KL fortæller også, at der har været stor frustration blandt KMD-kommunerne, der deltager, fordi KMD's anvendelse af FSIII metodeordene er anderledes i KMD Nexus' brugergrænseflade. Dette gælder specielt tilstandspræciseringen. Ballerup Kommune tager dialog med KMD i denne uge. KL pointerer, at det er vurdering, at der umiddelbart kun er behov for små ændringer, førend KMD kan blive FSIII-kompatibel.

Plan:

KL vil efter input til FSIII-produkterne lave plan for, hvad der SKAL og KAN opdateres/udarbejdes inden for eksisterende projektrammer, og hvad man i denne omgang må udelade og notere på emneliste.

Konkrete ændringsønsker til FSIII-produkterne (kan også være illustrationer, eksempler mv.) kan sendes til Tine, KL, inden 1. maj. FSIII-produkterne forventes at være opdaterede inden sommerferien.

3. FSIII - LOKALE ORGANISATORISKE BESLUTNINGER v. Jeanette, MedCom

Der er enighed om, at de tilbagemeldinger, pilotkommunerne har givet på produkter, LOB'er, uddannelse og metode, gerne må deles blandt pilotkommunerne.

Bemærkning: Der eksisterer ikke en LOB nr. 7 i LOB-listen.

Bemærkning: Sammenfald mellem LOB'er i forhold til opsætning og konfiguration af EOJ FSIII-system.

Følgende LOB'er er i fokus hos pilotkommunerne:

Indsatskataloger: Generel tendens til, at man forsøger at undgå niveau 3, hvis det er nødvendigt, da der er tale om en lang og tidskrævende proces.

Pakker: Niveau 2 kan opfattes som en pakke i sig selv. Det tager lang tid at konfigurere blokke, så det passer "omme bag systemet". I Århus vælger man at vente med pakkerne, fordi det kræver erfaring og økonomiske beregninger at vide, hvordan sådan en pakke skal se ud på SEL.

Diagnoser: Generelt ønsker man at anvende diagnoser, men man er også nødt til at være afventende, fordi det kræver samarbejde med lægerne. Pt. udfordring, fordi man ikke modtager diagnoserne. KL nævner, at dette emne forventeligt løftes i næste nationale strategi for 2018-2020. KL orienterer om, at det at få diagnoserne fra sundhed.dk er én af de muligheder, der sigtes imod. Dette vil mindske arbejdet med vedligeholdelse af diagnoserne, hvilket er en generel udfordring. Ærø og Langeland Kommune er udvalgt til risikobaserede tilsyn, og har brug for diagnoserne. Århus Kommune får diagnoserne fra regionen, hvis en borger har været indlagt (via GOP og udskrivningsrapport).

Rettigheder/arbejdsgange: Der er vigtige diskussioner forbundet med, at visitation og udfører skal samarbejde om dokumentationen.

Begrænset erfaring: Pilotkommunerne har ikke erfaring med VUM, hvorfor det ikke er muligt at videregive erfaringer vedr. sammenhæng til VUM og kun i begrænset omfang vedr. Tidlig Opsporing. Det kan være nødvendigt at kontakte en VUM-kommune. Ulla Bak nævner, at man i Ærø Kommune skal i gang med Tidlig Opsporing.

Andre emner:

Økonomi og styring: Der er enighed om, at det ville være en god idé at italesætte økonomi og styring i LOB-listen (og implementeringsguiden generel). Det drøftes, hvorvidt emnet skal fremgå af LOB-listen eller faserne. Det drøftes desuden, om implementeringsguiden kan levendegøres ved at lave pile på "fasetegningen", der viser, hvornår der er vigtige LOB'er, som man skal tage stilling til.

Uddannelse: Det nævnes, at uddannelse kommer ret tidligt i implementeringsforløbet. Det drøftes, hvorvidt uddannelsesplanlægning er at betragte som en LOB (skal fremgå af LOB-liste), eller om det skal have egen selvstændig fase i implementeringsguiden (nævnes under fasen "Organisatorisk implementering"). Væsentlig erfaring er at være opmærksom på at få metoden lært, inden man kan planlægge uddannelse.

Minimumsdatasæt: Det drøftes, hvorvidt minimumsdatasættet skal fremgå mere/tydeligere i LOB-listen. Samtidig drøftes det, om opdelingen i 'kan' og 'skal' giver mening.

Indsatskataloger: Der er mange spørgsmål til dette. Kan vi beskrive det bedre og eksemplificere?

Pakker: Denne LOB skal formuleres som "vil man" og ikke "hvordan man", da man ikke *skal* anvende pakker. Der er generelt oplevelse af, at man faktisk kan undvære pakkerne.

Emneopdelt LOB-liste: Jeanette har lavet forslag til, hvordan LOB-listen kunne emneopdeles. Der er begejstring for dette. Der er samtidig enighed om, at man med fordel kan linke fra LOB-listen til hjælpematerialer/relevant info (indsatskatalog mv.).

Anslagsbegrænsningerne i felter: På nuværende tidspunkt er der en LOB, der handler om anslagsbegrænsningerne på felter. Den enkelte kommune kan *ikke* ændre på dette, hvorfor dette ikke bør være en LOB.

Irrelevante LOB'er: Nogle af LOB'erne vurderes at være sammenfaldende, hvorfor der med fordel kan ske en oprydning. MedCom laver forslag til revidering af LOB-listen og sender den til kommentering i gruppen.

Områder, der ikke dækkes af FSIII: På nuværende tidspunkt omtales én paragraf som et område, der ikke er dækket af FSIII. Da der er flere områder, der ligger udenfor, bør en enkelt paragraf ikke nævnes.

4. FSIII - UNDERVISNING v. Kirsten, MedCom

Pilotkommunernes overvejelser forud for valg af undervisningsmetode:

Sønderborg Kommune erfarede, at medarbejderne i kommunerne havde stort behov for at se systemet, da man underviste i FSIII-metoden. I første pilot gennemgik man FSIII materiale (e-læring og slides fra instruktøruddannelse), hvorefter man blev præsenteret for systemet, og flere medarbejdere fandt denne proces udfordrende. Man er dog opmærksom på, at der også er udfordringer forbundet med at vende processen om, så system gennemgås før metode, da en medarbejder så ikke vil vide, hvad 'en tilstand' osv. er. Det er svært at forholde sig til metoden uden systemet, men det er samtidig en nødvendighed at kunne metoden for at kunne bruge systemet. Flere af de andre kommuner nikker genkendende til dette dilemma. Det nævnes, at denne udfordring *måske* er mindre, hvis kommunen skifter system og ikke kender systemet i forvejen. Anbefaling: Det er nødvendigt, at den enkelte kommune finder sin lokale balance i anvendelsen af både system og metode, når der skal introduceres og undervises. Ping-pong-øvelse at finde balancen.

Sønderborg Kommune nævner, at det har været udfordrende at lægge en velfungerende strategi for, hvordan undervisningen praktisk skal se. I kommunen sendte man materiale og links ud på mails, men man var udfordret af, at flere medarbejdere ikke havde åbnet mailen. En anden overvejelse er på hvilket tidspunkt i forløbet disse mails (hvis det er det, man anvender) skal udsendes til medarbejderne. En tredje overvejelse er, om e-materialet skal anvendes som forberedelse til anden undervisning eller først efterfølgende.

Der er generelt enighed om, at der er stort behov for, at undervisningen struktureres. I Århus Kommune har man sikret, at folk har gennemgået e-læringsmaterialer ved at monitorere, at de ansatte har været igennem kurserne (LMS). Der monitoreres ikke på, om de har gennemgået det hele eller blot surfet/skimmet/åbnet.

Der er enighed om, at det er meget vigtigt med opfølgning og opsamling. På Ærø laver man aktuelt opfølgning med de forskellige organisationsenheder. Opsamling sker via læringsaudit, hvor indhold i opsamlingen drøftes i et møde med superbruger og leder, der efterfølgende har ansvaret for lokal opfølgning på resultatet. Det er god læring – for

hver enhed – at synliggøre, hvor der er udfordringer, og hvor fokus på forbedring skal lægges.

I Sønderborg Kommune har man anvendt materiale (dele fra PP-præsentationer) fra instruktøruddannelse, og man planlægger at dette skal suppleres med egne skærm-dumps. Man har ligeledes overvejet at anvende spil. I Københavns Kommune tager man ud og 'spiller' et spil (efter læringspakke har været sendt ud og i de lokalområder, som har behov for det). Spillet er blevet forenklet siden første version. I spillene arbejder man med funktionsevnetilstande og helbredstilstande, og spillene giver nogle gode faglige diskussioner. Ærø Kommune har sammensat undervisningsmateriale ud fra instruktøruddannelsen. Århus Kommune har – ligesom Københavns Kommune – anvendt læringspakker, som sendes ud og anvender således meget decentral undervisningsstrategi.

Pilotkommunerne udleverer oftest noget materiale i form af PP el. lign. i forbindelse med undervisningen men er i tvivl om, hvorvidt og hvor meget materialet anvendes. Der efterlyses små lommemanualer. Flere medarbejdere er glade for 'Guide til funktionsniveauer', som udleveres til FSIII instruktøruddannelsen. I Århus uddeler man små cases, hvor medarbejderen ledes gennem systemet og ligeledes en lommebog med begreber. Pilotkommunerne opfordres til at lægge deres materiale i projektlederforummet, da dette kan være god inspiration for andre kommunerne. Århus Kommune bemærker, at kun er muligt at lægge materiale op, som ikke er direkte møntet på EOJ-systemet (billeder mv.), da dette vil kræve systemleverandørens accept. Da meget af Århus Kommunes materiale indeholder billeder fra Cura, vil der ikke være meget materiale, som kommunen kan lægge op.

Ingen af pilotkommunerne har tilkøbt ekstra instruktørpladser gennem COK – ej heller anden ekstern bistand.

Anbefalinger:

1. Lokal forankring af ansvar og kompetencer er essentielt. Kan fx være et lokalt "3-benet læringsteam" med ledelsesmæssige kompetencer, faglig viden og kendskab til EOJ-systemet.
2. Differentieret undervisning af medarbejderne ud fra funktion / opgaver.
3. Differentieret materiale til medarbejderne ud fra funktion / opgaver. Kun det absolut nødvendige materiale, for at medarbejderen kan udføre sit arbejde, skal udleveres. Medarbejderen vil altid have mulighed for at opsøge mere viden, hvis der opstår ønske om dette senere.
4. Ambassadører tæt på frontpersonalet, opsøgende og proaktiv i kontakten med kollegaerne.
5. Konkret tid allokeret til ambassadørens støtte/ oplæring af kollegaer.

6. Hurtig og tæt opfølgning for at sikre, at arbejdsgange mm anvendes korrekt. Tilbage melding via lokal leder, der – i samarbejde med sin ambassadør - har ansvar for opfølgning, hvis der er behov for ændringer i praksis.
7. Cases giver mening: fasthold undervisningen hverdagsnær.
8. E-læring som supplement. Afsæt tid, se e-læringen sammen i små grupper, afslut med diskussion ud fra egen praksis.
9. Italesæt, at det er helt ok og naturligt, at der vil være tider med frustrationer, når gammelt skal aflæres og nyt tages i brug. Kom gerne med eksempler fra tidligere ændringer, der - efter frustrationer - er resulteret i ny god praksis, som alle ser som gavnlig.
10. Start med en kort metodeintroduktion som udgangspunkt, og lad herefter er undervisningen og oplæringen være et "ping pong" mellem metode/proces/system. Det er vigtigt at arbejde sideløbende, så medarbejderne kan relatere indføringen til egen daglig praksis.

Øvrige bemærkninger:

Det anbefales generelt, at der allokeres tid og ressourcer til de enkelte 'pinde' (anbefalinger). I anbefalinger fra piloten kan dette med fordel specificeres under de enkelte punkter i stedet for at figurere som 'standardpunkter'.

Det er desuden vigtigt at formidle, at der er en stor opgave forbundet med at sikre 'den gode proces' lokalt, dvs. at system/metode-snakken (i hvilken række undervisning der i dette) italesættes.

I forbindelse med undervisninger giver pilotkommunerne udtryk for, at de mangler forklaringer til de produkter/dokumenter, der omtales (fx dokumentationsstandard). Pilotkommunerne er enige i, at noget af det materiale (som er omtalt i nogle produkter men ikke udarbejdet) er svært at udarbejde nationalt men skal laves lokalt i den enkelte kommune.

5. FSIII - METODENS OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER v. Ulla, KL

Ulla (KL) bemærker, at der oprindeligt var tale om FSIII pilotprojektets opmærksomhedspunkter – emner/punkter, der gennem sikringsfasen blev sat fokus på i forhold til at søge en afklaring i løbet af piloten.

Generelle oplysninger – mestring, motivation og ressourcer:

Begreberne 'mestring', 'motivation' og 'ressourcer' er defineret med udgangspunkt i 'Sociale begreber' og rehabiliteringsområdet. Begreberne har vist sig at skabe lidt forvirring, og flere kommuner vurderer, at hjælpeteksterne ikke er tilstrækkelige. Det er svært at skelne mellem begreberne, og snakken om disse begreber er meget nedtonet på instruktøruddannelsen. Pilotkommunerne har p.t. ikke andre erfaringer end listevising; i KMD Nexus er der mulighed for at lave relationer mellem notater/på tværs i journalen.

Beslutning: Der er generelt enighed om, at felterne giver mening at bevare, da de 3 begreber er væsentlige i helhedsvurderingen og essentielle i rehabiliteringen. Det er også her visitatorer, som føler, at de har viden, de ikke kan komme af med, skal skrive. I Sønderborg Kommune har man oversat begreber, og i Århus Kommune har man lavet læringsmateriale blot til 'Generelle oplysninger'. Løsningen på udfordringen er, at begrebslisten uddybes med supplerende forklaringer og eksempler (som i minimumsdatabasettet, hvor der mangler eksempler på de generelle oplysninger). Pilotkommunerne opfordres til at sende gode eksempler/supplerende information/hverdagsformuleringer til KL, som begrebslisten kan suppleres med. *Der er 27/6-17 ikke modtaget yderligere (ULE).*

Generelle oplysninger – vaner:

Feltet er tiltænkt de situationer, hvor 'Livshistorie' ikke anvendes (som det ofte gør ved demente), men hvor man har brug for at notere en borgers vaner, men anvendes feltet? Pilotkommunerne er generelt enige om, at feltet giver god mening at bevare. I Cura har man desuden valgt, at det er et af de felter, der præsenteres på besøgsplanen (sammen med mestring, motivation og ressourcer), og som hjælperne altså får præsenteret. Dette er endnu ikke udviklet men på tegnebrættet. Ingen pilotkommunerne har på nuværende tidspunkt konverteret vaner over i det nye strukturerede felt. Dette er en større opgave.

Beslutning: Feltet bevares som et felt for sig selv.

Generelle oplysninger – helbredsoplysninger:

Helbredsoplysninger vil ofte være et sted til at angive fx allergier, sanseproblemer (blindhed mv.) eller diagnoser, som ikke er bekræftet af læge.

Sygeplejeindsatser:

Som det er nu, findes der i indsatskataloget to vurderingsindsatser; Smertevurdering og søvnvurdering, men man kan undre sig over, hvorfor det netop er disse, der er valgt ud. Hvordan adskiller disse vurderinger sig fra andre vurderinger? Er det for at kunne trække statistik på disse? Burde der i stedet være en generel vurderingsindsats?

Beslutning: De to vurderingsindsatser bør erstattes af en generel vurderingsindsats med eksempler (fx søvn, smerte, sår mv.).

Struktureret opfølgning:

Delproces 'levering' og delproces 'opfølgning' vil jf. FSIII procesmodellen være tæt forbundne, idet der foretages løbende opfølgning under levering af indsatser. KL fortæller, at man startede ud med at behandle de udfaldsrum, der er ved opfølgning, som udfaldsrum, der skulle anvendes i forbindelse med den strukturerede myndighedsopfølgning, men at man fandt det meningsfuldt også at anvende feltet til løbende vurdering. Det drøftes, hvordan FSIII dokumentationen med fordel kan forenkles ved levering af indsatser, sådan at der både sker en dokumentation af den planlagte indsats og en dokumentation af den løbende opfølgning. Eksempelvis kan et udfald ved levering af indsats være "fortsætter". Der er ingen af pilotkommunerne, som i FSIII løsningen i EOJ systemet har understøttet teknisk mulighed for, at der ved det enkelte besøg kan dokumenteres ud fra de 4 udfald, der er ved den strukturerede opfølgning. Der er dog forskellige opfattelser af, hvorvidt den strukturerede opfølgning skal ske ved hvert besøg/hver levering (løbende vurdering v. leverandør) eller udelukkende på opfølgningsdatoen (planlagt myndighedsopfølgning og planlagt leverandør opfølgning på faglige mål/indsatsmål og indsatsen).

'Struktureret opfølgning' er anvendt i Sønderborg Kommune og gav god mening i pilot 1. I Ærø Kommune kommer den strukturerede opfølgning med i releasen i april. I Cura har man udviklet feltet, så det ligger 'bag systemet', dvs. at man ikke skal ind og registrere det aktivt, men at den strukturerede opfølgning udledes af den øvrige dokumentation. Derudover er der meget nem besøgsregistrering (udført).

Pilotkommunerne giver udtryk for, at den strukturerede opfølgning bruges med/følger opfølgningsdatoen. I Sønderborg Kommune bruger man den strukturerede opfølgning på mål og tilstand – men ikke ved hvert besøg. I Cura (Aarhus) kan levering af indsatsen dokumenteres meget enkelt som "udført".

Jeanette pointerer, at 'opnået forventet tilstand' ikke nødvendigvis er det samme som at 'afslutte', men at det at nå en 'forventet tilstand' kan være et skridt på vejen til en ny forventet tilstand. Der er behov for konkretisering af, om det skal håndteres sådan, at den konkrete tilstand afsluttes og oprettes på ny med ny tilstandspræcisering og ny forventet tilstand, eller om det er tale om en opdatering af den aktuelle tilstand.

KL fortæller, at planen var, at man – fra den strukturerede opfølgning – skulle videre til den aktuelle delproces for opdatering af dokumentationen iht. det valgte udfald.

Der er enighed blandt pilotkommunerne om, at de 4 udfaldsmuligheder - som resultat af den strukturerede opfølgning - styres via en opfølgningsdato og ikke ved hvert enkelt besøg/hver enkel indsats.

Beslutning: Resultatet af den strukturerede opfølgning dokumenteres i forhold til opfølgningsdatoen (planlagt myndighedsopfølgning på forventet tilstand, tilstand og indsats og planlagt leverandør opfølgning på indsatsmål/faglige mål og på indsatsen). Det er en LOB, hvordan arbejdsgange og dokumentation af den strukturerede opfølgning håndteres mellem myndighed og leverandør. Det er vigtigt, at FSIII-instruktørerne er opmærksomme på dette til instruktøruddannelsen.

Årsag til tilstand:

Der har været stort ønske om at kunne knytte flere årsager til en tilstand. Angivelse af flere tilstande har en rolle i forbindelse med XML'en, idet der i tilfælde af flere årsager skal laves nogle regler for hvilken årsag, der skal anvendes som primær årsag. Det bør overvejes, om dette er et emne, der skal tages op i teknikergruppemødet den 3. maj. Kravsformuleringen i testprotokollen er ikke bundet til, at der kun kan tilknyttes én årsag.

Henvendelse fra:

Der er ønsker om flere ændringer. Pilotkommunerne vurderer, at listen er dækkende, men det drøftes, hvorvidt der skal stå 'afdeling' ved sygehusene, eller om der skal stå 'sygehus – kirurgisk', 'sygehus – medicinsk' osv. Hvad med privathospitalerne? Plejecentrene? Der drøftes, hvorvidt behovet for, at privathospitalerne fremgår på listen, bør rejses på et styregruppemøde.

Aktuelle/potentielle tilstande – SEL og SUL:

KL og MedCom modtager flere henvendelser i forhold til 'potentielle tilstande' og dokumentationen af disse. 'Potentielle tilstande' står ikke tydeligt nævnt i FSIII-metodebeskrivelsen men er implicit omtalt, idet en tilstand vil være enten aktuelt eller potentiel

Det kan være svært at få overblik over en borger, hvis borgeren har mange tilstande. Et potentielt problem (SUL) vil altid skulle udredes, men skal potentielle problemer udredes som tilstande, vil overblikbilledet forværres yderligere.

I Århus kommune skal man oprette et hudproblem, selvom der ikke er et hudproblem, hvis borgeren har diabetes og er i risiko for at få diabetes (dette også for at få det med i indlæggelsesrapport inkl. bemærkninger). Det er i systemet muligt at udrede en tilstand uden indsats.

I pilot 2 vil man i Sønderborg Kommune forsøge at registrere de potentielle tilstande med prosatekst under de generelle oplysninger (helbredsoplysninger). Dette udveksles ikke i indlæggelsesrapporten.

Det drøftes, hvorvidt det er muligt at have kontekstafhængige visninger (brugerfunktionalitet), således at man kan vælge at få vist de potentielle tilstande. Her er det vigtigt fortsat at kunne skelne mellem inaktive (potentielle) tilstande og inaktive tilstande (ikke længere problemer).

Det drøftes, hvorvidt man kunne lave et procestrin før helbredstilstande, hvor man – ved den sygeplejefaglige udredning - vælger, hvorvidt der er tale om en aktuell eller potentiel tilstand, og er der tale om en potentiel tilstand, skal problemet kunne beskrives uden en tilstand.

Muligheden for, at begrebet 'potentielle tilstande' er 'outdated' rejses.

Tilstande:

Der er på nuværende tidspunkt 8 sårtilstande. Det drøftes, om man vil miste noget, hvis man fjerner de specialiserede 7 sårtilstande fra helbredsområdet 'Hud og slimhinder', der i alt indeholder 8 tilstande. Har man brug for at kunne trække statistik, vil det være nødvendigt at have undertyper under 'problemer med sår, og så er vi samme sted. Det besluttes, at emnet bringes op igen senere.

Ulla (KL) har modtaget ønsker fra en kommune om oprettelse af en palliativ indsats og en ny tilstand "Livstruende sygdom". Tove (Sønderborg Kommune) fortæller, at denne problematisk i flere sammenhænge har været rejst på CSC erfamøder, hvor det er blevet debatteret og forklaret, hvorfor det metodisk ikke giver mening at arbejde med.

Pilotkommunerne bemærker, at der er behov for yderligere beskrivelser af tilstande. Københavns Kommune er i gang med at lave sådanne beskrivelser og vil gerne lægge deres materiale i projektlederforum, når det er færdigt. Materialet svarer lidt til den "Guide til funktionsniveauer", som undervisningskonsulenter har lavet.

Nogle tilstande, bl.a. 'Bevæge sig omkring' skaber lidt problemer. Århus Kommune påpeger, at denne anvendes af deres terapeuter og på deres træningscentre. Hvis der er tilstande, som ikke bruges, er der mulighed for, at nogle af dem fjernes i en proces i governance-organisationen. Det besluttes at afvente tidspunktet, hvor vi kan lave et første træk på brugen af de enkelte tilstande.

Indsatser og ydelser:

SEL: Nogle kommuner har valgt at tage klippekortydelse ud og oprettet det som øvrig ydelse. Der kunne være behov for 0-ydelse.

Personlig pleje (SUL): Pilotkommunerne giver udtryk for, at der mangler en personlig pleje-ydelse i forhold til sundhedsfaglig levering af personlig pleje, når der er tale om komplicerede forløb, fx til terminale patienter.

Medicindispensering og -administration (SUL): Sønderborg Kommune giver udtryk for, at der mangler nogle mapninger, men KL bemærker, at de mapninger, der er lavet, ikke er udtømmende, og at man er velkommen til at bruge hele indsatskataloget, dvs. at tilføje fx medicindispensering og -administration til andre tilstande. Hvis flere kommuner giver udtryk for, at fx medicindispensering- og administration mangler til mange tilstande, bør projektet overveje at tilføje mapninger.

Funktionsevneområder ud fra ICF:

Det drøftes, hvorvidt der i metodebeskrivelsen skal stå, at der ikke nødvendigvis skal ske en udfyldelse af felter FSIII udførelse og borgerinddragelse på funktionsevner, som hører under ICF-området 'Kroppens funktioner'. Det gælder fx de mentale funktioner. Pilotkommunerne giver udtryk for, at de ikke er nået hertil endnu, men at de forventer, at

denne vil give problemer. I Århus Kommune er borgervurderingen lavet obligatorisk, og man giver udtryk for, at det kan være et problem, hvis man ikke er i kontakt med borgeren på det tidspunkt, hvor dokumentationen kunne påbegyndes. Flere pilotkommuner nævner, at borgerinddragelsen fortsat er vigtig.

Beslutning. Dokumentation af funktionsevnetilstande, som hører til ICF-området 'Kroppens funktioner' (ex mentale funktioner), skal ikke være obligatorisk at udfylde, og det bør fremgå, at der ikke nødvendigvis skal ske borgerinddragelse her. Det kan evt. præciseres yderligere i FSIII metodebogen (se side 34 at mentale funktioner ikke skal udfyldes mht. udførelse).

Observationer og målinger:

Leverandørerne mener, at der er mange uklarheder med målinger, og at det ikke virker færdigt. KL har brug for gode beskrivelser/tilbagemeldinger fra pilotkommunerne og sender mail ud omkring dette.

6. Plan for formidling af piloterfaringer på kommende netværksmøder

Bølge 1: 4. maj 2017

Bølge 2: 8. maj 2017

7. Eventuelt

Bordet rundt:

Sønderborg Kommune: Kører pilot 2 (på de samme tre områder) fra 24. april 2017 og 3 uger frem. Efter pilot 1 er der bl.a. sket ændringer i journalen for tilstande og det overordnede overblik. Man har i kommunen arbejdet meget med arbejdsgange og indsatskatalog. Dette skal testes nu, hvor man tager 10 kørelister (50 borgere) og anvender de nye tider fra indsatskataloget. Passer tiderne? Den håndholdte er med i næste release. I piloterne har man i kommunen valgt at dobbeltdokumentere. Laver vejledning til dokumentationspraksis.

Ærø Kommune: De første frustrationer er ved at lægge sig. Har haft "big bang" og er nu i gang med opfølgningen. Som forventet er tilbagemeldinger begyndt at komme. Systemet udvikles løbende under piloten, og alt er således ikke implementeret endnu, bl.a. kommer ny struktureret opfølgning i ekstra release. Den håndholdte er heller ikke med i pilot. Man dobbeltdokumenterer ikke i kommunen, og Ærø Kommune kan således siges at være den første kommune i drift med FSIII.

Århus Kommune: Skulle have været i fuld drift på nuværende tidspunkt, men "big bang" er udskudt. Fortsat udfordringer med at undervise i et system, som er under agil udvikling. På SUL-området har Århus Kommune implementeret FSIII-tilstande og SUL-indsatskatalog på både niveau 2 og 3 i nuværende system. Alle borgere har nu en FSIII helbreds-vurdering og har FSIII SUL-indsatser, så brugerne kender tilstande og indsatser

– det hænger bare ikke sammen i VITAE (altså ingen mapning) – de bliver så konverteret til Cura.

Øvrigt:

Den 12. april 2017 offentliggøres valg af system for de sjællandske kommuner.