

Estimering af gevinster og omkostninger ved implementering af Fælles Sprog III

Hvordan de ønskede effekter med Fælles
Sprog III skal opnås

April 2016, version 1.2

Indhold

1. Ledelsesresumé	3
2. Baggrund	6
3. Øget effektivitet og lønsomhed.....	8
3.1 Metode.....	8
3.2 Effektivisering af sygeplejefaglig udredning.....	11
3.3 Genbrug af sygeplejefaglig udredning.....	12
3.4 Effektivisering af den løbende dokumentering	13
3.4 Effektivisering af den interne kommunikation	16
4. Samlet estimering af omkostninger og effektiviseringsgevinster	19
4.1 Effektiviseringsgevinster ved at indføre FSIII.....	19
4.2 Omkostninger ved at implementere FSIII.....	20
4.3 Samlet økonomisk gevinstpotentiale	21
5. Kvalitative gevinster med FSIII	23
5.1 Forbedret indsats på sundhedsområdet.....	23
5.2 Øget borgertilfredshed.....	25
5.3 Forbedret sammenhæng på tværs af sektorer	26
5.4 Bedre grundlag for prioritering og styring	28
5.5 Forbedret arbejdstilrettelæggelse.....	29
6. Bilag: Referencer.....	31
7. Bilag: Interviewguide	32
7.1 Bilag: Overordnet	32
7.2 Bilag: Sygeplejerske.....	33
7.3 Bilag: Social- og sundhedsassistent.....	35
7.4 Bilag: Visitator	36

1. Ledelsesresumé

Fælles Sprog III (FSIII) er en ny fælles standard for hvordan man dokumenterer og registrerer data, i version 1.0, på det traditionelle ældreområde i kommunerne. De overordnede mål med at implementere FSIII i kommunerne er at opnå:

1. Øget effektivitet og lønsomhed
2. Forbedret indsats på sundhedsområdet
3. Øget borgertilfredshed
4. Forbedret sammenhæng på tværs af sektorer
5. Bedre grundlag for prioritering og styring
6. Forbedret arbejdstilrettelæggelse

I denne rapport vurderes, hvordan målene med FSIII kan opnås.

Målet om øget effektivitet og lønsomhed vurderes ved at udregne et effektiviseringspotentialer på baggrund af bl.a. medarbejderes lønniveauer. Effektiviseringspotentialer er et skøn baseret på hypoteser om, hvilke effekter det forventes at FSIII får. På dette tidspunkt eksisterer der ikke nogen it-understøttelse af FSIII, og estimerne vil derfor være behæftede med betydelig usikkerhed. Estimerne giver et billede af, hvad potentialer kan være på landsplan, og der vil være store variationer kommunerne imellem. Efter de første kommuner har fået erfaringer med en it-understøttet FSIII-implementering, vil der blive fulgt op på estimerne.

De øvrige mål med FSIII vurderes ved at bedømme kvalitative gevinster i forhold til, hvordan FSIII kommer til at påvirke den nuværende situation. Flere af de kvalitative gevinster forventes dog på sigt at kunne medføre betydelige økonomiske gevinster, men det har ikke været muligt at kvantificere dem i dette arbejde.

Effektiviseringsgevinster og omkostninger

Effektiviseringsgevinsterne ved at implementere FSIII er estimeret på baggrund af telefoninterviews med 30 medarbejdere fra seks kommuner om, hvordan de i dag udfører forskellige opgaver i EOJ-systemerne (elektroniske omsorgsjournalsystemer) og hypoteser om, hvor meget FSIII kan reducere tidsforbruget i anvendelse af EOJ-systemerne. Det reducerede tidsforbrug omregnes til effektiviseringspotentialer på nationalt niveau for hver af de forskellige typer af opgaver (situationer).

Situationer hvor FSIII kan forbedre nuværende arbejdsgange i EOJ-system	Estimeret årligt effektiviseringsgevinst ved fuld implementering af FSIII
Effektivisering af sygeplejefaglig udredning	56 mio. kr.
Genbrug af sygeplejefaglig udredning (Sundhedslov - myndighedsudredning) ifm. (Servicelov) myndighedsudredning af funktionsevnenedsættelse	5 mio. kr.
Effektivisering af den løbende dokumentering i journalnotater	73 mio. kr.
Effektivisering af den interne kommunikation	156 mio. kr.
I alt	290 mio. kr. per år

Der er estimeret følgende engangsinvesteringer for kommunerne ved at implementere FSIII¹:

Opgradering til FSIII-kompatibelt EOJ-system	200 mio. kr.
Projektomkostninger	62 mio. kr.
Uddannelse af medarbejdere i FSIII	165 mio. kr.
I alt	427 mio. kr.

Derudover er der estimeret en årlig omkostning på 30 mio. kr. til software-vedligeholdelse.

På baggrund af den foreløbige implementeringsplan, de estimerede omkostninger og effektiviseringspotentialerne vurderes det, at kommunernes investeringer i implementering af FSIII vil være tilbagebetalt i 2019.

Kvalitative gevinster

De fem overordnede mål (mål 2-6 oven for) med FSIII forventes at kunne opnås ved, at implementeringen af FSIII giver en række kvalitative gevinster. I det følgende er de kvalitative gevinster koblet til de overordnede mål:

MÅL: Forbedret indsats på sundhedsområdet

¹ FSIII-videreudviklingsomkostninger i KL og evt. implementeringsstøtte fra fx KL er ikke medregnet.

- Bedre håndtering af akutte situationer og som følge heraf fald i antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser.
- Tidlig opsporing og forebyggelse, så der iværksættes rette indsats til rette tid og i rette omfang.

MÅL: Øget borgertilfredshed ved indførelse af FSIII:

- Borgeren oplever, at indsatser er sammenhængende og koordinerede, når der er flere medarbejdere, evt. med forskellige faglige baggrunde, involveret i opgaveløsningen.

MÅL: Forbedret sammenhæng på tværs af sektorer ved indførelse af FSIII:

- Data om borgerens aktuelle tilstand kan udveksles automatisk/maskinelt og elektronisk til sygehuset ved indlæggelse.
- Ved henvendelser til/fra samarbejdspartner i sundhedsvæsen kan kommunen svare hurtigt, præcist og klart på hvilke symptomer borgeren har og har haft, hvad der er gjort, og hvordan indsatsen har virket.

MÅL: Bedre grundlag for prioritering og styring ved indførelse af FSIII:

- Forbedret grundlag for ledelsesmæssig og politisk styring og prioritering af indsatsen på det kommunale ældre- og sundhedsområde.
- Forbedret grundlag for at dokumentere effekten af den kommunale indsats på sundheds- og ældreområdet.

MÅL: Forbedret arbejdstilrettelæggelse ved indførelse af FSIII:

- Mere fleksibilitet i planlægning af medarbejderressourcer til levering af indsatser.
- Forbedret grundlag for overdragelse af kommunale opgaver mellem kommunale medarbejdere/faggrupper.

2. Baggrund

FSIII er en ny fælles standard for hvordan man dokumenterer og registrerer data, i version 1.0 på det traditionelle ældreområde i kommunerne. I første omgang er visitation, hjemmepleje og sygepleje inkluderet. Efterfølgende inkluderes træning, handicap og udsatte voksne, hjælpemidler, sundhedsfremme og forebyggelse samt forebyggende hjemmebesøg.

Generisk procesmodel

FSIII introducerer en generisk procesmodel, som betyder, at der vil være ens dokumentationspraksis på tværs af sundhedslov og servicelov. FSIII-dokumentationsmetoden vil være den samme for f.eks. en sygeplejerske, som dokumenterer på baggrund af Sundhedslovens krav til dokumentation, og en visitator som dokumenterer på baggrund af Servicelovens krav til dokumentation.

Den generiske procesmodel vil endvidere indebære, at dokumentationen genanvendes og opdateres af både myndighed (visitation) og leverandør (udfører), samt at der tilføres en opfølgingsproces gældende for både leverandør og myndighed.

Klassifikationer

FSIII medfører, at medarbejdere i EOJ-systemerne i højere grad end i dag skal dokumentere vha. klassifikationer. Når der f.eks. skal tildeles indsatser eller ydelser på det traditionelle ældreområde, kommer det med FSIII til at ske vha. to nationale indsatskataloger² – ét på henholdsvis servicelovsområdet og ét på sundhedslovsområdet. Disse nationale indsatskataloger er FSIII-klassifikationer.

Målet med at dokumentere efter klassifikationer er dels at mindske anvendelsen af fritekst og dels at gøre det nemmere at dokumentere.

Tilstande

Et vigtigt element i FSIII er at medarbejdere fremover skal udrede tilstande og dokumentere ud fra dem. På sundhedslovsområdet udreder man *tilstande*, som er et udtryk for de sundhedsrelaterede *problemer* en borger har. På servicelovområdet udreder man *tilstande*, som er et udtryk for, hvor en borger har funktionsevnenedsættelse og *behov* for hjælp.

² De nationale indsatskataloger dækker kategorier på et forholdsvis overordnet niveau (niveau 2). Lokalt kan man i den enkelte kommune selv bestemme indholdet på niveau 3.

Ved at udrede tilstande og løbende dokumentere udviklingen af dem, giver det en mulighed for at udtrække data som fortæller noget om effekten af de indsatser/ydelse, kommunerne leverer.

Tilstande skal binde al dokumentationen sammen. Hvis en borger f.eks. har en (lægelig stillet) diagnose registreres den i FSIII som en (bagvedliggende) årsag til en tilstand. Et andet eksempel på dokumentation er målinger, som også knyttes til tilstande. Når tilstande binder al dokumentationen sammen giver det mulighed for at lave en it-understøttelse, som gør det nemmere for medarbejderne at få overblik over en borgers dokumentation i it-systemet.

Når medarbejdere skal udrede problemer eller behov dokumenteres disse ved hjælp af FSIII-klassificerede tilstande. Disse klassificerede tilstande er udarbejdet som danske subsets af internationale klassifikationer (ICF og SNOMED-CT).

Aftaler om FSIII

FSIII-projektet indgår i *Handlingsplanen for den fælleskommunale digitaliseringsstrategi 2011 – 2015*, *Fælleskommunal digitaliseringsstrategi 2016-2020*, *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017* og *Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013-2020*. Kommunerne har ved økonomiforhandlingerne 2013 forpligtet sig til at implementere FSIII inden udgangen af 2017.

3. Øget effektivitet og lønsomhed

Kommunerne har stramme økonomiske rammer og oplever samtidig en stigning i opgavevaretagelsen som følge af flere ældre og kortere sygehusindlæggelser. Derfor er hovedfokus for dette arbejde i FSIII-projektet at levere et kvalificeret bud på et effektiviseringspotentiale, således at den øgede opgavevaretagelse kan håndteres inden for en begrænset udvidelse af medarbejderressourcerne.

I 2009 gennemførte Rambøll og Deloitte kortlægninger af tidsforbruget på administrative opgaver på hjemmeplejeområdet og i plejeboliger, som viste at der blev brugt en del tid på "indirekte brugerrettede opgaver". Disse opgaver er f.eks. at dokumentere og orientere sig i journaler, koordinere arbejdsgange og foretage overdragelse. Der er en forventning om, at FSIII kan øge effektivitet og lønsomhed i opgaveløsningen og bidrage til at nedbringe den tid medarbejdere bruger på "indirekte brugerrettede opgaver". Effektiviseringspotentialet konkretiseres ved at omregne "sparet tid" til et beløb baseret på timepriser for de involverede faggrupper.

3.1 Metode

På baggrund af observationsstudier i tre kommuner, en omfattende gennemgang af relevante rapporter (se Bilag: Referencer) og workshops med de 15 kommuner i FSIII-projektet blev der identificeret en bruttoliste af potentielle effektiviseringsgevinster.

I dialog med medarbejdere fra de 15 kommuner i FSIII-projektet, FSIII-følgegruppen, FSIII-styregruppen og medarbejdere fra EOJ-leverandørerne blev bruttolisten af effektiviseringsgevinster reduceret.

Til at kvantificere effektiviseringsgevinster vurderes hvordan elementerne i FSIII kan bidrage til at forbedre den nuværende situation. Den nuværende situation er blevet afdækket gennem telefoninterviews med i alt 30 kommunale medarbejdere (visitatorer, sygeplejersker og SOSU-assistenten) fra seks forskellige kommuner (interviewguide fremgår af bilag). Der var udvalgt to kommuner pr EOJ-system for at tage højde for eventuel (systemmæssige) forskelle i den måde medarbejdere arbejder på. Der har ikke kunnet observeres væsentlige forskelle på baggrund af hvilket EOJ-system medarbejderne anvender, og det er derfor valgt ikke at tage højde for dette i beregningerne.

Efter interviews med medarbejderne var gennemført blev bruttolisten af effektiviseringsgevinster yderligere reduceret. Således er der kun medtaget situationer hvor der er en forventning om, at der kan være en øget effektivitet og lønsomhed.

En af de situationer, hvor det blev vurderet at der ikke ville være en øget lønsomhed, var at foretage udtræk til Danmarks Statistik.

En anden situation som blev undersøgt er reduceret behov for, at (SEL) myndigheden knytter beskrivelser til en bestilling. Det er vurderet, at FSIII ikke kan bidrage til at effektivisere arbejdsgangen. Det er derimod afhængigt af hvordan man i en kommune har organiseret sig.

Det blev også undersøgt om der kunne være et effektiviseringspotentiale ift. udarbejdelse af funktionsevnevurdering i forbindelse med visitation og tildeling af ydelser. Men interviewene viste, at denne handling på nuværende tidspunkt er så godt it-understøttet, at der ikke vurderes at være et effektiviseringspotentiale.

Den endelige liste af potentielle effektiviseringsgevinster, som der beregnes på i dette –estimeringsarbejde, er følgende situationer:

- Effektivisering af sygeplejefaglig udredning
- Genbrug af sygeplejefaglig udredning (SUL myndighedsudredning) ifm. (SEL) myndighedsudredning af funktionsevnenedsættelse
- Effektivisering af den løbende dokumentation
- Effektivisering af den interne kommunikation.

Telefoninterviewene afdækker hvordan medarbejdere arbejder i dag, og hvilket tidsforbrug de har i forhold til at udføre forskellige opgaver i EOJ-systemerne. For hver af de ovennævnte fire situationer er der opstillet en hypotese om, hvor meget FSIII kan reducere tidsforbruget i den konkrete situation. Dette reducerede tidsforbrug omregnes til et effektiviseringspotentiale på nationalt niveau for hver af situationerne.

Til at skalere til nationalt niveau anvendes følgende:

- Antal ansatte visitatorer i kommunerne: 1.200. Tallet er estimeret på baggrund af antal visitatorer i seks kommuner og skaleret til nationalt niveau ud fra indbyggertal.

- Antal ansatte sygeplejersker i kommunerne: 9.183 pr. januar 2015 ifølge Kommunernes og Regionernes Løndatakontor.
- Antal ansatte fysioterapeuter i kommunerne: 3.387 pr. januar 2015 ifølge Kommunernes og Regionernes Løndatakontor.
- Antal ansatte ergoterapeuter i kommunerne: 4.214 pr. januar 2015 ifølge Kommunernes og Regionernes Løndatakontor.
- Antal ansatte social- og sundhedsassistenter i kommunerne: 24.116 pr. januar 2015 ifølge Kommunernes og Regionernes Løndatakontor.
- Antal ansatte social- og sundhedshjælpere i kommunerne: 51.356 pr. januar 2015 ifølge Kommunernes og Regionernes Løndatakontor.
- Effektive antal arbejdsuger på et år: 43 uger. Tallet er beregnet på baggrund af Skats standardvurdering af 216 arbejdsdage pr. år og en arbejdsuge på 5 dage.
- Gennemsnitligt antal arbejdstimer på en måned: 133 timer. Tallet er beregnet på baggrund af Skats standardvurdering af 216 arbejdsdage pr. år delt med 12 måneder og en arbejdsdag på 7,4 timer.
- Timeløn for en visitator: 273 kr. Da der ikke findes en officiel statistik for denne personalegruppe er det valgt at benytte samme timeløn som for en sygeplejerske.
- Timeløn for en sygeplejerske: 273 kr. Tallet er beregnet på baggrund af en gennemsnitlig månedsløn for sygeplejersker 36.383 kr. (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor var januar 2015).
- Timeløn for en fysioterapeut: 260 kr. Tallet er beregnet på baggrund af en gennemsnitlig månedsløn for fysioterapeuter 34.641 kr. (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor var januar 2015).
- Timeløn for en ergoterapeut: 264 kr. Tallet er beregnet på baggrund af en gennemsnitlig månedsløn for ergoterapeuter 35.166 kr. (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor var januar 2015).
- Timeløn for en social- og sundhedsassistent: 243 kr. Tallet er beregnet på baggrund af en gennemsnitlig månedsløn for social- og sundhedsassistenter 32.320 kr. (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor var januar 2015).
- Timeløn for en social- og sundhedshjælpere: 229 kr. Tallet er beregnet på baggrund af en gennemsnitlig månedsløn for social- og sundhedshjælpere 30.559 kr. (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor var januar 2015).
- Overhead på timeløn: 20%. Overhead dækker f.eks. it, lokaler, transport, ledelse og administration. Procentsatsen er sat på baggrund af erfaring fra en række kommuner.

3.2 Effektivisering af sygeplejefaglig udredning

Nuværende situation

Den sygeplejefaglige udredning af de 12 sygeplejefaglige problemområder (baseret på Sundhedsstyrelsens vejledning) er i dag typisk fritekstbaseret.

Blandt de adspurgte sygeplejersker eksisterer der ikke en ensartet måde at dokumentere en sygeplejefaglig udredning på i dag. Der var enkelte sygeplejersker som ikke dokumenterede en decideret sygeplejefaglig udredning, men knyttede udredning sammen med den løbende dokumentation. Den sygeplejefaglige udredning bliver dokumenteret forskellige steder i EOJ-systemerne, f.eks. i journal, i plejeplaner, døgnrytmeplaner, handleplaner og lignende. Typisk foretages en sygeplejefaglig udredning, når man starter en borger op - eksempelvis ved udskrivelse fra hospital.

I gennemsnit foretager de adspurgte sygeplejersker 1,5 sygeplejefaglige udredninger om ugen, varierende fra én hver 14. dag til i snit 2,5 om ugen. Der bruges i gennemsnit 27 minutter på at dokumentere en udredning, varierende fra 10 minutter til 45 minutter.

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Den sygeplejefaglige udredning sker ved at der ud fra en prædefineret valgliste (eller lignende) vælges hvilke områder, hvor en borger har problemer. For hvert problemområde vil medarbejdere kunne vælge mellem prædefinerede tilstande. Når en tilstand er valgt vil medarbejderen få forslag til specifikke indsatser til borgeren og kan vælge dem, der er relevante.

Med FSIII forventes det, at en sygeplejerske vil kunne dokumentere en sygeplejefaglig udredning på 10 minutter. Af de adspurgte er det den hurtigste tid, en sygeplejerske i dag kan foretage en udredning. Den hurtigste sygeplejerske har en effektiv it-understøttelse, hvor udredningen sker ved at "sætte flueben" – hvilket vil være sammenlignelig med FSIII-metoden (ift. tidsforbrug).

Effektiviseringspotentiale

Gennemsnitlig tid som en sygeplejerske anvender på at dokumentere en sygeplejefaglig udredning	27 minutter pr. udredning
--	---------------------------

Gennemsnitligt antal sygeplejefaglige udredninger en sygeplejerske foretager	1,5 pr. uge
Gennemsnitlig sparet tid på at dokumentere en sygeplejefaglig udredning i et FSIII-kompatibelt EOJ-system	17 minutter pr. udredning
Antal arbejdsuger på et år	43
Antal sygeplejersker	9.183
Total tidsbesparelse på et år for alle sygeplejersker	170.000 timer
Timeløn for en sygeplejerske (inkl. overhead)	328 kr.
Effektiviseringspotentiale i alt	56 io. kr. pr. år

3.3 Genbrug af sygeplejefaglig udredning

Nuværende situation

Når der foretages en myndighedsudredning i forbindelse med, at der skal vurderes behov for servicelovsydelser, kan der tidligere være foretaget en sygeplejefaglig udredning. Alle visitatorerne i undersøgelsen visiterer kun servicelovsydelser og de bekræftede, at det ofte sker, at en borger får/har fået sundhedslovsydelser, når de ser borgeren for første gang. Når dette er situationen, genbruger visitatorerne den sygeplejefaglige dokumentation ved at orientere sig i dokumentationen, nogle kopierer relevant dokumentation ind i egen dokumentation og nogle vælger selv at beskrive helbredsmæssige problemer, når årsagen til funktionsevnenedsættelser skal beskrives.

Visitatorerne blev spurgt hvor ofte de typisk i løbet af en uge for første gang ser en borger med henblik på tildeling af hjælp efter serviceloven og som i forvejen får sygepleje. Svarene fordelte sig fra i gennemsnit én gang hver 14. dag til i gennemsnit fire gange om ugen og derimellem.

Visitatorerne blev spurgt hvor meget tid de typisk brugte på at orientere sig i en borgers sygeplejefaglige dokumentation, og hvor meget tid de eventuelt selv brugte på at udrede helbredsmæssige problemer. Svarene fordelte sig fra i gennemsnit fem til 30 minutter og derimellem.

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Når der foretages en (SEL) myndighedsudredning i forbindelse med, at der skal udredes funktionsevnetilstande, kan der tidligere være foretaget en sygeplejefaglig udredning af helbredstilstande. Hvis dette er tilfældet, vil en visitator i it-systemet blive

præsenteret for relevante helbredstilstande, som der kan vælges imellem til at forklare helbredsmæssige problemer, som årsag til funktionsevnenedsættelser. Derudover vil også de data, der allerede er dokumenteret under generelle oplysninger³ blot skulle suppleres, i stedet for at blive kopieret eller skrevet på ny.

Det vurderes, at visitatorerne stadig skal bruge fem minutter til at orientere sig i den sygeplejefaglige dokumentation⁴ i et FSIII-kompatibelt EOJ-system – hvilket er den tid som de hurtigste visitatorer i dag bruger på at orientere sig.

Effektiviseringspotentiale

Gennemsnitlig visitortid, som i dag anvendes på at orientere sig i og kopiere fra en (for dem ny) borgers eksisterende sygeplejefaglig dokumentation	14 minutter
Gennemsnitlig visitortid brugt på at orientere sig i en ny borgers eksisterende sygeplejefaglig dokumentation i et FSIII-kompatibelt EOJ-system	5 minutter
Den potentielle tidsbesparelse med FSIII	9 minutter
Estimeret gennemsnitlige antal sager pr. visitator pr. uge på nye borgere, som i forvejen får sygepleje.	2 sager pr. uge
Antal arbejdsuger på et år	43 uger
Total visitortid, der kan spares i forhold til at orientere sig i og kopiere fra en (for dem ny) borgers eksisterende sygeplejefaglig dokumentation	15.400 timer
Timeløn for en visitator (inkl. overhead)	328 kr.
Effektiviseringspotentiale i alt	5 mio. kr. pr. år

3.4 Effektivisering af den løbende dokumentering

Nuværende situation

På komplekse patienter bliver der løbende dokumenteret meget, og der forekommer en del gentagelser af oplysninger, som

³ Generelle oplysninger er i FSIII oplysninger, der er af værdi på tværs af lovgivninger og som ikke er konkretiseret ved en tilstand.

⁴ Inkl. Generelle oplysninger.

allerede er dokumenteret. Hos nogle patienter udvikler den løbende dokumentering sig til rigtig mange sideres notater⁵. Der dokumenteres løbende i journaler og forskellige typer af planer (f.eks. handleplaner, plejeplaner, fokusområder, standardfokusområder). Sygeplejersker er den faggruppe, der bruger mest tid på at dokumentere.

De adspurgte sygeplejersker brugte i gennemsnit 15% af deres arbejdstid på at dokumentere i EOJ-system. Denne gennemsnitsværdi dækker over en stor variation blandt de adspurgte fra 3% til 41%. En af de sygeplejersker, der brugte mindst tid på dokumentationsopgaven begrundede det med, at de har lavet et godt udgangspunkt for dokumentationsarbejdet, hvilket har betydet, at medarbejderne "blot skal vinge af, at opgaven er udført".

På trods af den store variation blandt de adspurgte i vores analyse bekræftes vores resultater af nedenstående tidligere studier. Opsummering af tid brugt på at dokumentere ift. arbejdstid for sygeplejersker:

- 16% på journalføring [Deloitte 2009]
- 16% på journalføring [Rambøll 2009]
- 14% på sundhedsfaglig dokumentation. [KL 2010]
- 15% på at skrive i EOJ-system [Bækmann & Femerling 2012].

Ifølge [BDO 2013] bruger medarbejdere i hjemmesygeplejen (kan både være sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) 10% på dokumentation og handleplaner.

De adspurgte social- og sundhedsassistenter i denne undersøgelse brugte i gennemsnit 5% af deres arbejdstid på at dokumentere i EOJ-system. Denne gennemsnitsværdi dækker over en variation blandt de adspurgte fra 1% til 10%. I tidligere studier er man for social- og sundhedsassistenter kommet frem til:

- 10% på journalføring [Deloitte 2009]
- 6% på journalføring [Rambøll 2009].

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Når der dokumenteres efter FSIII metoden vil den løbende dokumentering ske ved at man forholder sig til opdaterede tilstande og opdaterer disse, hvis det er relevant. Med FSIII vil udgangspunktet/basis, når en borger skal starte med at få leveret en indsats, være struktureret beskrevet, og derfor vil der kunne reduceres i den løbende dokumentering (som f.eks. de mest effektive sygeplejersker i vores undersøgelse). Der vil dog skulle bruges ekstra tid på at lave et grundigere udgangspunkt. Et

⁵ Fx emner som omhandler: Intet nyt, har sovet godt i nat, har spist som vanligt, etc.

konservativt skøn er derfor, at FSIII vil kunne reducere den gennemsnitlige tid på dokumentation med 10% for sygeplejersker.

I vores undersøgelse bruger social- og sundhedsassistenter mindre tid på dokumentation ift. de tidligere undersøgelser. En forklaring på dette kan være, at en del kommuner i løbet af de sidste par år har indført tidlige opsporingsværktøjer og triage, hvilket har medført, at social- og sundhedsassistenter har fået en enklere dokumentationspraksis. Et konservativt skøn er derfor, at FSIII vil kunne reducere den gennemsnitlige tid på dokumentation med 5% for social- og sundhedsassistenter.

Effektiviseringspotentiale for sygeplejersker

Gennemsnitlig tid om ugen, som en sygeplejerske anvender på at dokumentere i EOJ-system	5,6 time pr. uge
Gennemsnitlig tid om ugen, som en sygeplejerske anvender på at dokumentere i et FSIII-kompatibelt EOJ-system	5,0 timer pr. uge
Den potentielle tidsbesparelse med FSIII pr. medarbejder pr. uge	34 minutter pr. uge
Antal arbejdsuger på et år	43 uger
Antal sygeplejersker	9.183
Total tidsbesparelse på et år for alle sygeplejersker	220.000 timer
Timeløn for en sygeplejerske (inkl. overhead)	328 kr.
Effektiviseringspotentiale i alt	73 mio. kr. pr. år

Effektiviseringspotentiale for social- og sundhedsassistenter

Gennemsnitlig tid om ugen, som en SSA anvender på at dokumentere i EOJ-system	1,7 time pr. uge
Gennemsnitlig tid om ugen, som en SSA anvender på at dokumentere i et FSIII-kompatibelt EOJ-system	1,6 timer pr. uge
Den potentielle tidsbesparelse med FSIII pr. medarbejder pr. uge	5 minutter pr. uge
Antal arbejdsuger på et år	43 uger
Antal social- og sundhedsassistenter	24.116

Total tidsbesparelse på et år for alle social- og sundhedsassistenter	90.000 timer
Timeløn for en social- og sundhedsassistent (inkl. overhead)	292 kr.
Effektiviseringspotentiale i alt	26 mio. kr. pr. år

3.4 Effektivisering af den interne kommunikation

Nuværende situation

Medarbejdere dokumenterer i forskellige dele af EOJ-systemet, og sender efterfølgende adviser til hinanden for at sikre, at andre har fokus på det, der netop er dokumenteret. I nogle tilfælde indsættes også selve dokumentationen i advis'erne. Adviser anvendes til at give prioritet, f.eks. fortæller en social- og sundhedsassistent, at om morgenen læses indkomne adviser, da det er her, de vigtigste OBS-punkter er, og i løbet af formiddagen ses alle borgere igennem for tilføjelser i dokumentationen.

Mange steder har man fælles morgenmøder, hvor én medarbejder læser alle indkomne adviser højt for de andre, og der fordeles indkomne opgaver. Den medarbejder som læser højt møder typisk tidligere ind og sorterer advis'erne på forhånd.

I to kommuner sender og modtager de adspurgte medarbejdere markant færre adviser sammenlignet med andre kommuner. Der har i kommunerne været fokus på at nedbringe antallet af (interne) adviser. Medarbejderne blev f.eks. spurgt, om de anvender adviser til at gøre andre opmærksomme på ny dokumentation på en borger? En sygeplejerske fra en af disse kommuner svarer: "Det gør jeg helst ikke - vi arbejder meget på ikke at anvende adviser - med det nye system får vi et meget bedre overblik, og jeg følger op på de andre, om de har læst borgerjournalændringer - men det kræver meget fokus at gå bort fra adviser og basere sig på borgerjournalændringer".

Sygeplejerskerne sender i gennemsnit 5 adviser i løbet af en arbejdsdag. Svarene fordelte sig fra 0 til i gennemsnit at sende 10-15 adviser i løbet af en arbejdsdag. En sygeplejerske fortalte, at hun hver dag sendte én avis pr. borger, som hun tilså – hvilket svarede til 11 adviser pr. dag.

Social- og sundhedsassistenter sender i gennemsnit 4 adviser i løbet af en arbejdsdag. Svarene fordelte sig fra at sende 1 avis i gennemsnit hver 14. dag til i gennemsnit at sende 8-10 adviser i løbet af en arbejdsdag.

De fleste medarbejdere brugte meget kort tid på at lave en avis. F.eks. fortæller en social- og sundhedsassistent: "Ja det er meget nemt, jeg dokumenterer i plejeplan eller journal - vinger af for at sende avis og vælger hvem der skal modtage". Det er selve dokumentationsarbejdet, som tager tid – det at kopiere dokumentationen over i en avis og sende avisen tager typisk mellem 1 til 2 minutter. I gennemsnit anvender sygeplejerskerne 1,6 minutter til at lave en avis og social- og sundhedsassistenterne anvender i gennemsnit 1,8 minutter.

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Medarbejdere orienterer sig i EOJ-systemet og bliver gjort opmærksom på, hvor der er nyt, som de skal forholde sig til og kan via borgers tilstande, komme frem til det relevante. Med FSIII vil medarbejdere stadig skulle læse og orientere sig i relevant dokumentation, men de vil spare den tid, det tager at lave aviser. Med FSIII forventes det at kunne reducere behovet for at sende interne aviser med minimum 50%.

Effektiviseringspotentiale for sygeplejersker

Gennemsnitlig tid, som en sygeplejerske anvender på at lave en avis	1,6 minut pr. avis
Gennemsnitligt antal aviser en sygeplejerske sender i løbet af en arbejdsdag	5 aviser pr. dag
Andel hvormed FSIII kan reducere interne aviser	50%
Antal arbejdsdage på et år	216
Antal sygeplejersker	9.183
Total tidsbesparelse på et år for alle sygeplejersker	129.000 timer
Timeløn for en sygeplejerske (inkl. overhead)	328 kr.
Effektiviseringspotentiale i alt	42 mio. kr. pr. år

Effektiviseringspotentiale for social- og sundhedsassistenter

Gennemsnitlig tid, som en social- og sundhedsassistent anvender på at lave en avis	1,8 minut pr. avis
Gennemsnitligt antal aviser en social- og sundhedsassistent sender i løbet af en arbejdsdag	4 aviser pr. dag
Andel hvormed FSIII kan reducere interne aviser	50%
Antal arbejdsdage på et år	216

Antal social- og sundhedsassistenter	24.116
Total tidsbesparelse på et år for alle social- og sundhedsassistenter	300.000 timer
Timeløn for en social- og sundhedsassistent (inkl. overhead)	292 kr.
Effektiviseringspotentiale i alt	88 mio. kr. pr. år

4. Samlet estimering af omkostninger og effektiviseringsgevinster

4.1 Effektiviseringsgevinster ved at indføre FSIII

Den samlede effektiviseringsgevinst, når FSIII er fuldt implementeret i alle kommuner, er beregnet til 290 mio. kr. pr. år.

Årlig effektiviseringsgevinst ved fuld implementering	
Sygeplejefaglig udredning	56 mio. kr. pr. år
Genbrug af sygeplejefaglig udredning	5 mio. kr. pr. år
Løbende dokumentering - sygeplejersker	73 mio. kr. pr. år
Løbende dokumentering - SSA'er	26 mio. kr. pr. år
Intern kommunikation - sygeplejersker	42 mio. kr. pr. år
Intern kommunikation - SSA'er	88 mio. kr. pr. år
I alt	290 mio. kr. pr. år

FSIII skal være implementeret i alle kommuner inden udgangen af 2017. Med de nuværende planer (april 2016) vil ca. 1/3 af alle kommuner implementere FSIII i første halvår af 2017 og de resterende ca. 2/3 af kommunerne vil implementere FSIII i andet halvår af 2017.

Når en kommune implementerer FSIII forventes det, at der vil være en implementerings- og indkøringsfase på 3 måneder, inden man vil begynde at opleve effektiviseringsgevinster.

Dette betyder, at:

- 1/3 af kommunerne vil opnå effektiviseringsgevinsterne i 2. halvår 2017.
- 2/3 af kommunerne vil opnå effektiviseringsgevinsterne i 2018.

[i mio. kr] Indkøring=3 mdr	1. halvår 2017	2. halvår 2017	2018	2019	2020	2021
FSIII Effektiviserings- potentiale	kr. 24	kr. 97	kr. 290	kr. 290	kr. 290	kr. 290

Der er dog betydelig usikkerhed i forhold til hvor lang tid indkørfasen kan vare, da det vil afhænge af, hvor stor forandringen bliver for medarbejderne (se næste afsnit). For at illustrere denne usikkerhed er nedenfor to yderligere beregninger, hvor indkørfasen varer hhv. 6 og 9 måneder.

[i mio. kr] Indkøring=9 mdr	1. halvår 2017	2. halvår 2017	1. halvår 2018	2. halvår 2018	2019	2020	2021
FSIII Effektiviserings- potentiale	kr. 0	kr. 24	kr. 97	kr. 145	kr. 290	kr. 290	kr. 290

[i mio. kr] Indkøring=9 mdr	1. halvår 2017	2. halvår 2017	1. halvår 2018	2. halvår 2018	2019	2020	2021
FSIII Effektiviserings- potentiale	kr. 0	kr. 24	kr. 97	kr. 145	kr. 290	kr. 290	kr. 290

4.2 Omkostninger ved at implementere FSIII

Der er i dette estimeringsarbejde fokuseret på at beregne tre hovedomkostninger for kommunerne ved at implementere FSIII:

- It-omkostninger – engangsinvestering i opgradering af EOJ-system og en årlig software vedligeholdelse
- Projektomkostninger – projektledelse, eksterne konsulenter, it-uddannelse, etc.
- Uddannelse af medarbejdere i FSIII
 - Sygeplejersker og visitatorer forventes at skulle have tre dages undervisning
 - Social- og sundhedsassistenter og ergo- og fysioterapeuter forventes at skulle have én dags undervisning
 - Social- og sundhedshjælpere forventes at skulle have en halv dags undervisning.

Når man som kommune implementerer FSIII vil det betyde at medarbejdere skal til at dokumentere på en ny måde, i forhold til hvad de er vant til. Indtil en medarbejder bliver fortrolig med

den nye dokumentationspraksis, vil der være en initial periode, hvor der er risiko for, at:

- der kan forekomme et fald i produktiviteten
- kvaliteten af dokumentationen falder
- dokumentationen bliver mangelfuld.

Hvor stor forandringen for medarbejderne bliver, afhænger af hvordan deres nuværende dokumentationspraksis er. Hvis man som kommune har foretaget følgende, vil overgangen til FSIII betyde en mindre forandring for medarbejderne:

- Implementering af *Fælles Sprog II*
- Implementering af det fælles kommunale *sygeplejefaglige indsatskatalog*
- Har gennemført en proces, hvor *sundhedslovsydelser og servicelovsydelser er adskilt* i forskellige indsatskataloger
- Fornylig har *implementeret en nyere it-understøttelse*, med f.eks. fokus på at minimere anvendelsen af interne adviser og samling af dokumentation på tværs af fagområder
- Har arbejdet med at gennemføre *en ensartet dokumentationspraksis*.

[i mio. kr]	1. halvår 2017	2. halvår 2017	2018	2019	2020	2021
Engangs investeringer i licenser	kr. 67	kr. 133				
Årlige sw- vedligeholdelse			kr. 30	kr. 30	kr. 30	kr. 30
Projektomkostninger	kr. 21	kr. 41				
Uddannelse	kr. 55	kr. 110				
I alt	kr. 142	kr. 284	kr. 30	kr. 30	kr. 30	kr. 30

4.3 Samlet økonomisk gevinstpotentiale

En vurdering af et samlet økonomisk gevinstpotentiale viser, at der er en tilbagebetaling af investeringen i implementeringen af FSIII i 2019 ved en indkørfase på 3 måneder:

[i mio. kr] Indkøring=3 mdr	1. halvår 2017	2. halvår 2017	2018	2019	2020	2021
FSIII Effektiviserings- potentiale	kr. 24	kr. 97	kr. 290	kr. 290	kr. 290	kr. 290
Omkostninger	kr. 142	kr. 284	kr. 30	kr. 30	kr. 30	kr. 30
I alt	kr. -118	kr. -188	kr. 260	kr. 260	kr. 260	kr. 260
Akkumuleret	kr. -118	kr. -306	kr. -46	kr. 214	kr. 474	kr. 734

5. Kvalitative gevinster med FSIII

Ud over effektiviseringspotentialer (gennemgået i de forrige afsnit) er der store forventninger til, at FSIII generelt kan give et kvalitetsløft til opgaveløsningen på det traditionelle omsorgsområde i kommunerne.

Der er opstillet følgende overordnede mål for FSIII projektet:

1. Forbedret indsats på sundhedsområdet
2. Øget borgertilfredshed
3. Forbedret sammenhæng på tværs af sektorer
4. Bedre grundlag for prioritering og styring
5. Forbedret arbejdstilrettelæggelse
6. Øget effektivitet og lønsomhed.

I de efterfølgende afsnit beskrives, hvordan FSIII kan bidrage til at nå de første fem mål. For hvert mål er der en generel beskrivelse af den nuværende situation og herefter følger et bud på, hvordan elementerne i FSIII kan bidrage til at forbedre den nuværende situation.

5.1 Forbedret indsats på sundhedsområdet

Nuværende situation

I en periode har den kommunale sundhedsindsats på ældreområdet været karakteriseret ved at være reaktiv. Kommunerne leverede hovedsagligt sundhedsydelser på baggrund af henvisninger fra læger. I dag er der igangsat en række proaktive tiltag i kommunerne på sundhedsområdet for de ældre. F.eks. de forebyggende hjemmebesøg (typisk når borgere fylder 75 år) og den årlige medicingennemgang på beboere på plejecentre.

Dog er mange proaktive tiltag på sundhedsområdet for de ældre i kommunerne blevet hæmmet af manglende digital understøttelse og den måde opgaveløsningen er organiseret på. F.eks. har det været svært for kommunerne at iværksætte effektive tiltag i forhold til at arbejde med reduktion af forebyggelige indlæggelser⁶ på borgere med specifikke diagnoser, når man ikke

⁶ Der har i de seneste år været fokus på forebyggelige indlæggelser, se f.eks. vejl. fra KL: http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_48589/cf_202/Vejledning_forebyggelige_indl-ggelseser.PDF eller notat fra KORA: <http://www.kora.dk/media/272122/dsi-3511.pdf>

systematisk i de kommunale fagsystemer kan udtrække hvilke borgere, som har bestemte diagnoser.

Et vigtigt element i at kunne arbejde med en proaktiv sundhedsindsats er at vide hvilken kontekst en indsats leveres i. Hvis man som medarbejder ikke kender konteksten, vil man ofte ikke kunne forholde sig til om en indsats er relevant, eller om den kunne leveres på en anden (mere optimal) måde.

I de nuværende fagsystemer er det ofte svært for medarbejdere at skabe sig et overblik over en borgers tilstand. Dette er ikke et problem hvis det er den samme medarbejder som kommer hos borgeren, da medarbejderen efterhånden vil opbygge et kendskab til borgeren. Men i de fleste kommuner har man optimeret opgaveløsningen til at være så effektiv som muligt, og indsatser leveres af specialiserede medarbejdere. Konsekvensen er, at medarbejdere ofte ikke opnår et godt kendskab til den enkelte borger.

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Med indførelse af FSIII vil der i fagsystemerne være knyttet lægestillede diagnoser til borgernes tilstande. Diagnoserne kan enten være kodet med ICD-10 (sygehus) eller ICPC-2 (praktiserende læger).

Indførelsen af FSIII vil ikke i sig selv medføre, at fagsystemerne automatisk henter diagnoser. De lægestillede diagnoser skal stadig udveksles via Medcoms hjemmepleje-sygehusstandarder fra nationale registre (f.eks. Landspatientregisteret eller Sundhedsjournalen), fra borgerens praktiserende læge, eller fra den lægefaglig dokumentation som borgeren selv har (f.eks. udskrivningspapirer fra en tidligere indlæggelse). I FSIII vil medarbejderne få mulighed for at registrere lægefagligt stillede diagnoser og knytte dem til borgerens tilstande som struktureret data. Herved bliver det nemmere for kommunerne at fokusere på proaktive sundhedsindsatser i forhold til specifikke sygdomme (f.eks. reduktion af uheldsmæssige indlæggelser).

Når en sundhedsfaglig medarbejder har med en borger at gøre i forbindelse med en akut situation, kan der opstå situationer hvor medarbejderen vælger at kontakte en læge eller en akutfunktion med henblik på en indlæggelse af borgeren. Med FSIII's strukturerede dokumentation og lagring af data, vil medarbejderen hurtigt kunne danne sig et overblik over en borgers tilstande, diagnoser, symptomer og målinger, og hermed

få et godt fundament for at vurdere borgerens helbredstilstand. Den sundhedsfaglige medarbejder kan på denne baggrund bedre vurdere hvilke konkrete indsatser, der skal til for at forbedre en borgers tilstand i den akutte situation. I de tilfælde hvor medarbejderen kontakter en læge eller en akutfunktion kan overblikket over borgerens helbredstilstand bidrage til en mere kvalificeret dialog.

I FSIII vil dokumentationen på en borger blive mere struktureret og altid være knyttet til borgerens tilstande. F.eks. vil konkrete målinger eller observationer altid være knyttet til konkrete tilstande, og vurderingen af målinger eller observationer vil løbende blive reflekteret i opdateringen af borgerens tilstande.

Når flere medarbejdere indgår i opgaveløsningen hos en borger vil FSIII derfor bidrage til, at den enkelte medarbejder nemmere kan følge med i, hvad andre medarbejdere har dokumenteret om borgeren. Således at hvis der viser sig behov for at iværksætte nye indsatser eller ændre på eksisterende indsatser, vil dette kunne eksekveres i rette tid.

I FSIII vil en tidlig opsporingsklassifikation give mulighed for en it-understøttelse af en tværfaglig dokumentationspraksis. Dette gør, at der bliver en sammenhængende dokumentation på tværs af faggrupper i kommunen, hvilket vil kunne danne et godt grundlag for at arbejde systematisk med tidlig opsporing og forebyggelse af ikke tilsigtede ændringer i en borgers tilstande eller akutte situationer – f.eks. faldulykker.

Den forbedrede indsats på sundhedsområdet ved indførslen af FSIII er:

- Bedre håndtering af akutte situationer og som følge heraf fald i antallet af uheldsmæssige indlæggelser.
- Tidlig opsporing og forebyggelse, så der iværksættes rette indsats til rette tid og i rette omfang.

5.2 Øget borgertilfredshed

Nuværende situation

Hvis en borger i dag modtager indsatser fra forskellige faggrupper, kan borgeren opleve, at indsatserne ikke er koordineret ift. hinanden, og at der ikke er en sammenhæng

mellem dem. Borgere kan opleve, at indsatserne hver især har forskellige mål, som ikke er koordineret og ikke er i overensstemmelse med borgernes egne mål. Dette kan medføre frustration hos borgerne.

Når en borger får en social indsats eller en sundhedsindsats, kan det ske, at det er forskellige kommunale medarbejdere som skal levere indsatsen fra gang til gang. Borgere kan opleve, at de medarbejdere som de møder ikke kender deres forskellige problemer og behov og kun har fokus på at levere den konkrete indsats. Dette kan medføre utryghed hos borgerne.

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Med FSIII vil alle indsatser (både i henhold til Sundhedslov og Servicelov) blive tildelt på baggrund af identificerede funktionsevne- eller helbredstilstande og i forhold til forventede tilstande. Når medarbejdere leverer indsatser, vil de med FSIII nemt kunne få et overblik over en borgers tilstande og de dertil knyttede forventede tilstande og indsatser. Hermed vil det blive nemmere for medarbejderne at koordinere indsatserne i forhold til hinanden. Borgeren vil derfor opleve indsatser som sammenhængende og koordinerede, også når der er medarbejdere fra forskellige afdelinger eller fra forskellige faggrupper involveret i opgaveløsningen.

Når man med FSIII har fået en mere struktureret aflevering og lagring af data, vil medarbejderen hurtigt kunne danne sig et overblik over en borgers tilstande, diagnoser, symptomer og målinger og hermed få et godt fundament til at vurdere en borgers helbredstilstand. Dette vil betyde en større tryghed for den enkelte borger, når en indsats leveres af skiftende medarbejdere.

Øget borgertilfredshed ved indførelse af FSIII

- Borgeren oplever, at indsatser er sammenhængende og koordineret, når der er flere medarbejdere, evt. med forskellige

5.3 Forbedret sammenhæng på tværs af sektorer

Nuværende situation

I dag kan mange kommuner kommunikere struktureret data digitalt med sygehuse ved hjælp af Medcoms hjemmepleje-

sygehusstandarder og med praktiserende læger ved hjælp af digitale læ-blanketter. Det har taget lang tid at implementere Medcoms hjemmepleje-sygehusstandarder, og det kommer til at tage rigtig lang tid at få lavet nye versioner af standarderne. En af de store udfordringer er, at den enkelte kommune har struktureret deres data efter egne standarder, hvorved ændringer i en Medcom standard i princippet kan kræve 98 lokale tilpasninger.

De nuværende hjemmepleje-sygehusstandarder er baseret på dele af FSII, som har fokus på serviceløvs-visitationen. Dette betyder, at når et sygehus modtager en indlæggelsesadvis fra en kommune, kan den ofte indeholde funktionsevnevurderinger, som er foretaget på visitationstidspunktet. Dvs. der er en risiko for, at sygehuset modtager data, som er uaktuelle og som i nogle tilfælde kan være misvisende.

I kommunerne dokumenteres mange sundhedsdata om borgere (f.eks. vitale værdier⁷), som ikke deles med de andre aktører i sundhedssektoren. En af barriererne for dette er, at sundhedsdata ikke gemmes på en ensartet og struktureret måde i de kommunale fagsystemer. F.eks. dokumenterer man mange steder målinger i skemaer i tekstdokumenter, der ikke er relateret til konkrete problemstillinger.

En generel udfordring for mange tværsektorielle telemedicinske projekter (f.eks. Telesårsprojektet, Telecare Nord og Shared Care projektet) er, at de kommunale medarbejdere er nødt til at anvende et "telemedicinsk fagsystem", som ikke er integreret med deres EOJ-system. En af grundene til dette kan være, at det koster mange ressourcer, når hver kommune skal have lavet deres egen tilpassede integration. Konsekvensen er at medarbejdere ofte dokumenterer i 2 eller flere systemer, hvilket giver problemer ift. at opnå overblik og risiko for dobbeltdokumentation.

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Når alle kommuner har implementeret FSIII, vil de kommunale sundheds- og socialfaglige data være struktureret efter en ensartet metode, hvilket vil udgøre et godt fundament for at kunne indgå i et tættere digitalt samarbejde med de andre aktører i bl.a. sundhedssektoren. Et andet element som forventes at styrke et tættere samarbejde er, at alle de grundlæggende FSIII-klassifikationer er mappet til SNOMED CT, som er en international

⁷ Se evt. Sundhedsstyrelsens rapport om tidlig opsporing af sygdomstegn: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/02feb/DAEMPOBSsygdomstegn.pdf>, heraf fremgår det, at de primære vitale parametre er: Puls, blodtryk, temperatur og respirationsfrekvens.

sundhedsterminologi og som får stadig større fokus i sundhedssektoren i Danmark.

I FSIII er der (også) fokus på at udførende medarbejdere løbende opdaterer en borgers tilstande. Sundhedsfaglige målinger, resultater af tests og vurderinger heraf er i FSIII tilknyttet en borgers tilstande. Dette betyder, at med indførelse af FSIII kan kommunerne tilbyde de andre aktører i sundhedssektoren relevante sundhedsdata, som er aktuelle og opdaterede.

FSIII giver en ensartet strukturering af data i alle kommunerne, hvilket betyder, at det bliver nemmere at lave struktureret udveksling med eksterne sundhedssystemer – f.eks. tværsektorielle telemedicinske løsninger. Den ensartede strukturering giver også mulighed for at kommunerne kan tilbyde, at borgere tilgår deres egne data på en ensartet måde, f.eks. via den samme brugergrænseflade på Sundhed.dk.

Forbedret sammenhæng på tværs af sektorer ved indførelse af FSIII:

- Data om borgerens aktuelle tilstand kan udveksles automatisk/maskinelt og elektronisk til sygehuset ved indlæggelse.
- Ved henvendelser til/fra samarbejdspartner i sundhedsvæsen kan kommunen svare hurtigt, præcist og klart på hvilke symptomer borgeren har og har haft, hvad der er gjort og hvordan indsatsen har virket.

5.4 Bedre grundlag for prioritering og styring

Nuværende situation

I dag sker meget prioritering og styring på baggrund af de indsatser, der leveres til borgerne. Der visiteres efter indsatkataloger og i EOJ-systemerne registreres typisk visiteret tid og frekvens på den enkelte indsats.

I mange kommuner gives indsatser med et rehabiliterende fokus. Men det kan være svært at vurdere om indsatserne har den ønskede (rehabiliterende) effekt. I nogle kommuner følger man (indirekte) op på effekten af indsatserne ved løbende at vurdere den visiterede tid på en borger eller visiterede tid på den enkelte indsats.

For nyligt har man i mange kommuner indført et fælles sygeplejefagligt indsatkatalog, hvilket har medført, at kommunerne nu bedre kan benchmarke sig mod hinanden.

Der indsamles nationale styringsdata fra kommunernes EOJ-systemer, f.eks. på servicelovområdet til Danmarks Statistik. Men da de enkelte kommuner har forskellige måder at strukturere data på, er kvaliteten af de nationale styringsdata ikke gode.

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Med FSIII vil alle indsatser (både i henhold til Sundhedslov og Servicelov) blive tildelt på baggrund af identificerede funktionsevne- eller helbredstilstande og i forhold til forventede tilstande. Det vil med FSIII derfor være muligt at vurdere, hvilken effekt leverede indsatser har på en borgers tilstande. I stedet for kun at kunne styre og prioritere på baggrund af aktivitet, vil man med FSIII også kunne styre og prioritere på baggrund af virkning/effekt.

Med FSIII vil kommunerne anvende de samme klassifikationer på tilstande og indsatser (fælles indsatskataloger på både sundhedslovs- og servicelovsområdet) og når demografiske data f.eks. om alder, diagnoser, socialt netværk og uddannelsesbaggrund vil være struktureret ens, vil det give forbedret mulighed for, at kommuner kan benchmarke sig mod hinanden. Dette vil også medføre en forbedring af de nationale styringsdata.

Bedre grundlag for prioritering og styring ved indførelse af FSIII:

- Forbedret grundlag for ledelsesmæssig og politisk styring og prioritering af indsatsen på det kommunale ældre- og sundhedsområde.
- Forbedret grundlag for at dokumentere effekten af den kommunale indsats på sundheds- og ældreområdet.

5.5 Forbedret arbejdstilrettelæggelse

Nuværende situation

Man kan i kommunerne prioritere, at indsatser til en borger i så høj grad som muligt skal leveres af den samme medarbejder, da det kan være svært for en ny medarbejder at overskue en borgers tilstande. Dette kan også virke begrænsende på overdragelse af sundhedsfaglige opgaver til andre faggrupper.

Hvordan kan FSIII forbedre situationen?

Med indførelse af FSIII bliver indsatser, handlingsanvisninger, diagnoser, symptomer, målinger og forventede tilstande knyttet til en borgers tilstande. Medarbejdere vil hurtigt kunne danne sig et

overblik over en borgerens tilstande, hvordan de har udviklet sig, og baggrunden for hvorfor tilstande er vurderet som de er. Det vil derfor blive nemmere at skifte mellem forskellige medarbejdere, til at levere konkrete indsatser til en borger.

Det forbedrede overblik, sammenholdt med at handlingsanvisninger, instrukser og vejledninger i FSIII vil være knyttet til borgerens dokumenterede tilstande og de indsatser, som skal leveres, vil betyde, at der bl.a også vil være et forbedret grundlag for overdragelse af sundhedsfaglige opgaver til andre faggrupper end sygeplejen.

Forbedret arbejdstilrettelæggelse ved indførelse af FSIII:

- Mere fleksibilitet i planlægning af medarbejderressourcer til levering af indsatser
- Forbedret grundlag for overdragelse af kommunale opgaver mellem kommunale medarbejdere/faggrupper.

6. Bilag: Referencer

BDO 2013: "Guldborgsund Kommune – analyse af hjemmesygeplejen"

Bækmann & Femerling 2012: "Hjemmesygeplejens dokumentation under lup"

Deloitte 2009: "Kortlægning og måling af administrative opgaver i plejeboliger m.v."

DSI 2009: "Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling"

FOA 2009A: "Registrering og dokumentation i hjemmeplejen – indtryk fra 7 kommuner"

FOA 2009B: "FOA-undersøgelse om dokumentation, registrering og afbureaukratisering"

FOA 2015: "Oplevelser af dokumentation og registrering blandt FOAs medlemmer"

KL 2010: "Hjemmesygepleje – Dokumentation og styring"

KL 2011: "Præsentation af resultaterne af projekt 'Den fælles plan, Fælles sprog II version 2'"

KL 2014: "Styring af hjemmesygeplejen – inspirationsnotat"

Rambøll 2009: "Kortlægning og måling af administrative opgaver – hjemmeplejeområdet"

Vinge 2007: "Kortlægning af hjemmesygeplejen"

7. Bilag: Interviewguide

Til at afdække hvordan medarbejdere arbejder i dag (uden FSIII) og estimere tidsforbrug, er der foretaget telefoninterview med medarbejdere i forskellige kommuner. Telefoninterviewene blev gennemført ved anvendelse af en spørgeguide, som er gengivet i dette bilag.

7.1 Bilag: Overordnet

ID	Overordnet information	Vælg/udfyld svar
1	Kommune	
2	Hvordan er fokus på rehabilitering i kommunen	
3	Hvilket EOJ-system anvendes	
4	Hvor detaljeret er ydelseskataloget på servicelovsområdet?	
	Hvor detaljeret er ydelseskataloget på sundhedslovsområdet	
5	(sygeplejefaglig indsatskatalog)?	
6	Hvorledes er sygeplejen organiseret?	

7.2 Bilag: Sygeplejerske

ID		Sygeplejerske 1	Kommentarfelt
Afsnit 0			
1	Navn:		
2	E-mail:		
3	Telefonnr.:		
4	Dato:		
5	Hvilket område er du tilknyttet?		
6	Hvordan bliver der bestilt sygeplejeydelser?		
Afsnit 1 "yderligere beskrivelse" til en bestilling (besvares kun hvis selvvisiterende)			
7	Anvender I et sygeplejefalig indsatskatalog? [ref 7.1b]		
8	Hvor lang tid tager det dig ca. at bestille en ydelse i EOJ [ref 7.1b]? [minutter]		
9	Når du bestiller en ydelse fra indsatskataloget, sker det så at du tilføjer en yderligere beskrivelse?		
10	Hvis ja: Hvis en borger skal have flere ydelser, vil en "yderligere beskrivelse", så være knyttet til		
11	Hvad er en typisk "yderligere beskrivelse"? [eksempler]		
12	Hvor ofte tilføjer du en "yderligere beskrivelse" til en ydelse eller en borger? [%]		
13	Hvis tilknyttet den enkelte ydelse: Hvor lang tid tager det ca at lave en "yderligere beskrivelse"?		
14	Hvis tilknyttet borgeren: Hvor lang tid tager det ca at lave en "yderligere beskrivelse"		
14a	>Borger med mange ydelser [min]		
14b	>Borger med middel ydelser [min]		
14c	>Borger med få ydelser [min]		
15	Har du et forslag til hvordan vi kan definere [Få/Middel/Mange] SUL ydelser/uge		
Afsnit 4 Dokumentation i EOJ			
16	Dokumentere du generelt mere i EOJ på borgere med mange SUL ydelser end på borgere med få SUL ydelser?		
17	Hvor lang tid bruger du typisk per uge på at dokumenter i EOJ på en borger med:		
17a	>Mange SUL ydelser [min]		
17b	>Middel SUL ydelser [min]		
17c	>Få SUL ydelser [min]		

Afsnit 5 Hvordan deles dokumentation?		
18	Når du møder ind på arbejde, hvordan finder du så ud af, hvad der er sket med dine borgere, mens du har været væk?	
19	Når du selv har dokumenteret, hvordan bliver andre opmærksomme på din dokumentation?	
20	Anvender du adviser til at gøre andre opmærksomme på ny dokumentation på en borger?	
21	Hvis ja: Hvor ofte gør du det? [antal/dag]	
22	Hvor lang tid tager det at lave et advis? [min]	
23	Hvis du modtager en advis om noget du skal være obs på ved en borger, hvor lang tid tager det så at læse den? [min]	
Afsnit 7 Sygeplejefaglig udredning		
24	Laver du nogen gange sygeplejefaglig udredning?	
25	Efter hvilken metodik/systematik laver I en sygeplejefaglig udredning?	
26	Hvornår foretager du en sygeplejefaglig udredning? Ny borger, borgers sundhedstilstand ændre sig (fx pga sygdom, indlæggelse), andet?	
27	Hvor ofte foretager du en sygeplejefaglig udredning? [antal/uge]	
28	Hvad sker der, hvis der ligger en i forvejen? Genbruges den? Evt. afhængig af hvor gammel den er?	
29	Hvor lang tid tager det at lave en sygeplejefaglig udredning i EOJ på en borger med:	
29a	>Mange SUL ydelser [min]	
29b	>MiddeI SUL ydelser [min]	
29c	>Få SUL ydelser [min]	

7.3 Bilag: Social- og sundhedsassistent

ID		SSA 1	Kommentarfelt
Afsnit 0			
1	Navn:		
2	E-mail:		
3	Telefonnr.:		
4	Dato:		
5	Hvilket område er du tilknyttet?		
Afsnit 4 Dokumentation i EOJ			
6	Dokumentere du generelt mere i EOJ på borgere med mange SUL ydelser end på borgere med få SUL ydelser?		
7	Hvor lang tid bruger du typisk per uge på at dokumenter i EOJ på en borger med:		
7a	>Mange SUL ydelser [min]		
7b	>Middel SUL ydelser [min]		
7c	>Få SUL ydelser [min]		
Afsnit 5 Hvordan deles dokumentation?			
8	Når du møder ind på arbejde, hvordan finder du så ud af, hvad der er sket med dine borgere, mens du har været væk?		
9	Når du selv har dokumenteret, hvordan bliver andre opmærksomme på din dokumentation?		
10	Anvender du adviser til at gøre andre opmærksomme på ny dokumentation på en borger?		
11	Hvis ja: Hvor ofte gør du det? [antal/dag]		
12	Hvor lang tid tager det at lave et advis? [min]		
13	Hvis du modtager en advis om noget du skal være obs på ved en borger, hvor lang tid tager det så at læse den? [min]		

7.4 Bilag: Visitator

ID		Visitator 1	Kommentarfelt
Afsnit 0			
1	Navn:		
2	E-mail:		
3	Telefonnr.:		
4	Dato:		
Afsnit 1 "yderligere beskrivelse" til en bestilling			
7	Anvender I struktureret ydelseskataloger på både SEL og SUL? [ref 6]		
8	Visiterer du til:		
9	Hvor lang tid tager det dig ca. at bestille en ydelse i EOJ [ref 6]? (skal du indtaste fritekst eller vælge fra en liste?) [minutter]		
10	Når du bestiller en ydelse fra et ydelses- eller indsatskatalog, sker det så at du tilføjer en yderligere beskrivelse?		
11	Hvis ja: Hvis en borger skal have flere ydelser, vil en "yderligere beskrivelse", så være knyttet til		
12	Hvad er en typisk "yderligere beskrivelse"? [eksempler]		
13	Er der forskelle i de enkelte områder - hjemmepleje, hjemmesygepleje, plejecenter		
14	Hvor ofte tilføjer du en "yderligere beskrivelse" til en ydelse eller en borger? [%]		
15	Hvis tilknyttet den enkelte ydelse: Hvor lang tid tager det ca at lave en "yderligere beskrivelse"?		
16	Hvis tilknyttet borgeren: Hvor lang tid tager det ca at lave en "yderligere beskrivelse"		
16a	>Borger med mange ydelser [min]		
16b	>Borger med middel ydelser [min]		
16c	>Borger med få ydelser [min]		
17	Har du et forslag til hvordan vi kan definere [Få/Middel/Mange] SUL ydelser/uge		

Afsnit 2 Genbrug af sygeplejefaglig udredning			
18	Kan det ske, at du får en borger ind, som du ser første gang mhp. tildeling af hjælp efter serviceloven, og som i forvejen får sygepleje?		
19	Hvis ja: Hvor ofte tror du ca det sker? [antal/uge]		
20	Når det sker, genbruger du så den sygeplejefaglige udredning eller anden sygeplejefaglig dokumentation?		
21	Hvis ja: Hvor lang tid bruger du så på at orientere dig i den sygeplejefaglige dokumentation? [min]		
22	Hvis nej: Undersøger du selv helbredsmæssige problemer?		
23	Hvis ja: Hvor lang tid bruger du ca. på at undersøge helbredsmæssige problemer? [min]		
Afsnit 3 Funktionsvurdering/den faglige vurdering			
24	Hvilken metodik/systematik anvender I til at lave en udredning af en borgers behov?		
25	Hvordan registrerer du en udredning af borgers behov i EOJ?		
26	Hvor lang tid tager det ca at registrere en udredning af borgers behov i EOJ?, hvis det er:		
26a	>Borger med mange ydelser [min]		
26b	>Borger med middel ydelser [min]		
26c	>Borger med få ydelser [min]		