



FSIII STANDARDEN

Orientering om hørings svar

1. Om høringsrunden

FSIII projektet har haft et udkast til FSIII standarden i høring i perioden 12. september til 11. oktober 2013. I alt 123 organisationer har modtaget høringsmaterialet:

- De 98 kommuner
- Organisationer og leverandører:
 - Relevante styrelser og ministerier samt Danske regioner
 - Relevante fag- og interesseorganisationer
 - Kommunernes eøj-leverandører.

Der er endvidere publiceret en nyhed om høringen på www.kl.dk, så eventuelt andre interessenter har haft mulighed for at rekvirere høringsmaterialet (der er dog ikke modtaget henvendelser ad denne vej).

FSIII projektet har modtaget hørings svar fra 68 kommuner og 17 andre organisationer, dvs. i alt 85 respondenter.

1.1 Anvendt metodik og analysemetode

Med det udsendte høringsmateriale fulgte et detaljeret svarskema med henblik på at imødekomme respondenter med behov for mere dybdegående tilbagemelding. Høringsrunden resulterede i mange kommentarer (mere end 1.600 enkeltkommentarer), og det fremgår tydeligt, at respondenterne gennemgående har været omhyggelige og brugt tid på at udforme hørings svarene. Dette tyder på, at interessen for at indgå i dialog omkring Fælles Sprog III generelt er stor.

Den 10. marts 2014

bgl@kl.dk

Dir 3370

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

Tlf 3370 3370

Fax 3370 3371

Bente Glensbjerg

www.kl.dk

Side 1/14

Høringsmaterialet til kommunerne blev sendt med attention til ældrecheferne, men det fremgår af de indkomne høringssvar, at de er udarbejdet af medarbejdere fra forskellige funktioner i social- eller sundhedsområdet, såvel myndigheds- som leverandørleddet samt kommunens it-afdeling. Alle kommunernes høringssvar har således resulteret i, at FSIII er blevet kommenteret fra mange forskellige synsvinkler. Det har krævet en del tid og anvendelse af flere analysemetoder for dels at skabe et loyal billede af de holdninger, der kommer til udtryk i høringssvarene og dels at omsætte høringssvarene til operationelle input i processen for den videre bearbejdning af FSIII standarden.

I behandlingen af høringssvarene har FSIII projektet gennemgået samtlige kommentarer og kategoriseret dem efter type, emne, relevans m.m.. Herefter er kommentarerne grupperet i temaer og analyseret mere dybdegående. Temaerne er beskrevet i afsnit 2.0.

På baggrund af analysen har FSIII projektet udarbejdet forslag til mulige foranstaltninger og opdateringer af standarden, som beskrevet i afsnit 3.0.

1.2 Om høringmaterialet

Helt grundlæggende er der blandt respondenterne delte meninger om kvaliteten af det udsendte høringmateriale. I mange af høringssvarene er der således ros til høringmaterialet, bl.a. med bemærkninger som ”*gennemarbejdet og grundigt materiale*”.

Modsat er der et mindretal der mener, at ”*materialet trænger til en grundig gennembearbejdning*”. Man mener, at standarden fremstår for uklar eller teknisk til, at man kan danne sig det nødvendige billede som grundlag for at afgive kommentarer. Det forklarer ligeledes, at flere kommentarer øjensynlig bygger på respondenters overordnede mistolkning af FSIII standarden og hvad FSIII omfatter.

Det må konstateres, at formidlingen af FSIII standarden på visse punkter ikke er lykkedes fuldt ud, hvilket kan skyldes flere forhold:

- Høringen har favnet en bred kreds af interessenter med forskelligartede vinkler og udgangspunkt for kommentering
- Standarden er et første udkast. Beskrivelsen af standarden er på nogle områder ikke konkret, hvilket bl.a. skyldes, at der er forhold, som FSIII projektet ikke har kunnet præcisere i den udsendte version.
- Der mangler cases og eksemplificering til formidling af FSIII standarden.

Disse forhold vurderes i høj grad at præge høringssvarene og har gjort analysen mere kompleks.

2. Analyse af hørings svar

Beskrivelse af den anvendte metode til analyse af hørings svarene findes i bilag 1.

2.1 Grundholdninger til FSIII standarden

Gennemgående er man i hørings svarene enige i formålet med FSIII, dvs. at dokumentationen indenfor social- og sundhedssektoren skal være bedre og mere struktureret. Der er ligeledes bred opbakning til, at FSIII netop er det, der skal til for at opfylde formålet. Således vurderes det, at godt 72 % af hørings svarene udtrykker positiv eller positiv/neutral grundholdning til FSIII standarden som redskabet til at opnå bedre dokumentation.

Herudover fremstår der to forskellige overordnede grundholdninger til FSIII afhængig af, om hørings svaret kommer fra en kommune eller en af de øvrige organisationer:

Hørings svar fra kommunerne: Tager typisk afsæt i den praktiske hverdag og ofte med fokus på detaljen og udfordringerne ud fra dagligdagen og respondenternes forestilling om den praktiske anvendelse af FSIII i eoj-løsningerne. Kommunerne stiller en række varierende men konkrete spørgsmål i den forbindelse. Et eksempel på et spørgsmål kunne være ”*om klassifikationer er anvendelige til at beskrive den hele borger*”.

Kommunernes hørings svar sætter særlig fokus på implementering og hvor mange ressourcer, der vil gå til oplæring af medarbejdere, omlægning af arbejdsgange og øvrige organisatoriske problemstillinger.

På den positive side er kommunerne især tilfredse med FSIII's tværfaglige mål og perspektivering i at bruge samme standard på tværs af kommuner og regioner. Det drejer sig primært om at kunne udveksle patientoplysninger med sygehuse og praktiserende læger. Det er kommunernes forventning, at FSIII går i spidsen og sørger for at realisere disse mere strategiske tværfaglige mål – for at kommunerne kan få udbytte af FSIII i praksis – og standardiseringen skal helst være på plads samtidigt med lancering af FSIII.

Hørings svar fra organisationerne og eoj-leverandørerne forholder sig primært til FSIII som en centralt styret og national model og kommenterer derfor standarden fra en mere overordnet og faglig-teoretisk vinkel. National standardisering på tværs hilses velkommen, ligeledes klassificering, fælles procesmetode etc., som netop understøtter mål i den tværoffentlige digitaliseringsstrategi og lignende nationale initiativer. Generelt kommenterer organisationerne og eoj-leverandørerne ud fra en positiv grundtone. Modsat kommunerne forholder de sig ikke direkte til udfordringer i forhold til implementering og de mere praktiske og organisatoriske forhold.

Væsentligste tvivlspunkter

FSIII projektet vurderer, at der er en gennemgående negativ grundtone i omkring 12 % af de indkomne hørings svar fra kommunerne. Her forholder kommentarerne sig negativt til så godt som alle elementer i standarden. En til to kommuner fremstår så kritiske, at det signalerer afvisning af standarden som helhed.

Omkring 16 % af hørings svarene indeholder så få kommentarer, at de ikke kan kategoriseres som hverken positive eller negative. Uddybende statistik er beskrevet i bilag 2.

Det er karakteristisk, at der i hørings svar med en gennemgående negativ grundtone – men også i flere hørings svar med positiv grundtone – udtrykkes bekymring for, om FSIII vil kunne rumme den samlede dokumentation af borgeren på tværs af social- og sundhedsloven. Dette udfordrer en væsentlig del af formålet med FSIII, nemlig den tværfaglige dokumentation af borgeren på tværs af faggrupper og lovgivning.

Endvidere er der som forventet flere, der endnu har svært ved at forestille sig, hvordan standarden vil ”*se ud i eoj-systemet*”, når man kun må anvende fritekst i meget begrænset omfang og i stedet dokumentere ved hjælp af klassifikationer og faste begreber. Flere mener, at dokumentation ved hjælp af standardiserede begreber bliver for fragmenteret og opsplittet. Man efterlyser her konkrete eksempler, der viser, hvordan FSIII dokumentation af en borger kunne se ud i eoj-løsningen.

Herudover ser kommunerne udfordringer i at medarbejderne endnu en gang skal lære nye begreber og metoder, ikke mindst på baggrund af, at FSIII er ét i en fortsat række af nye projekter og initiativer, som kommunerne skal håndtere implementering af i praksis.

Hvad vil implementeringen af FSIII indebære? Man formoder det indebærer lang oplæringsperiode af personale, organisationsændringer og forandringsledelse.

2.2 Temaer i hørings svarene

Her følger en præsentation af de gennemgående og mere konkrete temaer i hørings svarene:

- Rehabilitering
- Tværfagligt og tværsektorielt udveksling af oplysninger
- Dokumentation iht. servicelov og sundhedslov – SEL/SUL
- Myndighed- og leverandørforhold
- Governance, drift og vedligehold
- Implementering og uddannelse
- Klassifikationer og begreber
- Diagnoser

Rehabilitering

Der er stor forventning til, at FSIII standarden kan rumme rehabilitering. For mange kommuner er inklusion af rehabilitering i FSIII et absolut must, fordi kommunerne enten har indført rehabilitering eller skal i gang med det. Rehabilitering er typisk integreret med kommunens øvrige indsatser og må derfor nødvendigvis kunne dokumenteres på samme måde. Høringssvarene giver udtryk for, at det vil være et stort tilbageskridt for kommunernes dokumentation, hvis rehabilitering ikke er med i FSIII fra begyndelsen.

Der er forskellige holdninger i forhold til, hvorvidt FSIII vil kunne understøtte dokumentation af rehabilitering eller ej, eller det kræver udbygning af standarden. Rehabilitering benævnes lidt forskelligt i høringssvarene, eksempelvis *genoptræning, træning, hverdagsrehabilitering og træningsforløb*. Det fremgår ikke altid klart, hvornår en kommuner taler om det ene og det andet, og derfor vanskeligt at vurdere, om det kan rummes af FSIII standarden.

Tværfaglig og tværsektoriel udveksling af oplysninger

Langt de fleste kommuner giver udtryk for ønske om mere tværfaglighed. Der er forventning om, at FSIII skal kunne bruges på tværs af faggrupper, eksempelvis i forbindelse med rehabilitering. Det tværfaglige ses tidligere nævnt som et skridt væk fra silo-holdningen og hvor man i stedet sætter borgeren i centrum og kan arbejde med bedre udnyttelse af borgerens egne ressourcer.

At arbejde tværfagligt stiller kommunen overfor nye udfordringer. Alle faggrupper skal anvende samme FSIII begreber, mål og procesmodel. Der skal ske nye tiltag i forhold til organisering og regler for de forskellige medarbejdergruppers adgang til borgerens journaloplysninger. Af høringssvarene fremgår det, at kommunerne er klar over denne udfordring og at den primært vil ligge i eget kommunalt regi – men ser det som en forudsætning, at FSIII standarden både er brugbar, og at udgifter til implementering vil opveje fordelene.

Der er ligeledes stort behov for, at FSIII skal understøtte tværsektoriel udveksling af oplysninger mellem kommuner, sygehuse og egen læge. Holdningen er klar: Hvis FSIII skal fungere i praksis, skal indhentning af borgers oplysninger, som i dag er en arbejdskrævende proces for kommunen ved udskrivning m.m., kunne ske automatisk. Eksempel: I dag bruger personalet tid på manuelt at indhente diagnoser fra sygehuset eller egen læge og diagnosen fås ofte først flere dage efter udskrivelsen. I stedet ønskes diagnosen hentet automatisk. Kommunerne påpeger, at det stiller krav om ændret/udvidet dataudveksling mellem kommunen, sygehus og egen læge via Medcom, hvilket ses som en stor udfordring. Er det realistisk, at de praktiserende læger vil medvirke, og hvad med de juridiske aspekter.

Mange ser på længere sigt kun FSIII som en farbar vej, hvis der sker harmonisering af metoder og procesmodel i forhold til det øvrige social- og

voksenområde, eksempelvis VUM. Nogle mener FSIII skal dække endnu bredere, så det også omfatter børneområdet (fra vugge til krukke).

Udveksling af oplysninger, såvel tværfagligt som tværsektorielt, kræver fælles dataformater. Dette ses som en stor udfordring, men mange respondenter mener som tidligere nævnt, at det er et ansvar som FSIII må påtage sig.

Dokumentation iht. servicelov og sundhedslov – SEL/SUL

Der skelnes mellem servicelov og sundhedslov i FSIII standarden i forhold til hvordan og hvornår der skal dokumenteres. Det har givet anledning til en række kommentarer udsprunget af nuværende praksis i kommunerne.

Nogle udfordres eksempelvis af FSIII standardens beskrivelse af, at service- og sundhedsloven stiller modsatrettede krav til dokumentation af borgeren i forbindelse med den kommunale indsats. Eksempelvis udtrykkes tvivl, om det er korrekt, at udførelse af sygeplejefaglige ydelser altid skal dokumenteres. Her mener nogle, at det ikke er nødvendigt, hvis der ikke har været afvigelser fra det planlagte, - hvor FSIII standarden lægger sig op ad sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, hvoraf det fremgår, at der skal føres ordnede optegnelser i forbindelse med enhver kontakt dvs. over udredning, planlægning, udførelse og opfølgning.

FSIII's tolkning ses af nogle som ufleksibel og tidskrævende og ikke mulig at efterleve i praksis. Nogle mener, at denne lovmæssige skelnen er irrelevant, særligt i rehabiliteringsforløb, hvor fordelene netop er de mere flydende faggrænser. Kunstig opdeling vil virke hindrende for det tværfaglige samarbejde. Nogle mener dog også, at det er godt, at lovgivningen behandles i FSIII standarden, men foreslår, at emnet præciseres yderligere for at gøre det mere forståeligt og tilpasset praktiske arbejdsgange.

Der er enkelte, der bemærker, at FSIII standarden er blevet for sygeplejefagligt orienteret. Det er bl.a. denne problemstilling, der ligger bag nogle bekymrede kommentarer vedrørende FSIII standardens forslag om én fælles helhedsvurdering for borgeren. Dvs. at helhedsvurderingen både dækker indsatser ydet i henhold til serviceloven og sundhedsloven. Det er imidlertid vanskeligt i forhold til helhedsvurderingen, bl.a. fordi den sygeplejefaglige udredning er problemorienteret, og den socialfaglige er baseret på 'nedsættelse af funktionsevne', dvs. to forskellige tilgange i udredningen. Man har svært ved at se dette forenet i samme helhedsvurdering.

I forbindelse med hverdagsrehabilitering er der forslag om, at helhedsvurderingen suppleres med 'borgerens ressourcer' som grundlag for planlægning af rehabiliteringsforløb.

Myndighed og leverandørforhold

Samme problematik, som beskrevet under servicelov og sundhedslov, går igen i høringssvarene i forhold til FSIII standardens skelnen mellem myndighedsproces og leverandørproces. Igen sås der i nogle svar tvivl om,

hvorvidt det i praksis er realistisk at skelne så skarpt mellem den bevilgende myndighed og den udførende leverandør, specielt i forhold til sygeplejen.

Kritikken går især på, at det vil kræve, at sundhedsfaglig udredning og indsats underlægges processerne for både myndighed og leverandør, jf. standardens procesmodel. Dette skønnes unødigt tidskrævende eller endog hindrende for arbejdets udførelse, særligt i kommuner hvor sygeplejen er selvvisiterende.

Kritikken rettes dog ikke mod den skitserede procesmodel og den heraf afledte Plan som grundlaget for dataflowet i FSIII standarden. Tværtimod vurderes det, at der gennemgående er tilfredshed med modellen.

Governance, drift og vedligehold

I FSIII standarden er der ikke taget stilling til, hvordan FSIII skal ”driftes”, da dette ligger uden for standardens scope.

En del kommentarer går dog på dette emne. Særligt organisationerne og EOJ-leverandørerne vil vide mere. Den måde, man vælger at organisere standardens drift på, ses som afgørende for standardens fremtid, og der er klare opfordringer til at få dette afklaret i KL-regi. Flere understreger, at det er meget vigtigt, at der er sikkerhed for stabil, central drift, at klassifikationer holdes opdateret, og at der etableres en organisation, som er dedikeret til vedligehold.

I forbindelse med kommentering af klassifikationer bemærker nogle kommuner, at det er nødvendigt at vælge klassifikationer ud fra en praksis-faglig vinkel og afprøves i en pilotfase. Enkelte nævner, at både klassifikationer og Medcom-meddelelser bør indgå i en beskrivelse af et centralt/nationalt udvikling- og drift-setup.

Implementering og uddannelse

Udfordringer i forhold til implementering går igen i så godt som alle høringssvar fra kommunerne.

Den overvejende holdning er, at det vil tage meget lang tid at uddanne medarbejderne til at forstå og anvende FSIII. Det skyldes nye begreber, ny procesmodel m.m. og de organisatoriske forandringer, som FSIII vil medføre. På dette punkt giver mange kommentarer udtryk for, at det er en opgave, der kan blive vanskelig at løfte og tage år, og det antydes, at der ingen garanti er for, at FSIII kan medføre fordele, der modsvarer ressourceforbruget. Der kræves sikkerhed for at FSIII kan håndtere f.eks. rehabilitering, tværfaglige planer, udveksling af oplysninger etc..

Klassifikationer og begreber

Generelt er der enighed om, at der skal anvendes de samme klassifikationer på tværs, jf. ønsket om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, dvs. både i kommunerne og regionerne via Medcom – ellers vil FSIII ikke give værdi.

Klassifikationer giver anledning til mange og overvejende negative kommentarer. På den ene side udtrykker kommunerne generelt ønske om mere standardisering, men i forhold til klassifikationer, som i FSIII standarden er en af grundforudsætningerne for dette, er man gennemgående skeptisk i forhold til brugen af klassifikationer:

- Der er for mange klassifikationer i FSIII. Det bliver for komplekst, det bliver for ukonkret og dermed for svært at bruge og vil gøre det vanskeligt at få overblik over borgerens oplysninger. Dette øger risikoen for fejl i dokumentationen
- Det vil koste medarbejderne lang tid at lære de nye klassifikationer
- Dokumentation bliver for fragmenteret og indskrænket. Den hele borger kan ikke rummes.

Hvilke klassifikationer der skal være bærende i dokumentationen, er der uenighed om blandt respondenterne. Særligt kommuner med fokus på rehabilitering er fortalere for, at ICF-klassifikationen skal bruges tværfagligt/sektorielt. Argumenterne er flere, bl.a. at ICF sætter borgeren og funktionsevnen i centrum.

Diagnoser

Der er generelt ønske om, at borgerens diagnoser automatisk hentes og vises i eoj-systemet, som der også lægges op til i standarden. Flere kan dog ikke ud af FSIII materialet se, hvor diagnosen mere konkret hentes fra og hvordan /hvem der er ansvarlig for vedligehold og opdatering. Der udtrykkes skepsis i forhold til om de barrierer, der tidligere har blokeret for bestræbelser på at få adgang til diagnoser, vil kunne nedbrydes. Der ønskes sikkerhed for, at en indhentet diagnose til enhver tid er opdateret og gældende.

Der er stor opmærksomhed på, at der er sikkerhedsproblemer forbundet med adgangen til diagnoser, som skal håndteres i forbindelse med overgang til FSIII.

3. Forbedring af standarden

Styregruppen for FSIII har med tilfredshed konstateret, at høringen i vidt omfang har bidraget med en lang række konstruktive forbedringsforslag og ikke mindst skabt grundlag for projektets videre arbejde med en mere kvalificeret standard.

For at inkludere resultaterne i det videre arbejde har Styregruppen for FSIII fundet det nødvendigt at igangsætte nye aktiviteter eller styrke eksisterende aktiviteter i FSIII projektet, jf. tabellen herunder. Flere af de nye aktiviteter er allerede godt i gang.

Overblik - planlagte aktiviteter

Formidling	<p>Fokus på emner, som ikke har været tilstrækkeligt tydeligt beskrevet i høringsversionen af FSIII standarden.</p> <ul style="list-style-type: none">- Centrale begreber og budskaber skal fremstå skarpere- Mere brug af enkel visuel formidling- Eksemplificering af hvordan FSIII indhold kunne se ud i en eoj-løsning.- Brugsscenerier om hvordan FSIII indgår i dagligdagens dokumentation og hvordan FSIII data kan bruges til ledelsesinformation etc.
	<p>Skarpere og differentieret formidling af FSIII i forhold til målgrupper. Mere dybdegående information om FSIII om emner, som er relevante for forskellige modtagere.</p> <p>I den forestående projektfase, som i henhold til projektets forretningsstrategi involverer dialog med eoj-leverandører, udarbejdes en mere systemrettet udgave af FSIII standarden.</p> <p>Efterfølgende udarbejdes FSIII standardmateriale målrettet kommunale medarbejdere.</p>
Tværfaglig og tværsektorielt samarbejde	<p>Rehabilitering.</p> <p>Det undersøges om hverdagsrehabilitering efter serviceloven kan indarbejdes i FSIII, da det vurderes at kunne understøttes af FSIII's procesmodel. Der vil blive behov for at supplere standarden med ekstra felter og et subset af klassifikationer, der også dækker rehabilitering.</p> <p>Det er målet, at standarden understøtter en tværfaglig plan, der dækker en borger, der både modtager rehabilitering, hjemmepleje og hjemmesygepleje.</p>
	<p>Kommune – sygehus – læge.</p> <p>Angående kommunernes kommunikation med praktiserende læge og sygehus er det i FSIII projektets interesse at opsamle behovene, således at disse kan indgå i KL's generelle interessevaretagelse på vegne af kommunerne. Eksempelvis at der arbejdes for at få diagnoser overført fra sekundærsektoren</p>

Klassifikation	<p>Etablering af et særligt klassifikationsspor med en række aktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Udarbejdelse af subsets - Kvalitetssikring af subsets - Vejledningsmateriale vedr. klassifikationer <p>Arbejdet i klassifikationssporet udføres med bistand fra eksperter indenfor klassifikation og kvalitetssikres af bl.a. praktikere.</p>
Afklaring af standarden	<p>Yderligere afklaring og specifikation af standarden på de punkter, hvor der i høringssvarene stilles spørgsmål. Afklaringen vil bl.a. ske i samarbejde med eoj-leverandørerne og kommunale repræsentanter.</p>
	<p>Afklaring af anvendte af klassifikationer påbegyndes i klassifikationssporet.</p>
Standardens realiserbarhed	<p>Realiserbarheden af FSIII skal påvises gennem cases, brugsscenerier og brugertest.</p>
	<p>Fremadrettet kan der overvejes muligheder for afprøvning af standarden, eksempelvis pilotfasedrift i udvalgte kommuner men dette vil bero på en styregruppebeslutning når og hvis aktuelt.</p>
Hjælp til implementering	<p>Udfordringer, tvivl og spørgsmål fra høringsrunden vil blive adresseret i den allerede planlagte implementeringsfase i FSIII projektet (undervisning, e-læringsvideo, efteruddannelser etc.)</p>

Håndtering af strukturelle vilkår

Det må konstateres, at kommentarer der går på de mere strukturelle vilkår, som både kommuner og dermed også FSIII standarden er underlagt, eksempelvis servicelovens og sundhedslovens forskellige krav til dokumentation, har FSIII projektet ikke mulighed for at ændre. Men kommentarerne er taget ad notam og vil i muligt omfang blive anvendt i det mere strategiske arbejde indenfor social- og sundhedsområdet.

Find information og status for FSIII projektet på KL's hjemmeside:

<http://www.kl.dk/Fagomrader/Social-service/Kvalitet-og-myndighed/Falles-sprog1/>

Bilag 1: Om den anvendte analysemetode

Sådan har FSIII projektet behandlet høringssvarene:

Det udsendte høringsmateriale

Med høringsmaterialet modtog respondenterne en svarskabelon med rubrikker til kommentering svarende til hvert af de enkelte afsnit i FSIII standarddokumentet. Der var desuden en rubrik til mere generelle bemærkninger. Svarskabelonen har bevirket, at respondenterne har målrettet deres kommentarer og afgivet dem i forhold til en fast kontekst. Fordelen for FSIII projektets efterfølgende analysearbejde har været, at der kan skelnes mellem de specifikke og de mere overordnede kommentarer til standarden, hvilket muliggør en direkte kobling af høringssvarene til de relevante kapitler i standardnotatet.

Kategorisering

I den indledende analyse blev hver enkelt af de 85 udfyldte svarskemaer gennemlæst, de enkelte kommentarer blev afmærket og de blev gennemgået én for én. Der blev registreret mere end 1.600 enkeltkommentarer.

Alle kommentarer blev derefter overført til et analyseark og kondenseret (forkortet) og knyttet til et afsnit i standarddokumentet (kontekstrelateret). Kommentarerne blev dernæst gennemgået og kategoriseret i forhold til hvilken type kommentar, der var tale om ved hjælp af 15 foruddefinerede typebetegnelser, eksempelvis *uklarhed i standarden*, *identificeret fejl i standarden* og *forslag til forbedring*.

Kommentarernes relevans blev vurderet én for én på en skala fra 0 – 3 og fortolket angående udgangspunktet for kommentaren. Også her blev benyttet en liste med 8 foruddefinerede begreber.

Kategoriseringen skabte overblik og anvendelighed i et datamateriale, som samlet fyldte omkring 300 sider. Brugen af lister med faste termer til analysen blev valgt af hensyn til at opnå ensartethed og sammenlignelighed i analysegrundlaget og for at kunne lave statistik og optællinger på datamaterialet.

Sidste trin i denne indledende analyse bestod i at give en retning for, hvordan den pågældende kommentar skulle behandles i det videre arbejde med FSIII standarden. Dette blev ligeledes gjort ved hjælp af et antal faste kategorier, for eksempel om kommentaren krævede *nærmere udredning* eller *muligheder vurderes*.

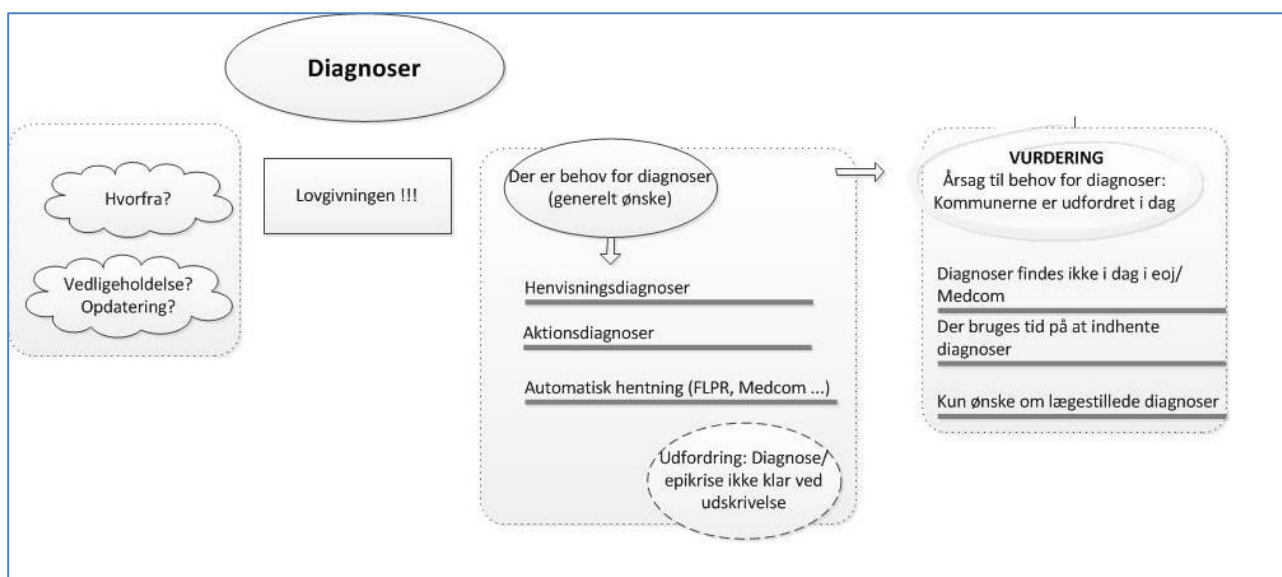
Tematisering og mindmapping

De kategoriserede kommentarer dannede grundlag for en efterfølgende tematisering som blev gennemført ved hjælp af metoden kognitiv mapping, som er en måde at samle og logisk gruppere udsagn ved hjælp af et mindmap. Denne metode tillod en mere kvalitativ tilgang til datamaterialet og er

velegnet til at skabe mere 'jordnære' sammenhænge i forhold til respondenternes holdninger. Herved fremkom en række temaer, eksempelvis *Myndighed- og leverandørforhold* og *Governance, drift og vedligehold*.

Der blev lavet et færdigt mindmap for hvert af de vigtigste temaer (jf. afsnit 2.2). Ud fra disse mindmaps har det været muligt at udlede overordnede holdninger fra respondenterne og på den måde skabe overblik over holdninger indenfor et givent tema.

Mindmap: Diagnoser



'Diagnoser' er et eksempel på identifikation af et væsentligt tema som resultat af høringen om FSIII standarden. Man læser mindmappet på den måde at – ud fra venstre side - at mange stiller spørgsmål om, hvordan man skaffer lægeligt stillede diagnose for borgeren og hvem der vil sørge for at opdatere diagnosen (venstre side af mindmappet). I midten af mindmappet fremgår det, at man påpeger lovgivningen som en væsentlig faktor i forhold til hvem, der må få adgang til diagnoser, osv.

Mindmaps har fungeret som det endelige analyseredskab til at få temaerne på plads og dermed skabe et samlet overblik over tilbagemeldingerne fra høringen. På baggrund af temaerne har FSIII projektet efterfølgende udarbejdet forslag til foranstaltninger og opdateringer af standarden.

Bilag 2: Statistik

Fordeling af kommentarer fra høringen

Den overordnede fordeling af de i alt 1.648 enkeltkommentare:

- Specifikke kommentarer: 1.396
- Generelle kommentarer rettet mod standarden som helhed: 252

I alt 892 specifikke kommentarer var fuldt kategoriserbare. Fordeling af disse på kategorier giver følgende billede:

<i>Kategori</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
Fejl/ukorrekt	46	5,2
Forslag	89	10,0
Tilføjelse til standarden	31	3,5
Ønske	74	8,3
Problematisk	81	9,1
Positiv bemærkning	115	12,9
Negativ bemærkning	30	3,4
Ros	21	2,4
Spørgsmål	146	16,4
Uklart	22	2,5
Udfordring	70	7,8
Uenighed	30	3,4
Opfordring	62	7,0
Konstatering	55	6,2
Kigges nærmere på (ikke mulig at kategorisere)	20	2,2
Total for kategorier	892	100

Ved opdeling af kategorierne på 4 hovedtyper, fås følgende billede:

<i>Hovedtype</i>	<i>Kategori</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
Positive	Positiv bemærkning	115	
	Ros	21	
	Sum	136	15,2
Negative	Negativ bemærkning	30	
	Uenig	30	
	Sum	60	6,7
Konstruktive	Fejl/ukorrekt	46	
	Forslag	89	

	Tilføjelse til standarden	31	
	Ønske	74	
	Problematisk	81	
	Udfordring	70	
	Opfordring	62	
	Sum	453	50,8
Neutrale	Spørgsmål	146	
	Uklart	22	
	Kigges nærmere på	20	
	Konstatering	55	
	Sum	243	27,2
	Total	892	100

Summen for typerne Positive, Konstruktive og Neutrale giver 93,3 % mens de decideret negative kun tegner sig for 6,7 %. Dette indikerer, at projektets overordnede vurdering af høringssvarene, som samlet viste, at godt 70 % var positive eller positiv/ neutrale (se afsnit 2.1), formentlig ikke har været for optimistisk.