



# NOTAT

## NOTAT vedr. rehabilitering i FSIII

Under udviklingen af Fælles Sprog III (FSIII), blev Servicelovens §83a vedrørende rehabiliteringsforløb vedtaget i Folketinget.<sup>1</sup> Forud for loven fik FSIII projektet i januar 2014 i opdrag at sikre, at udviklingen af FSIII-standarden i version 1,0 tog højde for at inkludere rehabilitering.

Efterfølgende afholdt projektet en workshop med repræsentanter fra kommuner, der forud for vedtagelsen af Servicelovens §83a arbejdede rehabiliterende (Esbjerg, Fredericia, Odense, Aarhus, Rudersdal og Kolding). Her blev det præciseret, at FSIII i udgangspunktet manglede følgende for at kunne rumme rehabilitering:

1. Borgerens mål
2. Mestringsevne
3. Borgerens egne ressourcer.

Siden er FSIII standarden videreudviklet, således at det i den endelige FSIII standard version 1,0 er muligt for kommunerne at fortsætte det rehabiliterende arbejde med anvendelse af FSII metoden.

Desuden har KL sammen med kommunerne i vinteren 2014/2015 udviklet et fælleskommunalt indsatskatalog for Servicelovens §83, §83a, §84 og §86, der klassificerer de kommunale indsatser, også på §83a, således at de rehabiliterende indsatser også er klassificerede FSIII indsatser.

I foråret 2015 gennemførtes et testforløb af FSIII klassifikationerne blandt de faggrupper, der er omfattet af implementering af version 1,0. Her blev

Den 6. maj 2015

Sags ID: SAG-2013-00965  
Dok.ID: 2014594

KIBB@kl.dk  
Direkte 30524941

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S  
Telefon

www.kl.dk  
Side 1/8

---

<sup>1</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=164880>

det desuden testet, om klassifikationerne og standarden kan anvendes i rehabiliteringen.

FSIII procesmodel, indsatskatalog, testresultatet samt de FSIII begreber, der understøtter den rehabiliterende indsats inddrages således i valideringen af rehabilitering i FSIII.

I nedenstående præsenteres rehabiliteringens placering i FSIII med udgangspunkt i og i komparation med henholdsvis Marselisborgcenterets hvidbog om Rehabilitering og Socialstyrelsens grundprincipper for rehabiliteringsforløb.

### Rehabiliteringens definition og formål

*”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.<sup>2</sup>*

Formålet med rehabilitering for den enkelte borger er at:

- bevare eller fremme livskvalitet
- genvinde sit tidligere funktionsniveau eller opnå højest mulig funktionsevne, forebygge tilbagefald, senfølger eller yderligere reducere af funktionsevnen,
- kunne leve med varige funktionsnedsættelser eller kronisk sygdom og fremme sundhed ved at kunne mestre sin situation
- opnå ligestilling i forhold til øvrige borgere med hensyn til personlig frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundslivet

Et centralt værktøj til at opnå ovenstående er at tage udgangspunkt i borgerens mestring:

*Mestring er de strategier og fremgangsmåder en person eller en familie bruger for at klare eller håndtere nye, svære situationer.<sup>3</sup>*

---

<sup>2</sup> Marselisborgcenterets hvidbog om rehabilitering

<sup>3</sup> Socialstyrelsen: Rehabilitering på ældreområdet – inspiration til kommunal praksis

# FSIII

## Centrale begreber i FSIII

FSIII introducerer ”tilstands-begrebet”.

*Tilstand i FSIII er en borgers helbredsmæssige og funktionsmæssige situation på et givet tidspunkt. En tilstand er i FSIII knyttet til et område, som kan være enten et behovsområde (ICF-tilstande – relateret til Serviceloven) eller et problemområde (SNOMED CT-tilstand – relateret til Sundhedsloven).*

*En tilstand vil have en præcisering, som enten kan være en konkret værdi eller en beskrivelse.*

Til tilstands-begrebet er tilknyttet ”forventet tilstand”.

*I FSIII er en forventet tilstand udtryk for, hvad myndighed og leverandør forventer, der indtræder eller opnås med den indsats, der bevilliges og leveres af kommunen.*

## FSIII Procesmodel

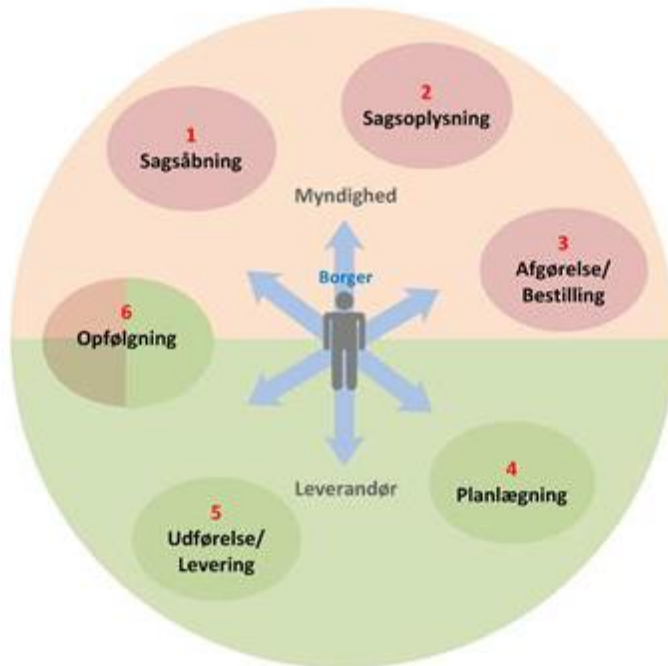
Procesmodellen illustrerer et generisk kommunalt borgerforløb. Som det fremgår af modellen, forudsættes der ikke en lineær proces, men derimod en generisk proces, der kan gå på tværs af de enkelte delprocesser, ligesom delprocesser kan foregå sideløbende. I plejeforløb vil der typisk opstå løbende ændringer i borgerens funktionsevneniveau, hvilket kan medføre ændringer i planlægningen eller måske i afgørelsen. FSIII procesmodellen tager således højde for behovet for den dynamiske dokumentation i såvel den traditionelle såvel som den rehabiliterende pleje.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Procesmodellen og dens delprocesser er yderligere beskrevet her:

[http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_71012/cf\\_202/FSIII\\_ramme\\_og\\_procesmodel\\_v0.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_71012/cf_202/FSIII_ramme_og_procesmodel_v0.PDF)

## Kommunalt borger-/patientforløb



## Socialstyrelsens grundprincipper

I Hjemmehjælpskommissionens rapport fra 2013 anbefales kommunerne at arbejde systematisk med rehabilitering ud fra otte grundprincipper. Socialstyrelsen præsenterer grundprincipperne som en ”systematisering og målretning af de mange indsatser, der allerede eksisterer i kommunerne i dag.”



## Rehabilitering i FSIII

Ifølge Socialstyrelsen er der tre mulige udfald af rehabilitering:

1. At borger bliver helt selvhjulpne og ikke længere har behov for hjælp

2. At borger bliver delvist selvhjulpne og kun har delvist behov for hjælp
3. At borgers livskvalitet højnes ved deltagelse i indsatserne i den bevilligede hjælp

I et FSIII perspektiv, er forudsætningen for et rehabiliterende forløb og dets udfald et samspil mellem flere faktorer:

1. Borgeren egne ressourcer, bl.a. mestring og motivation.
2. Borgerens egne mål.
3. Den forventede tilstand

Udfaldet vil være afhængigt af bl.a borgerens mestring, og vil være tæt knyttet til borgerens egne mål. Brugertesten af FSIII Klassifikationerne understregede netop vigtigheden af anvendelse af borgerens egne mål, idet disse er en markering af borgerens vilje og motivation til rehabilitering. Testen understregede desuden vigtigheden af, at medarbejderne oplyser deres vurdering af borgerens mestring og motivation, idet det giver et billede af borgerens ressourcer. Ved at lade såvel mestring og motivation som borgerens egne mål indgå som en del af FSIII standarden, sikres kommunernes rehabiliterende teams et forhåndskendskab til borgerens evner og vilje til rehabilitering.

Den forventede tilstand indikerer, hvilket udfald, der ud fra et fagligt perspektiv forventes med den tildelte indsats.

Sidestilles formålet med rehabilitering som defineret i Hvidbogen og nøjere defineret i Socialstyrelsens otte grundprincipper med FSIII standarden (procesmodellen, begreberne og klassifikationerne), ses en sammenhæng mellem FSIII og både rehabiliteringens formål og definition samt de otte grundprincipper.

## **1. Borgerens aktive deltagelse i forløbet.**

Med dokumentation af den obligatoriske FSIII oplysning: ”præcisering, borger”, der oplyser borgers egne tilkendegivelser ift. om og i givet fald, hvordan de udfører de tilstande, der vurderes. Samtidig oplyses, hvilken betydning borgeren selv tillægger denne angivne udførelse og de tilstande der indgår i planen. Således inddrager FSIII standarden borgers aktive deltagelse. Her sættes borgerens oplevelse af egen tilstand og funktionsevne i fokus, hvilket i FSIII testen gav positive tilbagemeldinger fra medarbejdere i rehabiliterende teams, idet disse oplysninger gav dem et billede af borgerens motivation og vilje til at indgå i et rehabiliterende samarbejde. Ligesom oplysning om borgers ønske/mål giver et billede af samme

samarbejdsvilje. Dermed dokumenteres både borgerens evne, vilje og ressource og altså også borgerens aktive deltagelse i forløbet.

## **2. Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov.**

Også her giver borgerens egen præcisering, i kombination med visitationens faglige vurdering og den forventede tilstand, mulighed for at tilrettelægge indsatsen specifikt efter borgerens behov og ressourcer.

Desuden giver det fælleskommunale indsatskatalog for Serviceloven mulighed for at tildele de samme indsatser hjulmet i §83a, som der gives med hjemmel i §83. Dermed sikres den brede vifte af kommunale indsatser, Socialstyrelsen anbefaler, for at kommunerne kan tilrettelægge og planlægge forløb med afsæt i borgerens behov.

## **3. Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation**

Helhedsvurderingen i FSIII er også central i forhold til rehabilitering, idet den beskriver borgerens egne ressourcer og evner til at håndtere nye og svære forandringer. Helhedsvurderingen medinddrager såvel behovsområder og ressourcer, set i forhold til en samlet funktionsevne. Testpersonerne fremhævede netop helhedsvurderingen (herunder mestring og de strukturerede data) som en væsentlig oplysning i forhold til de rehabiliterende indsatser.

I FSIII ICF-subsettet (ICF-tilstande), indgår bl.a. ”muskelstyrke” og ”udholdenhed”. En nedsat funktionsevne på en af disse to tilstande, kan være bagvedliggende årsag til en række andre funktionsevnenedsættelser, som fx giver et behov for praktisk hjælp til madlavning. Der er behov for hjælp, men når der er nedsat funktionsevne på fx muskelstyrke, vil behovet kunne mindske ved en rehabiliterende indsats på at styrke muskler eller kondition, så borger kan holde til at stå op under madlavningen.

Der er ligeledes tilstande, der beskriver eventuelle mentale funktionsnedsættelser.

Ved at inddrage funktionsevnenedsættelser på både fysiske, psykiske og praktiske tilstande, giver FSIII redskaberne til en bred helhedsvurdering og understøtter en helhedsorienteret tilgang til borgeren. Ydermere fremgår det i FSIII af de generelle oplysninger, hvilke hjælpemidler borger har, hvilket igen er med til at understøtte den helhedsorienterede tilgang.

## **4. Målorienterede og tidsafgrænsede forløb.**

Ved at opstille en tilstand og en forventet tilstand tydeliggøres borgerens udviklingspotentiale, hvilket er afgørende for valg og tildeling af indsats. Den forventede tilstand opstilles ud fra den faglige vurdering af borgeres

ressourcer. Det er således borgerens mål og den faglige vurdering, der definerer de indsatser, der indgår i rehabiliteringsforløbet, og som der samarbejdes omkring.

Ved at indsætte en opfølgingsdato på den tildelte indsats, vil der automatisk være en tidsafgrænsning – idet opfølgingsdatoen fordrer, at der tages stilling til, om den forventede tilstand er opnået med den tildelte indsats, eller om der er behov for en ændring i indsatsen eller tildeling af en ny indsats.

## **5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde**

En af FSIII standardens grundpiller er strukturering og genanvendelse af data, således at medarbejderne bruger mindre tid på at fremfinde dokumentation og på at dokumentere. Herunder ligger også en større åbenhed i dokumentationen, således at social- og sundhedsmedarbejdere har mulighed for at se dokumentationen fra træningsområdet og sygeplejeområdet og omvendt.

Ved at sætte borgeren i centrum og sikre, at medarbejderne via helhedsvurdering, ser alle relevante data for borgeren, sikres det tværfaglige samarbejde, i og med at de enkelte faggrupper har kendskab til den samlede mængde af indsatser en borger modtager.

En strukturering af data og anvendelse af internationale klassifikationer højner desuden kvaliteten af data, der udveksles tværsektorielt, hvilket igen er med til at sikre samarbejdet på tværs.

## **6. Koordinerede forløb**

Det koordinerede forløb sikres ligeledes ved genanvendelse af strukturerede data, helhedsvurderingen med alle tildelte indsatser, fokus på borgerens egne mål og forventet tilstand.

## **7. Planlægning**

I FSIII standarden er borgerens præcisering og egne mål en del af helhedsvurderingen. FSIII metoden leder således frem til, at myndigheden medinddrager borgerens mål og ressourcer i afgørelsen.

Procesmodellens generiske opbygning understøtter rehabiliteringens præmis om løbende opfølgning og evaluering af indsatsen, således at indsatsen tilpasses borgerens aktuelle tilstand.

## **8. Vidensbaseret og kvalitet**

Socialstyrelsens ottende grundprincip adresserer i højere grad kommunernes kompetenceudvikling. Kompetenceudvikling, specifikt i forhold til rehabilitering er ikke en del af FSIII projektets ramme. FSIII har som mål, at medarbejder kan genanvende data i den daglige dokumentation, hvilket

skal medvirke til at frigive ressourcer på ældreområdet. Ressourcer der i stedet vil kunne anvendes til kompetenceudvikling.

## Opsummering

Workshoppen afholdt i januar 2014 viste, at FSIII standarden, for til fulde at gøre det muligt for kommunerne at arbejde rehabiliterende, skulle sikre inddragelse af:

1. Borgerens mål
2. Mestringsevne
3. Borgerens egne ressourcer.

FSIII standarden inkluderer i version 1,0 mestring som en del af de generelle oplysninger og har fokus på borgerens mål og egne ressourcer i helhedsvurdering og opfylder således workshopens krav om inddragelse af ovenstående tre elementer.

Sammenligningen af FSIII standarden med Socialstyrelsens otte grundprincipper for det rehabiliterende arbejde, viser, at FSIII standardens anvendelse af:

- tilstand,
- forventet tilstand,
- borgerens mål
- borgerens præcisering,
- generelle oplysninger (herunder mestring)

kan anvendes til at dække alle disse grundprincipper i det rehabiliterende arbejde, lige med undtagelse af det 8. grundprincip, der handler specifikt om kompetenceudviklingen, hvilket ikke er en direkte del af FSIII standarden.

FSIII standarden understøtter således, at kommunerne kan arbejde med rehabilitering som en integreret del af FSIII metoden.