

Sundhedsfremme og forebyggelse (SUL §119)

Vejledning til kommuner

Version 1.0

FS^{III}

Indhold

| | |
|--|-----------|
| DEL 1 | 3 |
| Hvorfor et fælles sprog?..... | 4 |
| Hvad er Fælles Sprog III? | 4 |
| Fælles Sprog III er et værktøj..... | 5 |
| Ibrugtagning er frivillig..... | 7 |
| Baggrund | 7 |
| | |
| DEL 2 | 9 |
| Lovgivning..... | 10 |
| Faglige anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud | 10 |
| Om udviklingsprocessen | 11 |
| Fælleskommunale arbejds gange | 12 |
| Om klassifikationer | 12 |
| Introduktion til tilstande og indsatser | 15 |
| Fælleskommunale tilstande | 17 |
| Fælleskommunale indsatser..... | 21 |
| | |
| BILAGSOVERSIGT | 25 |

DEL 1

Her kan du finde information om:

- Hvorfor skal vi arbejde med et fælles sprog?
- Hvad er Fælles Sprog III?
- Hvad er baggrunden for udviklingsarbejdet?

Hvorfor et fælles sprog?

Alle 98 kommuner har forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Der findes på tværs af landet en variation i den måde, som de kommunale forebyggelsestilbud er organiseret på. Kigger man på forskelle i kommunernes størrelser, geografi og målgrupper giver det god mening, at der nogle steder i landet fx er etableret særlige diagnosespecifikke tilbud, som ikke tilbydes andre steder i landet. De konkrete behov hos kommunens borgere er med til at forme organiseringen og udbuddet af tilbud.

Det er i dag svært at sammenligne data på tværs af kommuner

Inden for de senere år er kommunerne i stigende grad begyndt at etablere forskellige former for tværkommunale og tværsektorielle samarbejder bl.a. med henblik på at skabe et styrket grundlag for kvalitetsudvikling og styring af området. I dele af kvalitetsarbejdet har forskellige organiseringer og sammensætninger af tilbud imidlertid udfordret grundlaget for, at kommunerne kan sammenligne sig med hinanden.

Bedre forudsætninger for kvalitetsudvikling og styring

I 2018 igangsatte KL et udviklingsarbejde, som har til formål at styrke kommunernes forudsætninger for at arbejde lokalt og fælleskommunalt, med kvalitetsudvikling og styring af de kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Udviklingsarbejdet har taget afsæt i den kommunale praksis og Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (2016), samt under hensyn til kommunernes forskellige sammensætninger af tilbud til borgere med kronisk sygdom.

Hvad er Fælles Sprog III?

Ved implementering af Fælles Sprog III (FSIII) i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen¹ har kommunerne taget det første store skridt i retningen mod en fælleskommunal dokumentationspraksis. Udbredelsen af FSIII i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen har banet vejen for, at en fælleskommunal dokumentationspraksis kan udvides til andre dele af det kommunale sundheds- og ældreområde.

¹ Flere kommuner har ved implementering af FSIII udviklet til hjemmeplejen og sygeplejen valgt også at implementere FSIII på andre områder i kommunen.

Tværfaglig borgerjournal og ensartede data

FSIII har fokus på den tværfaglige borgerjournal, hvor dokumenterede oplysninger indhentes eller genbruges og deles på tværs af forskellige kommunale funktioner og paragrafområder. FSIII understøtter desuden en mere ensartet kommunikation samt mulighed for at udveksle data internt i kommunen, mellem kommuner og mellem kommune og øvrige aktører på sundheds- og ældreområdet.

FSIII på et nyt område

FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse er en udvidelse af FSIII. Udvidelsen omfatter fælleskommunale tilstande og indsatser samt anbefalinger til, hvordan tilstande og indsatser kan anvendes til at understøtte arbejdsgange i kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdom efter sundhedslovens §119.

FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse understøtter kommunernes arbejde med den tværfaglige borgerjournal samt ensartede data. Dokumentation ved brug af FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse berører kun dele af den dokumentation, der typisk dokumenteres i forbindelse med indsatser efter sundhedslovens §119.

Fælles Sprog III er pr. 1. januar 2020 udviklet til fire områder:

- Fælles Sprog III hjemmepleje
- Fælles Sprog III hjemmesygepleje
- Fælles Sprog III genoptræning
- Fælles Sprog III sundhedsfremme og forebyggelse

For hvert område er der udarbejdet:

- 1) Fælleskommunale klassifikationer
- 2) Anbefalinger til hvordan klassifikationer kan anvendes til at understøtte områdets arbejdsgange

2

Fælles Sprog III er et værktøj

Implementering af nye omsorgssystemer og FSIII i hjemmeplejen og sygeplejen har været komplekse opgaver. Det giver derfor god mening at bruge lokale erfaringer - og evt. andre kommuners erfaringer – når FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse skal implementeres.

² Fælles Sprog III omfatter dokumentation inden for følgende paragrafområder: service-lovens §§ 83, 83a, 84 og 86, sundhedslovens §§ 119, 138 og 140.

Tag afsæt i lokale behov og udarbejd lokale målsætninger

Ved implementering af FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse er det vigtigt, at mulighederne med FSIII bliver koblet til lokale målsætninger og behov i kommunen. FSIII er således et værktøj, som den enkelte kommune kan anvende til at opnå lokale målsætninger.

For at få hele organisationen til at arbejde efter lokale målsætninger viser erfaringer desuden, at det er vigtigt at sikre, at der i hele linjeorganisationen i kommunen er skabt en fælles forståelse for formål med og indholdet i FSIII.

For at skabe lokal mening og forståelse for "hvorfor FSIII?" skal den enkelte kommune inden implementering af FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse derfor gøre sig klart:

- 1) Hvilke udfordringer, ønsker og behov har vi i kommunen?
- 2) Hvordan kan Fælles Sprog III være en del af vores løsning?

Beskriv forandringer og nye arbejdsgange

For at kunne indfri lokale målsætninger er det i forlængelse af ovenstående vigtigt at fokusere på de forandringer, som FSIII medfører ift. den aktuelle dokumentationspraksis. Realisering forudsætter, at man i det daglige fremover gør noget anderledes. Nye arbejdsgange og ny adfærd skal konkretiseres og beskrives i arbejdet for at sikre den ønskede implementering i organisationen.



Figur 1 – Lokale målsætninger bør tage afsæt i lokale forhold sammenholdt med mulighederne med FSIII. Indfrielse af målsætninger forudsætter ny adfærd.

Ovenstående figur illustrerer, hvordan der bør arbejdes med et afsæt i lokale udfordringer/ønsker og behov i arbejdet med at opstille og konkretisere lokale målsætninger. Samtidigt viser figuren også, hvordan de enkelte kasser er hinandens forudsætninger. Dvs. indfrielse af målsætninger er direkte afhængig af, at der på nogle områder dokumenteres på en ny måde (ny adfærd).

Ibrugtagning er frivillig

Modsat situationen ved implementering af FSIII udviklet til hjemmeplejen og sygeplejen, er der for nuværende³ ikke indgået en økonomiaftale eller andre typer aftaler, som bevirker, at alle kommuner skal implementere FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse. Implementering er med andre ord frivillig.

Kommunerne befinder sig forskellige steder i processen med teknisk og organisatorisk implementering af FSIII til hjemmeplejen og sygeplejen. Derfor er det også forskelligt fra kommune til kommune, hvornår det vil være meningsfuldt at implementere de nye FSIII-klassifikationer, bl.a. under hensyntagen til de ressourcer, der skal bruges på implementering

Pr. 1. januar 2020 er de nye FSIII-klassifikationer tilgængelige via den klassifikationsservice, som er tilknyttet kommunernes arbejde med FSIII. Herfra er det muligt for kommunernes IT-leverandører at hente klassifikationerne, og indbygge dem i kommunernes IT-systemer.

Implementering af klassifikationerne sker i samarbejde med kommunens IT-leverandør. Afhængigt af den enkelte kommunes aftaler med leverandør af systemer kan det muligvis kræve et tilkøb at få integreret de nye dele af FSIII i kommunens IT-systemer.

Som et tillæg til denne vejledning udarbejdes der en vejledning målrettet IT-leverandører⁴.

Baggrund

Udviklingsarbejdet med FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse er finansieret på finanslov 2016, som et initiativ i Sundhedsdataprogrammet (2015-2020) under den daværende regerings Synlighedsreform.

Synlighedsreformen har som overordnet målsætning at bidrage til synlighed og åbenhed om data samt bedre brug af data på tværs af sundhedsvæsenet.

³ Pr. 1. januar 2020

⁴ Vejledningen målrettet IT-leverandører udarbejdes ud fra dialog mellem KL og kommunernes leverandører af EOJ-systemer. Vejledningen forventes tilgængelig inden udgangen af 1. kvartal 2020.

Nye FSIII-klassifikationer stilles til rådighed pr. 1. jan. 2020

Lokal implementering i samarbejde med IT-leverandør

Synlighedsreform

Sundhedsdataprogrammet

Sundhedsdataprogrammet⁵ er et nationalt udviklingsprogram med fokus på udvikling af IT-infrastruktur og samarbejde omkring brug og deling af sundhedsdata på tværs af stat, regioner og kommuner.

Udviklingsarbejdet i KL har haft den Nationale bestyrelse for data på sundheds- og ældreområdet som øverste organ. Bestyrelsen har haft det overordnede ansvar for at arbejdet har efterlevet visionen for sundhedsdataprogrammet.

Medlemmerne af bestyrelsen repræsenterer, udover KL, Sundheds- og Ældreministeriet (formand), Danske Regioner, Region Midtjylland, Region Hovedstaden, Sundhedsdatastyrelsen, Børne- og Socialministeriet, Finansministeriet og Danmarks Statistik (observatør).

FSIII-styregruppe

Udviklingsarbejdet har i kommunalt regi indgået som en udvidelse af FSIII. Styregruppen for Fælles Sprog III har derfor haft det overordnede ansvar for at sikre projektets fremdrift inden for aftalt tid, kvalitet og ressourcer, samt at projektets leverancer er i overensstemmelse med fælleskommunale behov.

⁵ Læs mere om Sundhedsdataprogrammet på [Sundheds- og Ældreministeriets hjemmeside](#)

DEL 2

Her kan du finde information om:

- Hvilke overordnede rammer gælder for forebyggelses-tilbud til borgere med kronisk sygdom?
- Hvordan er udviklingsprocessen foregået?
- Hvad er klassifikationer, og hvordan kan de anvendes?
- Hvad er fælleskommunale tilstande til SUL §119?
- Hvad er fælleskommunale indsatser til SUL §119

Lovgivning

Sundhedslovens §119 er formuleret bredt, og der angives ikke i lovteksten nærmere definerede krav til kommunernes opbygning af og indhold i de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

Sundhedslovens §119 på www.retsinformation.dk

§119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Faglige anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud

Den kommunale praksis har udviklet sig løbende fra Sundhedsstyrelsen introducerede den generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom i 2008 til de gældende "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Ikke-sygdomsspecifikke anbefalinger

Anbefalingerne fra 2016 er ikke-sygdomsspecifikke, og foreskriver bl.a. at de kommunale forebyggelsestilbud bør rettes mod borgerens samlede funktionsevne.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne ved en afklarende samtale afdækker følgende områder af borgerens livssituation:

- Funktionsevne
- Hverdagsliv
- Risikofaktorer
- Sygdomssituation

Sundhedsstyrelsen (2016); s. 34-35

Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at kommunerne med udgangspunkt i en sundhedspædagogisk og rehabiliterende tilgang, afklarer den enkelte borgers motivation og ressourcer, og i samarbejde med borgeren aftaler hvilket tilbud, der skal sammensættes. Tilbuddet sammensættes med det formål at bidrage til livsstilsændringer hos borgeren samt øget mestring af livet med kronisk sygdom.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger har bidraget til, at kommunerne har videreudviklet og prioriteret forebyggelsestilbuddene, som aktuelt omfatter sygdomsmestring, rygeafvænning, fysisk træning, ernæring og alkoholrådgivning.

Om udviklingsprocessen

KL har faciliteret udviklingsprocessen af FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse. Udviklingsprocessen er forløbet i 2018-2019.

I udviklingsarbejdet har KL inddraget, og samarbejdet med kommunale repræsentanter og relevante specialister med viden om de kommunale forebyggelsestilbud og terminologier mv. Der blev i den forbindelse etableret en kommunal arbejdsgruppe, som havde til opgave at bidrage med faglig viden samt erfaringer fra og kendskab til egen kommune.

Kommunal arbejdsgruppe tilknyttet udviklingsarbejdet

Arbejdsgruppens medlemmer blev udvalgt med henblik på at sikre en bred repræsentation, og repræsenterede:

- Forskelle i geografi og kommunestørrelse
- Forskellige leverandører af EOJ-system
- Uddannelsesmæssige baggrunde og forskellige funktioner
- Særligt indgående kendskab til forskellige dele af de kommunale forebyggelsestilbud

Udviklingsprocessen bestod indledningsvist i at kortlægge kommunernes arbejde med forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme. Der blev i marts 2018 udsendt et survey til alle 98 kommuner, og med afsæt i svarene fra 86 kommuner er resultaterne behandlet i samarbejde med arbejdsgruppen med henblik på at beskrive fællesnævnerne på tværs af kommuner.

På den baggrund er blev nedenstående konkretiseret og beskrevet:

- Det faglige indhold i kommunernes tilbud
- Kommunernes tilrettelæggelse og sammensætningen tilbud
- Områder af borgernes hverdagsliv, som tilbud typisk rettes mod
- Kommunernes praksis for evaluering og opfølgning

Fælleskommunale arbejdsgange

Grundet kommunernes forskellige organiseringer af forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom viste der sig et behov for at udarbejde en fælles arbejdsgangsmodel, som illustrerer hvornår og i hvilke situationer, der foregår dokumentation.

En overordnet model

Det har ved udarbejdelsen og anvendelsen af modellen været en forudsætning, at den repræsenterer kommunernes arbejdsgange på et overordnet og dermed fælleskommunalt niveau.

Modellen, der fremgår af figur 2, giver et fælles udgangspunkt på trods af lokale variationer og forskellige organiseringer



Figur 2 - Fælleskommunale arbejdsgangsmodel, som illustrerer, hvornår der typisk foretages dokumentation i et kommunalt forebyggelsestilbud.

En mere detaljeret udgave af modellen fremgår af "Bilag 1 – Fælleskommunal arbejdsgangsmodel, SUL §119."

Om klassifikationer

Hvad er en klassifikation?

Klassifikationer er en slags kategorier, som kan anvendes til at bryde store tekster ned i mindre dele. Kategorierne kan hjælpe med strukturere og systematisere teksten fx ved at fungere som deloverskrifter.

Eksempel på struktureret og klassificeret dokumentation

En borgers stamdata er et eksempel på dokumentation, som er struktureret og klassificeret. Her angiver forskellige overskrifter, hvilke oplysninger, der kan dokumenteres i det enkelte felt. Overskrifterne navn, civilstand, køn og cpr-nummer giver klar afgrænsning af hvor medarbejderen skal dokumentere udvalgte oplysninger og informationer om borgeren.

Vedrører udvalgte oplysninger i journalen

FSIII-klassifikationerne til sundhedsfremme og forebyggelse repræsenterer det fælles sprog på udvalgte oplysninger i journalen.

FSIII-klassifikationerne omfatter ikke de øvrige oplysninger, som dokumenteres i de kommunale forebyggelsestilbud efter sundhedslovens §119. Hvad der i øvrigt dokumenteres, og hvordan dette dokumenteres, vil typisk være afhængigt af den enkelte kommunes organisering, herunder anvendelse af faglige metoder og faglige værktøjer. Den enkelte kommunes IT-understøttelse kan ligeledes have indflydelse på, hvordan oplysninger dokumenteres i kommunens IT-systemer.

Hvorfor anvendes klassifikationer?

Fra dokumentation til kommunikation

Anvendelse af klassifikationer i udvalgte dele af journalen skaber mulighederne for en højere grad af systematik i dokumentationen, lokalt og på tværs af kommuner. En mere ensartet dokumentation højner genkendelighed, når dokumentation læses og deles af forskellige medarbejdere. Samtidigt bliver det i højere grad muligt for medarbejdere at genfinde og evt. genanvende relevante oplysninger, de måtte ønske at fremsøge på en given borger.

Sammenlignelige data til kvalitetsudvikling og styring

En anden væsentlig fordel ved at anvende klassifikationer i dokumentationen er, at det giver mulighed for at få indsigt i de kommunale forebyggelsestilbud. Anvendelse af klassifikationer skaber forudsætningerne for lokale og fælleskommunale datatræk, som – sammen med eksisterende data – kan bruges som grundlag for kvalitetsudvikling og styring. Dette kan ske med afsæt i ensartede og sammenlignelige aktivitets- og kvalitetsdata.

Det er forventeligt, at yderligere klassifikationer i de kommende år vil blive udviklet og implementeret. I takt med nye klassifikationer bringes i anvendelse, vil grundlaget for kommunernes fælles arbejde med kvalitetsudvikling og styring af forebyggelsestilbuddene blive styrket yderligere.

Implementering af FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse kan bidrage til:

- Et bedre overblik over borgere der deltager/har deltaget i forløb, på individniveau og på populationsniveau
- At en medarbejders dokumentation – for andre medarbejdere - i højere grad bliver genanvendelige, genkendelige og lettere at genfinde i journalen
- At dokumentationen fremstår med en øget grad af ensartethed, hvorved der skabes et reelt sammenligningsgrundlag
- Bedre ledelses- og kvalitetsinformation om forebyggelsestilbuddene
- At skabe forudsætninger for, at kommunikation på tværs af sektorer kan blive mere ensartet

Klassifikationer påvirker ikke faglige anbefalinger og tilgang

Implementering af FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse ændrer ikke ved den sundhedspædagogiske tilgang samt øvrige anbefalinger i "Sundhedsstyrelsen anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Anvendelse af klassifikationer påvirker i sig selv heller ikke den måde, hvorpå den enkelte kommune gennemfører sine indsatser, herunder den afklarende samtale.

Klassifikationer ændrer dokumentationspraksis

Implementering af FSIII til sundhedsfremme og forebyggelse vil betyde ændringer i forhold til den dokumentation, som foretages i de kommunale forebyggelsestilbud. Nogle kommuner skal begynde at dokumentere i et IT-system, mens de der allerede dokumenterer i et IT-system, fremover skal dokumentere anderledes.

Når klassifikationer anvendes i forbindelse med dokumentation, betyder det helt konkret, at en andel af dokumentationen vil ske ved at vælge (klikke på) kategorier (klassifikationer), fx fra en liste.

Hvordan der konkret dokumenteres på de nye klassifikationer, vil blive uddybet i det følgende.

Introduktion til tilstande og indsatser

KL har sammen med den kommunale arbejdsgruppe udarbejdet *tilstande* og *indsatser* til anvendelse i de kommunale forebyggelsestilbud efter sundhedslovens §119. Tilstande og indsatser er to typer af klassifikationer.

I nedenstående afsnit beskrives hvad tilstande og indsatser er i kontekst af de kommunale forebyggelsestilbud efter sundhedslovens §119, hvorefter de konkrete tilstande og indsatser beskrives.

Når en borger, oftest på baggrund af en henvisning, kommer til en afklarende samtale i kommunens forebyggelsestilbud, er der fokus på borgernes funktionsevne, hverdagsliv med kronisk sygdom, motivation for livsstilsændringer og de ressourcer, der kan bringes i spil.

- 1) Tilstande kan på baggrund af den afklarende samtale anvendes til at dokumentere de områder af borgerens livssituation, hvorpå der igangsættes en indsats.
- 2) Indsatser kan anvendes til at beskrive, hvad kommunen – ud fra samarbejdet med borgeren - eventuelt iværksætter på baggrund af den afklarende samtale.
- 3) Sker der ændringer i borgerens livssituation undervejs i forløbet, kan tilstande anvendes til "opdatere" dokumentationen på udvalgte områder af borgerens livssituation
- 4) Tilstande kan igen anvendes til at beskrive udvalgte områder af borgerens livssituation ved afslutning af forløb og ved eventuel opfølgning.

Hvad beskriver tilstande og indsatser?

Tilstandene er med andre ord et fælles sprog til at beskrive borgerens udgangspunkt samt ændringer i forbindelse med et forløb. Indsatser er et fælles sprog til at beskrive, hvad der har bidraget til ændringerne.

Eksempel på anvendelse af tilstande og indsatser

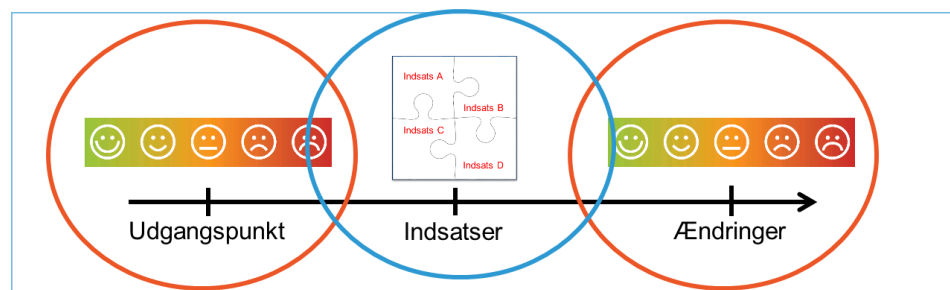
En borger med KOL ytrer til den afklarende samtale motivation for at opnå øget mestring i forhold til sin manglende lyst til at spise flere gange i løbet af dagen, og det deraf følgende vægttab. Medarbejderen vælger at dokumentere på tilstandene *vægt* og *spisemønster*. På hver tilstand giver medarbejderen en kort og præcis beskrivelse i fritekst af, hvordan tilstandene kommer til udtryk i borgerens hverdagsliv.

På baggrund af den afklarende samtale finder borger og medarbejder i samarbejde ud af, at borger skal opstarte på indsatserne: *madlavning i praksis* og *kostvejledning*. Medarbejderen dokumenterer dette ved at vælge de to indsatser fra en liste i kommunens EOJ-system.

Forklaring af tilstande og indsatser

Tilstande repræsenterer de områder af borgerens livssituation, som kommunerne retter deres indsatser mod.

Indsatser er beskrivelser af de aktiviteter, der er indeholdt i de kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Indsatserne er typisk beskrevet på et mere overordnet niveau end lokale indsatser.



En borgers forløb

Tilstande:

- Et fælles sprog om borgerens udgangspunkt.
- Et fælles sprog om ændringer.

Indsatser:

- Et fælles sprog om hvad der har bidraget til ændringer.

Tilstande og indsatser er fælleskommunale

Tilstande og indsatser er fælleskommunale, hvilket betyder, at de er ens på tværs af kommunerne, og derfor muliggør en ensartet og sammenlignelig dokumentation, i udvalgte dele af borgerjournalen.

Der er udarbejdet en række eksempler på, hvordan anvendelsen af tilstande og indsatser kan fungere som beslutningsstøtte i forskellige dele af organisationen og styrke grundlaget for kvalitetsudvikling af de kommunale forebyggelsestilbud. Eksempler på anvendelse fremgår af "Bilag 7 – Eksempler på anvendelse af data".

Fælleskommunale tilstande

Tilstande er databærende. Det betyder, at det er muligt at knytte forskellige typer af dokumentation til en tilstandsklassifikation.

De informationer, der knyttes på en tilstand, er informationer, som ud fra *medarbejderens faglige vurdering*, siger noget om tilstandens konkrete betydning for borgerens livssituation.

| | | | | |
|------------------------------|----------------------|-----------|-------|---------------|
| Tilstands- klassifikation | Tilstandspræcisering | | | Fagligt notat |
| | Niveau | Vurdering | Årsag | |

Figur 3 - Dokumentation der kan knyttes til en tilstand. Modellen er identisk med FSIII-tilstande til hjemmesygeplejen samt FSIII-tilstande til genoptræning. KL anbefaler, at kommunerne anvender Tilstandsklassifikation og Vurdering.

Af ovenstående figur fremgår det, hvilke forskellige typer af dokumentation, det er muligt at knytte på en tilstand.

KL anbefaler, at der ved dokumentation på en tilstand (tilstandsklassifikation) også angives en vurdering, som en del af tilstandspræciseringen.

Der er desuden mulighed for lokalt at angive Niveau, Årsag og Fagligt notat såfremt den enkelte kommune ønsker det.

Nedenfor fremgår beskrivelser af de forskellige typer af dokumentation, som kan knyttes til en tilstand.

Tilstandsklassifikation

Tilstandsklassifikation er tilstandens titel. Der er i alt 20 tilstande grupperet inden for områderne *hverdagsliv*, *kroppen*, *sundhedsadfærd* og *mental sundhed*. Tilstandsklassifikationerne er beskrevet af KL i samarbejde med kommunerne.

Beskrivelserne fremgår af i "Bilag 3 - Fælleskommunale tilstande med beskrivelser, SUL §119".

KL anbefaler, at kommunerne anvender tilstandsklassifikationen.

Niveau

Der er ikke udviklet en fælleskommunal skala til at udtrykke tilstandens niveau. Der er mulighed for lokalt at definere og anvende en skala til dette formål, evt. i samarbejde med andre kommuner.

Vurdering

Vurdering er en beskrivelse af den problematik, som der rettes en indsats mod. Vurdering er en kort og præcis beskrivelse (fritekst) af, hvordan tilstanden kommer til udtryk. Dette kan fx være:

- Symptomer, observationer, kendetegn (fx åndenød)
- Konklusion af resultat af målinger/tests (fx gangfunktion)
- Borgers udsagn (fx motivation relateret til tilstanden)
- Reaktioner/adfærd (fx utryghed)

KL anbefaler, at kommunerne anvender Vurdering, som en del af tilstandspræciseringen.

Årsag

Årsagen til en tilstand kan dokumenteres som fritekst, andre tilstande eller lægeligt stillede diagnoser. Årsagen til tilstanden cirkulation kan fx være T90 diabetes type 2.

Det er en lokal beslutning om kommunen ønsker at angive Årsag som en del af tilstandspræciseringen.

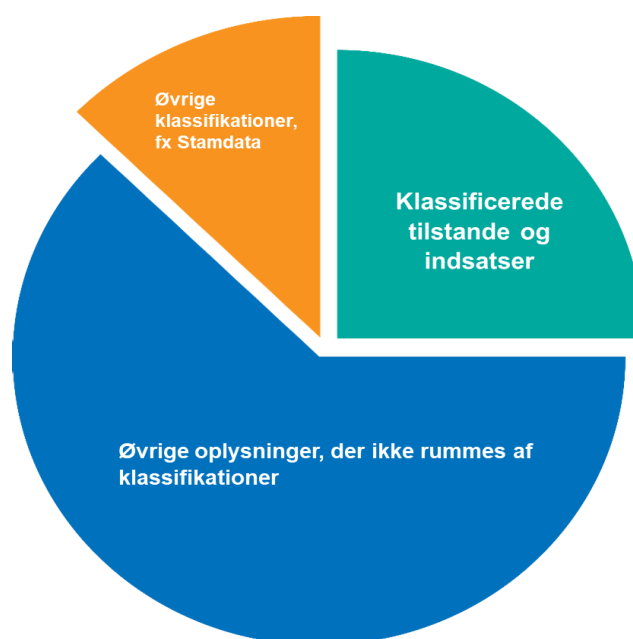
Fagligt notat

Det faglige notat kan anvendes som en uddybning af en borgers tilstande, hvis Vurdering ikke er dækkende. Det faglige notat kan ligeledes benyttes ved behov for status eller opsamling på ændringer i den konkrete tilstand.

Tilstande udgør blot en del af borgerjournalen

En borgerjournal indeholder forskellige typer af informationer (fx kommunikation og dokumentation), og ovenfor fremgår det hvilke informationer, der kan dokumenteres på tilstande. Tilstande repræsenterer alene de områder af borgerens hverdagsliv, som kommunerne retter deres indsatser mod.

Borgerens generelle oplysninger, målsætninger for deltagelse, øvrige observationer og vurderinger samt en eventuel helhedsvurdering udarbejdet ifm. en afklarende samtale skal dokumenteres andet steds i borgerens journal. Hvordan disse dokumenteres, afhænger af den enkelte kommunes dokumentationspraksis samt eventuel IT-understøttelse heraf.



Figur 4 - Illustration af forskellige typer af oplysninger, som kan være en del af en borgerjournal.

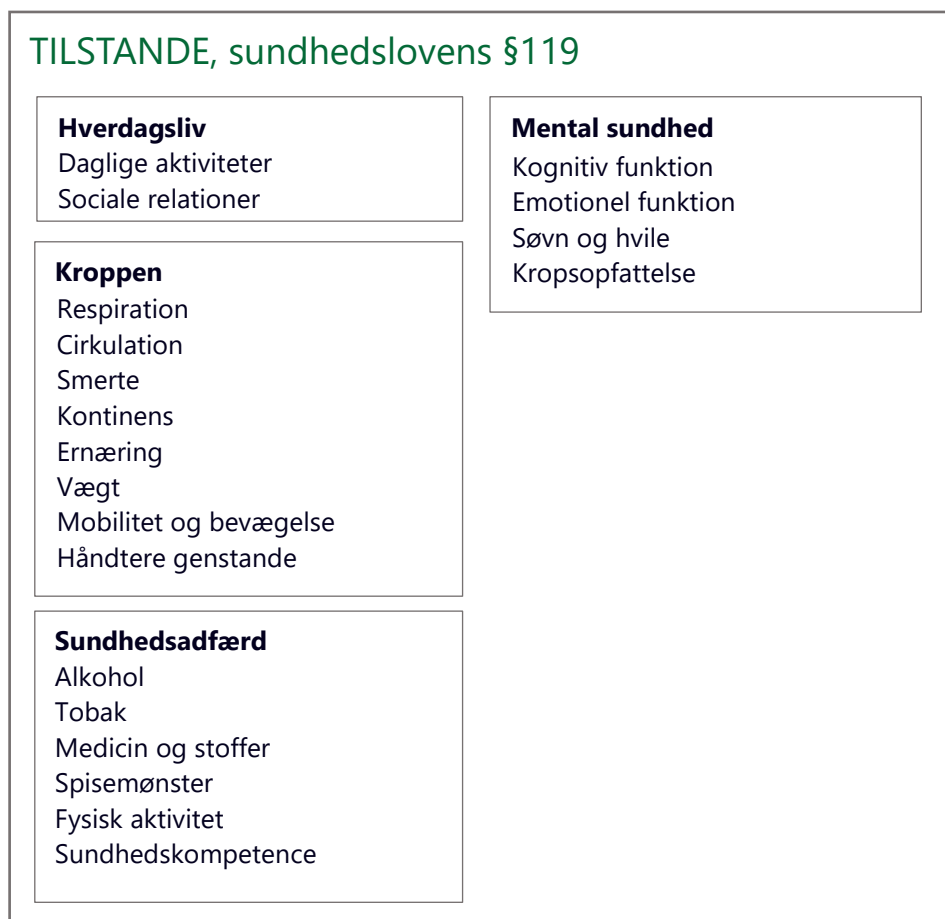
Oversigt – 20 tilstande fordelt på 4 områder

Tilstandene er et fælles sprog for, hvilke typiske områder af borgerens livssituation, der – på tværs af kommunerne – rettes indsatser mod.

Som beskrevet i afsnittet om klassifikationer giver anvendelsen af klassifikationer, herunder tilstande, en række muligheder for at understøtte arbejdsgange samt at skabe sammenhæng på tværs af kommunale indsatser/ytelser leveret efter forskellige paragraffer. Derudover bliver der ved

anvendelse af klassifikationerne også mulighed for at lave datatræk baseret på ensartede og sammenlignelige data – lokalt, fælleskommunalt og nationalt.

Nedenfor vises en oversigt over tilstande udviklet til brug i forbindelse med forebyggelsestilbud efter sundhedslovens §119. Der er i alt 20 tilstande grupperet inden for fire områder.



Figur 5 – Oversigt over fælleskommunale tilstande udviklet til anvendelse i forebyggelsestilbud efter sundhedslovens §119. Mere detaljerede beskrivelser af tilstandene fremgår af bilag 3 og bilag 4.

Særligt om udviklingsprocessen for tilstande

De 20 tilstande er udviklet med afsæt i kommunernes erfaringer med den borgerdialog, som finder sted i forbindelse med den afklarende samtale.

Med andre ord er tilstandene udtryk for de typiske udfordringer, som borgerne har i forhold til livsstil og sygdomsmestring. Det har i den forbindelse været et kriterie, at der til enhver tilstand, også er mindst én indsats,

Tilstande og indsatser er forbundet

som kan bidrage til livsstilsændringer eller øget sygdomsmestring. Ligeledes har det været et kriterie, at der for hver indsats er mindst én relevant tilstand. Tilstande repræsenterer herved de områder af borgerens livssituation, som kommunerne retter deres indsatser mod.

International terminologi, Snomed CT

I arbejdet med at adskille og udvælge specifikke tilstandsbegreber og kvalificere disse, er der anvendt en international terminologi, Snomed CT⁶. I udviklingsarbejdet indgik de eksisterende FSIII-tilstande fra hjemme- og sygeplejen.

Sammenhæng på tvær af paragrafområder

Snomed CT anvendes som referenceterminologi for alle områder i FSIII⁷. Snomed CT skaber muligheden for sammenhæng mellem tilstande, som anvendes på tværs af paragrafområder.

Fælleskommunale indsatser

Der er udarbejdet et fælleskommunalt indsatskatalog, som afspejler indholdet i det kommunale forebyggelsestilbud efter sundhedslovens §119.

Indsatskataloget er udarbejdet med afsæt i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2016) samt en større afdækning af indholdet i de kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom.

Alle kommuner skal ikke tilbyde samtlige indsatser

Indsatserne er fælleskommunale, og det betyder, at de repræsenterer alle 98 kommuners lokale indsatser. Det er ikke ensbetydende med, at alle kommuner skal tilbyde samtlige indsatser.

De fælleskommunale indsatser er typisk formuleret på et overordnet niveau, da indsatsbeskrivelserne skal rumme lokale variationer af, hvad der tilbydes i den enkelte kommune. Fælles for alle indsatser er, at de har til formål at påvirke tilstande hos borgeren.

Indsatskataloget består af to afsnit: *tværgående elementer* og *indsatser*. Tværgående elementer beskriver de væsentligste emner, som kan være gældende for alle indsatser. De tværgående elementer bliver ikke beskrevet i de enkelte indsatser, da de er iboende i alle indsatser.

⁶ SNOMED-CT er en international terminologi, der ejes og drives af IHTSDO bestående af 27 lande (bl.a. Danmark).

⁷ For uddybning se "Introduktion til sammenhæng mellem fælleskommunale tilstande" på www.fs3.nu

De tværgående elementer er beskrevet i det følgende afsnit, og fremgår desuden af Bilag 5 – Fælleskommunalt indsatskatalog, SUL §119.

Det fælles for alle
indsatser

Tværgående elementer

“De kommunale indsatser til borgere med kronisk sygdom efter sundhedslovens §119 er tilbud til borgere, der ønsker livsstilsændring og øget sygdomsmestring, og som er motiveret for at gøre en indsats for at opnå denne ændring.

Centralt for alle indsatser er en sundhedspædagogisk tilgang, og derfor indeholder alle indsatser et sundhedspædagogisk element. Det sundhedspædagogiske sigte betyder, at borgeren og medarbejderen samarbejder om at styrke mestringsevne og opbygge handlekompetencer hos borgeren. Mestringsevne og handlekompetencer opbygges og styrkes med henblik på, at borgeren efter afsluttet indsats selvstændigt kan anvende og fastholde sundhedsfremmende færdigheder i hverdagslivet. De sundhedsfremmende færdigheder bidrager med andre ord til at forbedre eller forebygge fald i funktionsevne hos borgeren.

Den sundhedspædagogiske tilgang bygger på et bredt og positivt sundhedsbegreb, og da målsætningen med indsatserne er, at borgeren skal anvende og fastholde sundhedsfremmende færdigheder efter afsluttet indsats, arbejdes der med sundhed i et hverdagsperspektiv. Dvs., at indsatserne tilrettelægges sammen med borgeren ud fra hensyn til det hverdagsliv borgeren lever, de omgivelser borgeren er en del af, og de relationer borgeren har.

Da alle indsatser indeholder sundhedspædagogiske elementer, vil man under de enkelte indsatser i kataloget ikke finde den sundhedspædagogiske tilgang beskrevet.

Ligeledes vil elementerne netværksdannelse, erfaringsudveksling, brobygning (til foreninger, private aktører og lignende) samt samarbejde med pårørende ikke blive beskrevet i det enkelte indsatser, da disse - når det er relevant - er dækket af at arbejde sundhedspædagogisk og med sundhed i et hverdagsperspektiv.

Det er muligt at læse mere om den sundhedspædagogiske tilgang i "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom", Sundhedsstyrelsen (2016).”

(side 4 i Bilag 5 – Fælleskommunalt indsatskatalog, SUL §119)

Indsatser

Indsatskataloget indeholder 14 indsatser, som tilsammen beskriver indholdet i de kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom efter sundhedslovens §119 på et fælleskommunalt niveau.

| INDSATSER, sundhedslovens §119 |
|--|
| Vejledning og introduktion til fysiske aktiviteter |
| Fysisk træning |
| Færdighedstræning |
| Kostvejledning |
| Diætbehandling |
| Madlavning i praksis |
| Samtale om alkohol |
| Tobaksafvænning |
| Sygdomshåndtering |
| Mental håndtering |
| Afklarende samtale |
| Behovssamtale |
| Afsluttende samtale |
| Opfølgning |

Alle 14 indsatser er beskrevet med de informationer, som fremgår af figur 6.

Informationer der beskriver en indsats

| Indsattitel | Beskrivelse | Formål | Eksempler |
|------------------|---|---|--|
| Indsattens titel | Kort beskrivelse af HVAD indsatsen indeholder | Beskriver det vi gerne vil opnå - HVORFOR | Eksempler på HVORDAN vi opnår formålet. Listen er ikke udtømmende. |

Figur 6 – Informationer der knyttet sig til en indsats. Indsattitel og Beskrivelse vil forventeligt blive brugt, som en del af IT-understøttelse, mens Formål og Eksempler forventes brugt til at understøtte den lokale opsætning og implementering i IT-system.

Indsatskataloget fremgår af "Bilag 5 – Fælleskommunalt indsatskatalog, SUL §119".

Lokal opsætning af fælleskommunale indsatser i IT-system

Når kommunerne implementerer det fælleskommunale indsatskatalog i IT-systemerne, skabes der mulighed for at kommunerne kan sammenligne data med hinanden, på det niveau som de fælleskommunale indsatser er beskrevet på.

I nogle kommuner kan der være behov for en yderligere detaljering end de fælleskommunale indsatser giver mulighed for. I sådanne tilfælde er det muligt at udarbejde og beskrive lokale og mere detaljerede indsatser så længe, at de i IT-systemet kobles til de fælleskommunale indsatser⁸.

Muligheden for sammenligning og fælles kvalitetsudvikling med andre kommuner bliver først muligt, når de fælleskommunale indsatser er implementeret i kommunens IT-system. Dette gøres ved, at den enkelte kommune - i samarbejde leverandør af IT-system - kobler lokale tilbud og eventuelt mere detaljerede indsatser til de fælleskommunale indsatser. Opgaven er beskrevet i "Bilag 6 – Lokal opsætning af indsatser i IT-system".

⁸ Indsatser/ydelser i FSIII er struktureret efter: niveau 1: paragraf, niveau 2: fælleskommunale indsatser, niveau 3: lokale indsatser (valgfri).

BILAGSOVERSIGT

- Bilag 1: Fælleskommunal arbejdsgangsmodel, SUL §119
- Bilag 2: Oversigt - tilstande og indsatser, SUL §119
- Bilag 3: Fælleskommunale tilstande med beskrivelser, SUL §119
- Bilag 4: Fælleskommunale tilstande med uddybende beskrivelser, SUL §119
- Bilag 5: Fælleskommunalt indsatskatalog, SUL §119
- Bilag 6: Lokal opsætning af indsatser i IT-system
- Bilag 7: Eksempler på anvendelse af data
- Bilag 8: Præsentation fra informationsmøder i 2019