

# Foranalyse om udviklingen af et fælles sprog på socialområdet.

KL – Kommunernes Landsforening

14. september 2007

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Sammenfatning og anbefalinger .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Indledning .....</b>	<b>11</b>
2.1. Baggrund .....	11
2.2. Kommissorium .....	12
2.3. Foranalysens forløb og tilrettelæggelse .....	14
2.4. Foranalysens fokus og afgrænsning .....	15
2.5. Metode, analyseramme og vurderingskriterier for terminologi.....	16
2.6. Læsevejledning.....	22
<b>3. Kortlægning .....</b>	<b>23</b>
3.1. Afgrænsning af målgrupper og sagsområder.....	23
3.2. Oversigt over anvendte terminologier på socialområdet .....	27
3.3. Generisk sagsbehandlingsproces .....	28
3.4. Kortlægning af ydelser inden for voksenhandicap- og udsatte voksne- områderne .....	34
3.5. Særlige udfordringer i og krav til sagsbehandlingsprocesser .....	39
3.6. Status på it-understøttelsen af det sociale område.....	43
<b>4. Analyse af udvalgte terminologier .....</b>	<b>47</b>
4.1. Fælles Sprog II .....	48
4.2. Funktionsevneметоден.....	60
4.3. Indstillingsskema og funktionsvurdering .....	69
4.4. Funktionsudredningsметоден.....	75
4.5. Tilbudsportalen.....	82
4.6. Opsummering af analyse af terminologier .....	88
Bilag 1A: Begreber i FSII .....	90
Bilag 1B: Begreber i FEM.....	97
Bilag 1C: Begreber i Indstillingsskema og funktionsvurdering .....	99
Bilag 1D: Begreber i Funktionsudredningsметоден .....	101
Bilag 1E: Begreber i Tilbudsportalen.....	103

## 1. Sammenfatning og anbefalinger

Deloitte Business Consulting A/S (Deloitte) har på foranledning af Kommunernes Landsforening (KL) i perioden april-august 2007 gennemført en foranalyse om mulighederne for at udvikle et fælles sprog på det sociale område.

Foranalysen er gennemført i nært samarbejde med en reference-gruppe bestående af repræsentanter fra KL, Socialministeriet, Dansk Socialrådgiverforening og udvalgte kommuner. Gentofte Kommune, Ballerup Kommune, Århus Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune har deltaget som projektkommuner. Desuden er der blevet afholdt møder med centrale aktører, herunder møder med it-leverandører.

Projektets styregruppe har bestået af repræsentanter fra KL og Socialministeriet.

### Formål

Foranalysens formål har været at identificere og/eller pege på videreudvikling af en fælles terminologi (et ”sprog”), der kan danne baggrund for en fælles forståelse på tværs af hele det sociale område, således at fælles it-systemer til understøttelse af kvalitet og ensartethed i sagsbehandlingen kan udvikles og udbredes.

En fælles terminologi er ønskelig af flere årsager:

- 1) En fælles terminologi gør det muligt at kommunikere klart og med mindst mulig risiko for fejl på tværs af faggrænser, hvorved der skabes et grundlag for at danne en sammenhæng på tværs af sagsforløb.
- 2) En fælles terminologi er en forudsætning for it-understøttelse.
- 3) En fælles terminologi sikrer, at der dokumenteres på en klar og entydig måde, hvilket medfører, at der skabes bedre mulighed for udtræk af ledelsesinformation, herunder opfølgning på for eksempel problemer, afgørelser og tilbud.

I samarbejde med referencegruppen og styregruppen er foranalysen fokuseret på at behandle voksenhandicap og udsatte voksneområderne samt udvalgte ydelser på disse områder.

Foranalysen fokuserer på sprog i form af terminologi, det vil sige *samlinger af ord og udtryk som er specielt betydningsfulde inden for et fagområde.*

### **Behov for en fælles terminologi på socialområdet**

På baggrund af drøftelser med repræsentanter fra projektkommuner og referencegruppen udtrykkes følgende behov, som en terminologi bør imødekomme:

- Behov for en fælles terminologi mellem myndighed og leverandør: Sproget skal sikre, at myndighed, borger og leverandør forstår det samme. Ligeledes er der behov for en bedre systematik i opfølgningen, således at både myndighed, borger og leverandør ved, hvad der præcis skal følges op på.
- Behov for en fælles terminologi i kommunen, såvel internt i en afdeling som på tværs af afdelinger og mellem faggrupper. Sproget skal danne grundlag for at træffe gode afgørelser samt sikre at data kan genbruges.
- Behov for en detaljeringsgrad som muliggør en tilstrækkelig udredning af borgerens funktionsevne og behov. Dette sikrer, at borgeren visiteres til de rette ydelser og tilbud.
- Behov for en mere systematisk understøttelse af sagsbehandlingsprocessen.
- Behov for at terminologien dækker målgruppen og de relevante funktionsområder.
- Behov for it-understøttelse og understøttelse af ledelsesinformation.

### **Kortlægning af afgørelsestyper og ydelser, der bør understøttes ved en fælles terminologi**

Generelt er afgørelsestyperne og ydelserne på det sociale område kendetegnet ved at være komplekse i den forstand, at der i et forløb typisk er mange samarbejdspartnere involverede, og forskellige hjælpeforanstaltninger, der skal koordineres. Desuden består kompleksiteten i, at nogle borgere har flere diagnoser på én gang, hvilket gør, at borgeren skal tildeles hjælp fra forskellige instanser og sektorer, som typisk benytter sig af forskellige metoder og terminologi. Endelig har det stor betydning for forløbet, i hvor høj grad borgeren selv kan indgå i forløbet. Borgere, der har svært ved at kommunikere (fx udviklingshæmmede), eller som ikke vil erkende deres situation og deres behov (fx sindslidende eller misbrugere), øger kompleksiteten i sagsbehandlingsprocessen, da det er sværere at belyse borgerens behov og vurdere borgerens funktionsevne.

Den gennemførte kortlægning har identificeret en række ydelser, der med fordel kan fokuseres på med henblik på understøttelse med en fælles terminologi. Ydelserne er udvalgt i samarbejde med projektkommuner og referencegruppe ud fra en samlet vurdering baseret på volumen, kompleksitet og administrative omkostninger.

Ydelser	
Voksenhandicap	Udsatte voksne
<b>Dækning af nødvendige merudgifter</b>	<b>Botilbud:</b> længerevarende og midlertidige ophold
<b>Dagtilbud:</b> beskyttet beskæftigelse (skånejob) og aktivitets- og samværstilbud	<b>Behandlingstilbud</b>
<b>Hjælpeordninger</b>	<b>Bostøtte og støtte-/kontaktpersonordning</b>
<b>Botilbud:</b> længerevarende ophold og midlertidige ophold/aflastning	<b>Dagtilbud:</b> beskyttet beskæftigelse, skånejob, værested, aktiviteter mv.
<b>Bostøtte/hjemmevejleder</b>	

### Anvendte terminologier på socialområdet

Anvendelse af egentlige terminologier på voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne er begrænset.

*Fælles Sprog II (FSII)* er både en metode og en terminologi. Den anvendes primært på ældreområdet og i nogle tilfælde også i forhold til fysisk handicappede med henblik på tildeling af praktisk og personlig hjælp samt træning og sygepleje.

*Tilbudsportalen* er en landsdækkende portal, der er understøttet af en tværgående terminologi. Den kan anvendes af alle aktører på det sociale område til at oprette eller søge efter tilbud.

Dertil kommer en række metoder, som er relativt udbredte, og som implicit benytter en terminologi.

Anvendelsen af *Funktionsevne metoden (FEM)* er lovpligtig i forhold til vurdering af en borger, som søger dækning af nødvendige merudgifter som følge af en funktionsnedsættelse. FEM anvendes i nogle tilfælde også i forhold til udredning af borger med henblik på tildeling af andre ydelser på handicap- og misbrugsområdet.

Diverse *indstillingsskemaer* og funktionsvurderingsskemaer med tilsvarende indhold anvendes i de fleste kommuner i forhold til handicappede og udsatte.

Ringkøbing-Skjern Kommune har i samarbejde med ISU (Institut for Serviceudvikling) udviklet deres egen *Funktionsudredningsmetode* i forhold til at dække voksenhandicap- og psykiatriområdet.

Hertil kommer mere specialiserede metoder, som for eksempel Camberwell Assessment of Need (CAN)-metoden, der blandt andet anvendes på psykiatriområdet, og Addiction Severity Index (ASI), som i nogle tilfælde bruges på misbrugsområdet.

Foranalysen har analyseret FSII, FEM, Tilbudsportalen, indstillingsskemaet (funktionsvurderingen) og Funktionsudredningsmetoden med henblik på at vurdere egnetheden og mulighederne for understøttelse af voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne.

## Vurdering af egnetheden af terminologier, herunder Fælles Sprog II

Ingen af de analyserede terminologier dækker målgruppe og funktionsområde fuldt ud. Tilsammen dækker terminologierne et udsnit af funktionsområderne på henholdsvis voksenhandicap- og voksne udsatte-området, specielt hvad angår fysiske aktiviteter og funktioner. Ligeledes dækkes sagsbehandlingsprocessen i nogen grad. På centrale områder er der dog huller. For eksempel er der ingen af terminologierne, der dækker det socialpædagogiske område, og der er som minimum behov for at supplere med yderligere termer i forhold til sindslidende og psykisk handicappede.

Ingen af terminologierne har en særlig høj detaljeringsgrad. Alle terminologierne har færre end 250 begreber og relativt få detaljeringsniveauer. Manglende detaljering kan være udtryk for manglende præcision i sproget og begrænsede muligheder for nuancer.

Tre af terminologierne – FEM, Funktionsudredningsmetoden og Indstillingsskemaerne – er ikke oprindeligt designet som terminologier, men som metoder til brug for funktionsvurdering med mere. Disse tre terminologier har alvorlige terminologiske mangler, som for eksempel manglende definitioner af begreber, inkonsistent strukturel opbygning, overlappende begreber etc.

FSII og Tilbudsportalen er udviklet som terminologier, og derfor er de terminologiske mangler også færre. Specielt Tilbudsportalen er væsentlig at fremhæve, idet den terminologisk er udviklet efter ISO's best practice principper. FSII er ikke helt konsistent som terminologi og har, specielt i forhold til strukturel opbygning, mangler.

### Eksisterende it-understøttelse

Der er begrænset udbredelsen af it-systemer, som målrettet understøtter de behov, der knytter sig til den faglige sagsbehandling på voksne handicap og udsatte. Omsorgssystemerne (EOJ), som har stor udbredelse på ældreområdet, er begrebsmæssigt baseret på variationer af Fælles Sprog og Fælles Sprog II.

Leverandørerne af sociale tilbud, specielt botilbud, har i nogen grad understøttet deres arbejdsgange med socialfaglige it-systemer, fx Bosted og NeoEKJ. Der mangler dog en klar it-mæssig kobling mellem myndighedens og leverandørernes systemer, således at informationer mellem myndighed og leverandør kan udveksles elektronisk.

De systemleverandører, som har indgået i foranalysen, mener, at der er et stort behov for en fælles terminologi for det sociale område. Fraværet af en fælles terminologi medfører en risiko for proprietære terminologier, som vil vanskeliggøre dataudveksling.

Endvidere anser systemleverandørerne det for vigtigt, at der udmeldes en plan for implementering af fælles terminologi. Erfaringerne fra overgangen mellem Fælles Sprog og Fælles Sprog II viser, at der reelt var behov for en revisitation af alle borgere, da det ikke var muligt at lave en direkte konvertering og da dette samtidig medførte et databrud. Endelig melder systemleverandørerne om stor interesse fra kommuner i forhold til udvikling af moduler til voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne.

Systemleverandørerne udtrykker behov for at få udmeldinger om eventuelle fremadrettede centrale tiltag. Det anses for centralt at blive informeret omkring planer for udvikling af sprog, herunder fokusområder og kadence. Endvidere anses det for nyttigt, hvis der centralt defineres en referencemodel og angives, hvilke snitfalder systemer på det sociale område bør understøtte, samt ud fra hvilke principper en terminologi skal opbygges. Omvendt mener systemleverandørerne, at man skal være varsom med detaljerede kravspecifikationer, idet sådanne kan stille hindringer for effektiv udvikling af systemunderstøttelse.

### **Konklusion og anbefalinger**

Foranalysen viser, at der både i kommunerne og blandt systemleverandørerne udtrykkes et behov for en fælles terminologi for det sociale område. Behovet synes specielt udtalt i forbindelse med kommunikation mellem myndighed og leverandør, og i forbindelse med intern kommunikation hos myndigheden. Endvidere er der identificeret en række ydelser med højt potentiale for digitalisering, herunder botilbud, dagtilbud, bostøtte og merudgifter.

For hurtigt at opnå mærkbare effekter, bør der fremadrettet tages udgangspunkt i disse områder.

Foranalysen har identificeret fem sprog, som benyttes bredt på det sociale område. Foranalysen konkluderer på baggrund af en overordnet analyse, at ingen af de fem sprog dækker hele det sociale område eller alle sagsprocesser. Samtidigt er der identificeret væsentlige terminologiske mangler ved de fem sprog. Vurderet ud fra dækningsgrad og overordnede terminologiske egenskaber egner Tilbudsportalen og Fælles Sprog II sig bedst til videreudvikling.

Dermed ikke sagt, at der ikke er elementer i de øvrige terminologier, som kan bruges fremadrettet til at understøtte voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne. Terminologierne er eksempler på det fagsprog, der i praksis kommunikerer mellem fagpersoner på området, og er derfor meget centrale fremadrettet, hvis man skal sikre, at en fælles terminologi for hele det sociale område bliver accepteret af fagpersoner.

Fremadrettet vil der dog være behov for et egentligt terminologisk arbejde for at uddrage og definere netop de begreber, der vil kunne bruges til at dække voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne.

Samtidigt er det en vigtig pointe, at systemleverandørerne på nuværende tidspunkt modtager henvendelser omkring understøttelse af voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne.

### **Udviklingsvej**

Det fremadrettede arbejde med udvikling af fælles terminologi kan gribes an på forskellige måder med hver deres fordele og ulemper. Derfor er det nødvendigt at tage stilling til, hvilke centrale målsætninger man vil opnå.

For at sikre en god implementering i kommunerne, bør udviklingen af terminologi for det sociale område tænkes nært sammen med tankerne om digitalisering i øvrigt.

### **Udvikling af én fælles terminologi eller flere separate terminologier**

Det er retningsgivende for en succesfuld udvikling af et begrebsapparat, at løsningerne skal være opnåelige og operationaliserbare. Derfor er det vigtigt, at man ikke som udgangspunkt vil lave en løsning, der løser alle problemer på en gang, men i stedet vælger en pragmatisk løsning, hvor problemerne fjernes et for et.

Det virker umiddelbart tiltalende at foretage en afgrænsning via område, men det er ikke nødvendigvis ønskeligt, idet man risikerer at bevare og forstærke siloopdelingen af den sociale sektor. Det kan i dagligdagen være praktisk at skelne mellem områder, men det giver problemer, når man skal udvikle terminologier, da skillelinjerne ikke er entydige. Hvor hører hjemløse handicappede ældre for eksempel til? Alligevel kan det være nødvendigt at forholde sig pragmatisk til denne problemstilling for at gøre opgaven overkommelig og dermed vælge at igangsætte udviklingen på udvalgte områder under hensyntagen til den større sammenhæng.

Med hensyn til terminologi anbefales det, at man som udgangspunkt skitserer en overordnet struktur for en fælles terminologi for det sociale område, for eksempel i relation til fagområder, samt ud fra hvilke principper en fælles terminologi vil blive udviklet, for eksempel multiaksialt (polyhierarkisk), detaljeringsgrad, frihedsgrader etc.

### **Udgangspunkt i det eksisterende**

Der er som nævnt ingen terminologi, som selvstændigt kan danne grundlag for en fælles terminologi for det sociale område. Desuden er der i de analyserede terminologier væsentlige terminologiske udfordringer. Trods de nævnte begrænsninger, er det Deloitte's vurde-

ring, at der er et fornuftigt udgangspunkt for en udvikling af terminologier på området, og at væsentlige dele af de terminologiske udfordringer vil kunne løses igennem et målrettet terminologisk arbejde, herunder udvikling af en ny strukturel ramme. En fælles strukturel ramme vil dels kunne bruges til at identificere konkrete behov for terminologi, dels til at sikre en lettere koordinering og udvikling, uanset om man vælger at udvikle én fælles terminologi eller flere separate terminologier.

Begreberne i terminologierne, herunder specielt FSII og Tilbudsportalen, er relativt velkendte og accepterede af fagfolk, hvorfor det er relevant at tage udgangspunkt i begreber herfra i forhold til det fremadrettede arbejde. Udgangspunkt i det eksisterende sikrer, at væsentlige dele af en fælles terminologi vil være velkendte for fagpersonerne samtidigt med, at det potentielt vil kunne øge hastigheden af udviklingen.

### **Udvælgelse af primært mål**

Terminologiudvikling kan foretages med flere forskellige mål for øje. Oftest vokser udviklingen af terminologi ud af faglige behov og fokuseres dermed på emner som kommunikation mellem fagpersoner og faglig dokumentation. En af styrkerne ved en faglig terminologi er, at den naturligt indgår i fagpersonernes arbejde og dermed rodfæstes.

Ledelsesmæssigt efterlyses der på det sociale område generelt bedre ledelsesinformation. Erfaringer med terminologier, der har deres udspring i ønsket om ledelsesinformation, viser en tendens til, at begreberne virker fremmede og irrelevante for fagpersonerne. Idet en væsentlig del af ledelsesinformationen fødes af fagpersoner er dette uheldigt, da det kan have væsentlige negative virkninger på datakvaliteten.

Det er Deloitte's anbefaling, at der i det fremadrettede arbejde fokuseres på udviklingen af terminologi, der primært har et fagligt sigte. Sekundært kan man skele til andre behov, som for eksempel ledelsesinformation.

Fokus på faglige behov fordrer en proces, hvor fagpersoner, som fx social rådgivere og ergoterapeuter, inddrages væsentligt i udviklingen. Endvidere bør der skeles til erfaringer med terminologiudvikling på andre områder, som for eksempel sundhedsområdet, hvor der sker en intensiv afprøvning før implementering af terminologi. Dette vil medvirke til at sikre en høj kvalitet og forankring af terminologien.

### **Anbefalinger til 'næste skridt'**

Det er Deloitte's vurdering, at der på kort sigt er behov for en central udmelding, der konkret angiver, hvilke tiltag der planlægges

fremadrettet. Udmeldingen skal tjene til, at systemleverandører og kommuner, der er ved at udvikle eksisterende og nye it-moduler til socialområdet, er informeret om, at der pågår et arbejde, som potentielt har betydning for den fremtidige systemunderstøttelse.

Samtidigt bør der påbegyndes et arbejde med udvikling af en overordnet køreplan for initiativer, både i forhold til udvikling af terminologi og i forhold til øvrig it-understøttelse, for eksempel udvikling af en fælles referencemodel for det sociale område. Køreplanen bør i overordnede træk angive, hvilke initiativer man forventer påbegyndt, og hvornår disse forventes færdiggjort og implementeret. Planen bør endvidere på et generelt plan angive de forventede behov for procesunderstøttelse og ønskede sammenhænge til andre områder, som for eksempel beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet. Det bør tydeliggøres, at planen kan ændres efter behov, men i så tilfælde bør væsentlige ændringer kommunikeres bredt ud og på et tidligt tidspunkt. En vigtig pointe er endvidere, at en køreplan ikke bør ændres vilkårligt, men følge en fast tidsplan, således at kommuner og systemleverandører ved, hvad de har af rammer inden for en given tidsperiode.

For at sikre, at it-understøttelsen ikke kun understøtter det, der udvikles på det sociale område, men også de ting, der allerede er udviklet, og vil blive udviklet, på relaterede områder, bør projektet følge retningslinjerne fra IT- og Telestyrelsens hvidbog og OIOXML.

En køreplan er vital for systemleverandørernes og kommunernes fremadrettet planlægning. Derfor bør arbejdet med at udarbejde en køreplan påbegyndes snarest med henblik på færdiggørelse ultimo 2007.

## 2. Indledning

Deloitte Business Consulting A/S (Deloitte) har på foranledning af Kommunernes Landsforening (KL) i perioden april-september 2007 gennemført en foranalyse om mulighederne for at udvikle et fælles sprog på socialområdet.

Foranalysen er nu afsluttet, og resultaterne foreligger i form af nærværende rapport.

I det følgende redegøres indledningsvis for baggrund og kommissorium for foranalysen samt for projektets tilrettelæggelse, fokus, metode og analyseramme.

### 2.1. Baggrund

For at tage hånd om de mange udfordringer på socialområdet er der fra kommunernes og KL's side udtrykt ønske om, at kommunerne nu og i fremtiden får bedre redskaber til at styre og prioritere ressourcer samt kvalitetssikre indsatsen. En forudsætning for dette er en konsistent og stringent sprogbrug internt på socialområdet og på tværs af relevante sektorer.

Set i lyset af den øgede digitalisering vil en fælles terminologi være en central forudsætning for en udbredelse af fælles systemer til understøttelse af kvalitet og ensartethed i sagsbehandlingen, herunder muligheden for udtræk af data til ledelsesinformation. Anvendelsen af fælles begreber er et væsentligt element i en sammenhængende it-arkitektur<sup>1</sup>.

Foranalysen er et af flere igangværende initiativer, herunder blandt andet DUBU-projektet, som tilsammen søger at danne et solidt grundlag for et fremtidigt digitaliseringsarbejde på det sociale område.

#### **Hvorfor er et fælles sprog vigtigt?**

Et fælles sprog bygget på standardiserede begrebsapparater i form af terminologier og klassifikationer er en forudsætning for nem og ensartet kommunikation. Når læger taler om colon cancer, ved alle læger, at man taler om kræft i tyktarmen, og alle håndværkere ved, hvilket værktøj en torx 6pz kræver.

Standardiserede begreber er meget anvendte inden for sundhedsområdet og de fleste tekniske områder, mens de i nogen grad er

---

<sup>1</sup> Jævnfør *Af rapportering fra arbejdsgruppen om handicap/udsatte voksne*.

fraværende på det sociale område. Dette gælder både i Danmark og internationalt.

På det sociale område eksisterer der en lang række faglige og praktiske metoder som for eksempel Funktionsevnetoden, Fælles Sprog I og II og diverse indstillingsskemaer. Men sammenhængen mellem disse er uklar, og kun meget få af disse metoder gør brug af egentligt standardiserede begreber. Dette medfører ud over en stor risiko for fejl, at en ellers stor dokumentationsindsats ikke har nogen fremadrettet funktion, idet det ikke er muligt at undersøge årsagssammenhænge eller tilvejebringe ledelsesinformation.

#### Hvad er en terminologi?

En terminologi er et system af termer, dvs. en samling af ord og udtryk, som er specielt betydningsfulde inden for et område (fx medicin).

Et eksempel på en terminologi er ICD (International Classification Diseases), som indeholder en ordnet samling af sygdomme.

Et synonym for terminologi er sprog.

Der er derfor brug for at udvikle en fælles terminologi og sprogbrug, der kan understøtte og kvalificere sagsbehandlingen på det sociale område, herunder udredning af borgernes funktionsevne og dermed behov for støtte, dokumentation af afgørelser, bestilling til leverandør og opfølgning på indsats.

Et fælles sprog vil understøtte en bedre kommunikation og koordination mellem dels myndighed og leverandør, dels internt i en kommune og på tværs af kommunens afdelinger og forvaltninger.

Et fælles sprog skal tage højde for den meget brede målgruppe (fysisk handicappede, udviklingshæmmede, sindslidende, autister, senhjerneskadede, blinde, døve, misbrugere, hjemløse, ældre, udsatte børn og unge mv.), der er tale om på socialområdet. Samtidig skal det i praksis være enkelt at administrere sagsbehandlingen og ikke medføre merarbejde.

## 2.2. Kommissorium

KL har bedt Deloitte om at gennemføre en foranalyse med henblik på at sikre et solidt fundament for it-understøttelse af sagsbehandlingsprocesserne inden for de sociale områder voksenhandicap og udsatte voksne, herunder sindslidende og misbrugere.

Det overordnede formål lyder:

*At identificere og/eller videreudvikle en fælles terminologi (et "sprog"), der kan danne baggrund for en fælles forståelse på tværs af hele det sociale område, således at fælles it-systemer til understøttelse af kvalitet og ensartethed i sagsbehandlingen kan udvikles og udbredes.*

Foranalysen vil komme med anbefalinger til det videre arbejde omkring udviklingen af et fælles sagsstyringsredskab. Som led heri skal der blandt andet ske:

- Kortlægning af, hvilke afgørelsestyper og ydelser på det sociale område som bør understøttes af et fælles sprog.

- Kortlægning af fordele og ulemper ved en videreudvikling af Fælles Sprog II på ældreområdet i forhold til andre målgrupper.
- Vurdering af egnetheden af en række andre eksisterende terminologier (sprog), eventuelt i en videreudviklet form.

Foranalysen munder ud i en række anbefalinger omkring, hvilke afgørelsestyper og ydelser der bedst understøttes af et fælles sprog, samt en vurdering af egnetheden af udvalgte eksisterende sprog i forhold til at understøtte sagsbehandlingsprocessen på områderne voksenhandicap og udsatte voksne, herunder sindslidende og misbrugere.

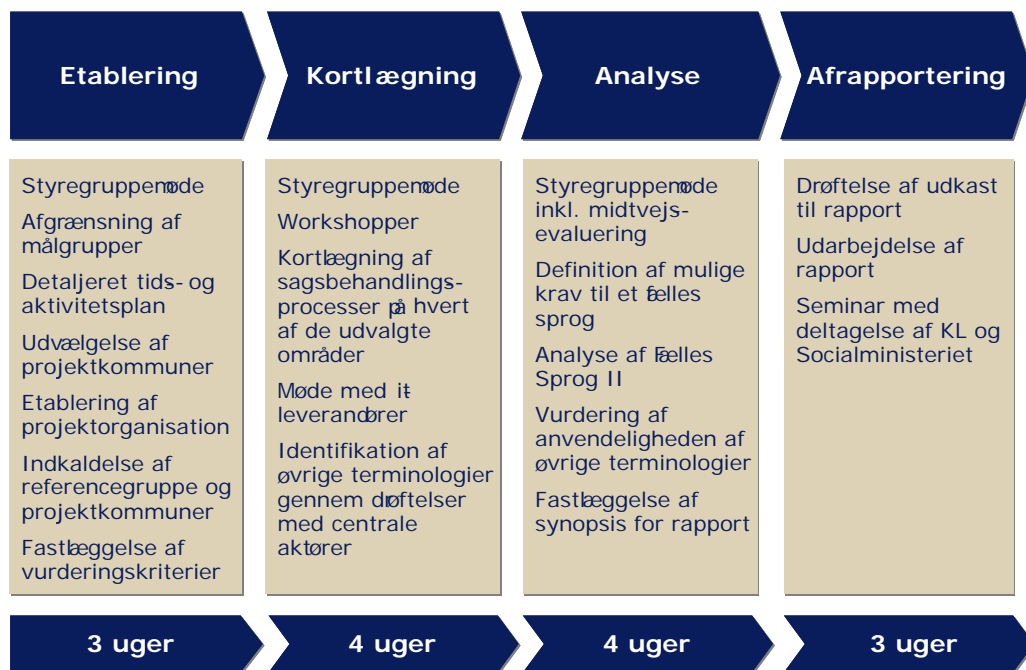
Konkret vil foranalysen besvare følgende spørgsmål:

- Hvilke terminologier bruges på socialområdet i dag? Kortlægningen vil bygge på drøftelser med centrale aktører på de to sagsområder handicappede voksne og udsatte voksne, herunder sindslidende og misbrugere. Ud fra kortlægningen udvælges fem terminologier, inklusive FSII til videre analyse.
- Hvilke krav bør stilles til en fælles terminologi på socialområdet? Analyse og anbefalinger vil bygge på en kortlægning af afgørelser og sagsbehandling på de to sagsområder. Desuden vil der blive opstillet en række vurderingskriterier, som en terminologi skal opfylde for at være konsistent og anvendelig, ikke mindst i forhold til it-understøttelse.
- I hvilken grad lever de udvalgte terminologier op til de krav og vurderingskriterier, der bør stilles til en fælles terminologi på socialområdet? Konklusionerne vil bygge på en analyse af de udvalgte terminologier set i forhold til den ovenfor beskrevne kortlægning.
- Hvad bør gøres på områder, hvor terminologierne eventuelt ikke opfylder de krav, der bør stilles til en fælles terminologi på socialområdet? Foranalysen vil blandt andet tage stilling til, om der bør ske en videreudvikling af en eller flere terminologier, om der bør etableres en ny terminologi, samt om der er internationale initiativer, som med fordel kan anvendes.
- Hvilke skridt er nødvendige i forhold til et fremtidigt udbud af it-understøttelse? Det vil sige, hvilket fokus skal et egentligt udviklingsprojekt have, og hvilke yderligere informationer er nødvendige, før et udbud kan kravsificeres.

### 2.3. Foranalysens forløb og tilrettelæggelse

Foranalysen blev påbegyndt ultimo april og afsluttet ultimo august 2007 med afrapporteringen af foranalysens resultater til KL.

Nedenstående figur skitserer foranalysens faser og indhold.



#### Projektorganisation

Foranalysen er gennemført med hjælp fra en projektorganisation, som ud over en projektgruppe fra Deloitte består af en styregruppe, referencegruppe og udvalgte projektkommuner.

Styregruppen består ud over Deloitte af repræsentanter fra KL, Socialministeriet og Servicestyrelsen. Styregruppens opgave har været at sikre den overordnede styring af projektet samt koordinering af resultaterne med Socialministeriets igangværende arbejdsgrupper, der arbejder med begrebsudvikling og kortlægning af handicapområdet. Styregruppen er løbende blevet orienteret om projektets forløb og har truffet beslutninger om alle væsentlige forhold med betydning for projektets gennemførelse.

Referencegruppen består ud over Deloitte af repræsentanter fra KL, Socialministeriet, Servicestyrelsen, Dansk Socialrådgiverforening, Københavns Kommune, Gentofte Kommune samt en selvstændig konsulent. Referencegruppen er løbende blevet orienteret om projektet og er blevet inddraget i valg af projektkommuner samt i forhold til erfaringsopsamling, blandt andet vedrørende terminologier og sagsbehandlingsprocesser. Endelig har referencegruppen været med til at understøtte og kvalificere de resultater, projektet er kommet frem til.

De udvalgte projektkommuner er Gentofte Kommune, Ballerup Kommune, Århus Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune. Projektkommunerne har især været inddraget på de workshopper, der er blevet afholdt i forbindelse med foranalysen. På workshopper har kommunerne været repræsenteret af:

- En sagsbehandler fra henholdsvis handicap- og udsatte voksne-området.
- En visitator fra henholdsvis handicap- og udsatte voksne-området.
- En repræsentant fra tilbud (leverandør) fra henholdsvis handicap- og udsatte voksne-området.
- En afdelingschef, som i nogle tilfælde har dækket begge områder.

Der er ligeledes blevet foretaget opfølgende interviews med afdelingscheferne og udvalgte leverandører med henblik på at uddybe væsentlige områder.

## 2.4. Foranalysens fokus og afgrænsning

Der er tale om en foranalyse primært baseret på eksisterende kilder, to workshopper og opfølgende interviews med fire kommuner. Formålet med foranalysen har været at lægge op til og fokusere et fremtidigt projekt og dermed ikke foretage en fuldstændig kortlægning af hverken behov eller terminologier. Analyser, vurderinger og anbefalinger er derfor nødvendigvis foretaget på et relativt overordnet niveau. Det er Deloitte's opfattelse, at foranalysens resultater og anbefalinger er valide og dækkende i forhold til formålet.

Foranalysen skal ses i et digitaliseringsperspektiv. Sigtet er, at den fælles terminologi skal kunne understøtte en samlet digitaliseringsstrategi for det sociale område. Det er derfor vigtigt, at analysen på de udvalgte områder fokuserer på sagsbehandlingsprocessen i stedet for at fokusere på områdespecifikke begreber. Samtidig er det vigtigt, at terminologier og analyse ikke låses til specifikke metoder, idet dette vil hæmme muligheden for it-understøttelse.

Som et led i foranalysen er der foretaget en fokusering af målgrupper samt afgrænsning af ydelsestyper, som foranalysen har skullet belyse.

Foranalysen har efter drøftelser med referencegruppen og styregruppen fokuseret på de målgrupper, som ud fra en volumenmæssig og ressourcemæssig vurdering vejer tungest. Det vil sige de målgrupper, som omfatter flest sager, og som er behæftet med store omkostninger, økonomisk såvel som tidsmæssigt. På ældreområdet er man allerede langt i en digitaliseringsproces, hvorfor det er

skønnet, at potentialet for yderligere digitalisering er begrænset i forhold til det øvrige sociale område. Samtidig pågår der et arbejde med digitalisering på børne- og ungeområdet i form af DUBU-projektet.

På denne baggrund er målgruppen for foranalysen afgrænset til voksenhandicap og udsatte voksne, herunder sindslidende og misbrugere.

I samarbejde med projektkommunerne er der foretaget en overordnet kortlægning og belysning af ydelsestyper i relation til de udvalgte målgrupper, jf. kapital 3 omkring kortlægning af behov.

## 2.5. Metode, analyseramme og vurderingskriterier for terminologi

Foranalysen er baseret på flere forskellige kortlægnings- og dataindsamlingsmetoder for at få en tilstrækkelig nuanceret og dækkende analyse og vurdering af sagsbehandlingsprocesser og eksisterende terminologier på det sociale område, idet det dog bemærkes, at foranalysen er tilrettelagt med et skarpt fokus på udvalgte målgrupper og ydelser inden for det sociale område.

For at strukturere analysen af udvalgte terminologier og vurdere mulighederne for et fælles sprog inden for de udvalgte sagsområder har Deloitte udviklet en analyseramme samt opstillet en række vurderingskriterier.

I det følgende gennemgås kort den benyttede metode samt den af Deloitte opstillede analyseramme og vurderingskriterierne.

### Metode

De benyttede dataindsamlingsmetoder i foranalysen består af:

- Workshoper med projektkommuner med henblik på at kortlægge sagsbehandlingsprocesser og anvendt terminologi på de udvalgte sagsområder. Referat fra hver workshop er udarbejdet og clearet med deltagere.
- Opfølgende telefoninterviews med afdelingsledere fra kommunerne samt udvalgte leverandører med henblik på at udbyde relevante emner fra workshoper.
- Gennemgang af skriftligt materiale, primært vedrørende terminologier i anvendte metoder på de udvalgte sagsområder.
- Møde med it-leverandører vedrørende mulighederne for it-understøttelse af de udvalgte sagsområder.
- Møde med Ringkøbing-Skjern Kommune vedrørende funktionsudredningsmetoden.
- Referencegruppemøder.

Desuden har Deloitte udviklet en analyseramme og opstillet en række vurderingskriterier til at vurdere terminologi med.

### **Analyseramme**

Analyserammen består af fire dimensioner suppleret med en række vurderingskriterier for terminologi:

- 1) Terminologiens dækning af **målgruppe**: fx børn/unge, ældre, handicappede voksne og udsatte voksne (herunder sindslidende og misbrugere). I foranalysen er målgruppen afgrænset til handicappede voksne og udsatte voksne.
- 2) Terminologiens dækning af **funktionsområde**. Det gælder følgende funktioner:
  - Fysiske: Omfatter kroppens funktioner og sanser (syn, hørelse, følesans etc.) samt aktiviteter, som ikke involverer andre, herunder vende sig i sengen, vask af tøj, toiletbesøg etc.
  - Sociale: Omfatter blandt andet færden uden for hjemmet, deltagelse i aktiviteter, som involverer andre, kontakt til venner/familie etc.
  - Psykiske: Omfatter det psykiske (mentale) og intellektuelle, herunder erkendelse af egen situation, angst, depression, evne til indlæring, struktureringsevne etc.
  - Kommunikative: Omfatter det forståelsesmæssige, sproglige, skriftlige etc.
- 3) Terminologiens understøttelse af **sagsbehandlingsprocessens faser**: åbning af sag, oplysning af sag, vurdering af sag, afgørelse, bestilling til leverandør og opfølgning.
- 4) Terminologiens **bredde og dybde**: antal begreber og antal niveauer under hvert begreb (detaljeringsgrad). Begreber omfatter ikke baggrundsoplysninger som for eksempel alder, køn, beskæftigelse etc.

Vurderingen af terminologiernes dækning af målgruppe, funktionsområde og faser i sagsbehandlingsprocessen er baseret på:

- En vurdering af, hvordan terminologien bruges i praksis.
- En vurdering af, hvad terminologien potentielt set kan bruges til inden for rammerne af de begreber, som terminologien består af.

Vurderingen af terminologiernes dækningsgrad er foretaget dels på baggrund af drøftelser med aktører, som har erfaringer med brugen af metodernes terminologi, og dels med udgangspunkt i det skriftlige materiale, der foreligger om metodernes terminologi.

Det skal understreges, at der er tale om en gennemsnitsbetragtning af terminologiernes dækningsgrad og ikke om en kvantitativ beregning af, hvor meget den pågældende terminologi dækker.

Vurderingen af terminologiernes bredde og dybde er baseret på gennemlæsning af terminologierne, herunder optælling af begreber og niveauer.

Ved siden af analyserammen anvendes følgende vurderingskriterier til sammenligning og vurdering af de udvalgte terminologier i forhold til anvendelse på de udvalgte sagsområder.

### Vurderingskriterier for de udvalgte terminologier

Det grundlæggende formål med en fælles terminologi er, at den skal kunne understøtte den daglige arbejdsproces og dokumentation, således at sagsbehandlingen bliver mere effektiv, systematisk og kvalitetssikker. Dette forudsætter en konsistent terminologi, som blandt andet er medvirkende til at sikre høj validitet af data, at data kan genbruges, samt at der kommunikeres i et fælles sprog.

Med udgangspunkt i drøftelser med referencegruppen, Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (1999), ISO og Cimino (1998) er de udvalgte terminologier vurderet ud fra følgende kriterier, der kan være med til at sikre høj validitet af data, genbrug af data samt kommunikation via et fælles sprog.

Vurderingskriterier for terminologi
Terminologien bør være <b>dækkende for fagområdet</b> (eller flere underområder inden for det sociale område) og kunne <b>koordineres med andre sprog</b> .
Terminologien bør kunne <b>dække flere formål</b> (fx oplysning af borgerbehov, dokumentation af problemer, afgørelser og effekter).
Terminologien bør bygges som et <b>polyhierarki</b> (multiaksialt), således at et begreb kan findes under flere hierarkier (fx kan bolignød som følge af alkoholdemens findes både under demens og under alkoholisme).
Terminologien bør bygge på anvendelsen af <b>entydige begreber</b> (som dog godt kan udtrykkes med flere termer, fx en foretrukket term samt synonyme) – den må ikke være flertydig (betyde flere forskellige ting) eller være homonym (ord, som staves eller udtales ens, men som betyder noget forskelligt), fx en "fil". Hvis der findes flere termer for samme begreb, bør man kun vælge én term, som dækker begrebet og de behov, man har (evt. suppleret med synonyme).
Terminologien bør give mulighed for <b>forskellige detaljeringsniveauer</b> (antallet af begreber og niveauer, som kan dække de ønskede behov).
Terminologien bør være <b>accepteret af fagfolk</b> , evt. også internationalt (hvis termen allerede findes, skal man ikke lave en ny, fx "pacemaker" og ikke "hjertestimulator").
Terminologien bør <b>ikke være misvisende</b> (fx er det misvisende at kalde det, som angår kernen i et atom, for "atomenergi" og ikke "kerneenergi").
Terminologien bør være <b>gennemskuelig</b> og letforståelig (for såvel fagmand som lægmand, jf. fx det medicinske område) – fokus på, at borgeren forstår terminologien. Man bør undgå forkortelser, medmindre forkortelsen er mere kendt og accepteret end det

fulde ord (fx "it").

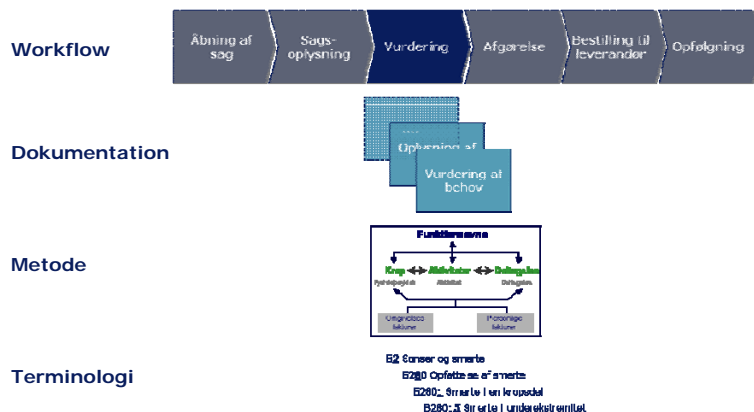
En vigtig pointe er, at det ikke er muligt at tilgodese alle kriterierne på én gang, idet nogle af kriterierne gensidigt udelukker hinanden: fx er "dørhåndtag" præcist, men ikke sprogøkonomisk (som blot ville hedde "håndtag"). Ligeledes kan en fagterm være entydigt defineret, men blive misvisende, hvis termen skal være gennemskuelig for en lægmand. Når man udvikler en terminologi, går udvælgelsesprocessen derfor på at bestemme, hvilke kriterier som giver mest mening at anvende for det pågældende område og de behov, som skal tilgodeses. Kriterierne er på den måde retningsvejledende for dette arbejde.

Det er uden for rammerne af denne foranalyse at foretage egentlige lingvistiske analyser af de gennemgåede sprog. Derfor har det ikke ud fra de opstillede vurderingskriterier været muligt at tage indgående stilling til terminologiens anvendelse af entydige begreber, om terminologien er misvisende, samt om terminologien er gennemskuelig. En egentlig lingvistisk analyse vil være nødvendig, hvis man vælger at videreudvikle et eller flere af de gennemgåede sprog, eller hvis man vælger at bygge et sprog op fra grunden.

I de følgende afsnit beskrives væsentlige begreber og distinktioner, som vil blive benyttet i foranalysen, og som er vigtige at have for øje, når der arbejdes med dette felt. Det drejer sig om begreberne workflow, dokumentation, terminologi, metode, standardiseret begrebsapparat, sagsbehandlingsproces, ydelse og sagsområde/målgruppe.

***Workflow, dokumentation, terminologi og metode***

I foranalysen skelnes der mellem begreberne workflow, dokumentation, terminologi og metode. Nedenstående figur illustrerer sammenhængen mellem de fire centrale begreber.



Workflow er udtryk for de enkelte faser i en (generisk eller standard) sagsbehandlingsproces. Dokumentation er de elementer, der

bør/skal dokumenteres i den enkelte fase. Metode er det redskab, man bruger til at frembringe den nødvendige dokumentation, og terminologi er det "sprog", der dokumenteres i. Alle fire elementer er nødvendige i forhold til den gode sagsbehandlingsproces, men i forhold til it-understøttelse er det primært elementerne workflow, dokumentation og terminologi, der er centrale. Typisk vil der være metodefrihed i forhold til, hvordan dokumentation frembringes, men for at sikre, at processen kan it-understøttes, og at data kan forstås og kommunikeres på tværs af personer, afdelinger og sektorer, er det nødvendigt med en fælles referenceramme i form af fælles opfattelse af, hvordan et workflow generelt ser ud, hvilken dokumentation der bør/skal dokumenteres, og i hvilket sprog der dokumenteres.

I det følgende afsnit redegøres dybere for, hvorfor et fælles sprog bygget på et standardiseret begrebsapparat er vigtigt i forhold til kommunikation, koordination og it-understøttelse af sagsbehandling.

### *Hvad er et standardiseret begrebsapparat?*

Et standardiseret begrebsapparat er en samling af indbyrdes ordnede – ofte hierarkisk – begreber, der er klart og entydigt defineret<sup>2</sup>. Et standardiseret begrebsapparat må ikke forveksles med en metode. En metode er en fremgangsmåde til at løse et problem eller opnå ny viden på (frit efter V. Aubert), mens et standardiseret begrebsapparat er en fortegnelse over begreber. Metoder kan (og bør) således benytte sig af standardiserede begreber, men standardiserede begreber angiver ikke på nogen måde en fremgangsmåde og kan derfor ikke stå alene.

Sygdomsklassifikationen ICD er et eksempel på en klassisk terminologi. Her er sygdomme defineret både i forhold til sig selv og i forhold til hinanden. I nedenstående figur er vist, hvordan ICD er opbygget. Først har man en hovedgruppe (svulster), dernæst en undergruppe (kræft i læbe, mundhule og svælg), endnu en undergruppe (kræft i læbe) og endelig alle de mulige sygdomme knyttet til sidstnævnte undergruppe. Systemet kan virke omstændeligt, men det gør brugerne i stand til at kommunikere klart og med mindst mulig risiko for fejl.

---

<sup>2</sup> Der eksisterer en række forskellige måder at organisere begreber på. Den hierarkiske er den mest udbredte, men i de senere år er multiaksiale standarder blevet mere udbredt, jf. fx SNOMED.

Klassifikation af sygdomme		D
Svulster [DC00-DD48]		
Kræft i læbe, mundhule og svælg [DC00-DC14]		
Kræft i læbe		DC00
↳	Neopl mal labii oris superioris ext	DC000
↳	Neopl mal labii oris inferioris ext	DC001
↳	Neopl mal labii oris ext uden specifikation	DC002
↳	Neopl mal labii oris superioris int	DC003
↳	Neopl mal labii oris inferioris int	DC004
↳	Neopl mal labii oris int uden specifikation	DC005
↳	Neopl mal commissurae labiorum	DC006
↳	Neopl mal labii oris overgribende flere områder	DC008
↳	Neopl mal labii oris uden specifikation	DC009

I tillæg til, at kommunikationen lettes, er standardiserede begrebsapparater også en forudsætning for it-understøttelse. Et er, at der teknisk er en forbindelse, et andet er, at det, der kommunikerer, giver samme mening i begge ender. At det teknisk kan lade sig gøre at tale i telefon mellem Danmark og Kina er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig forudsætning for kommunikation mellem personer i de to lande. Det er også nødvendigt, at man taler samme sprog!

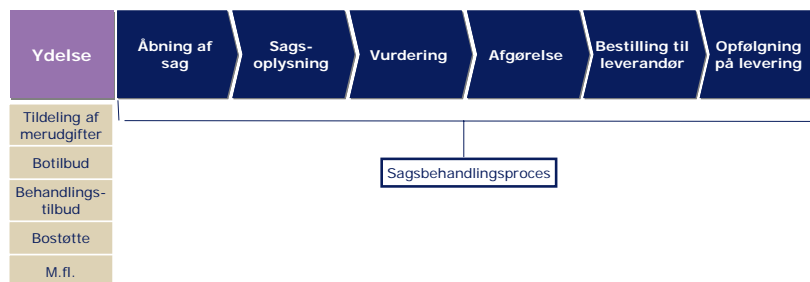
Samtidig er standardiserede begrebsapparater typisk forholdsvis omfangsrige, idet de skal beskrive et givent område i en detaljeringsgrad, der minimerer risikoen for fejlkommunikation. Derfor er it-understøttelse i praksis også en forudsætning for succesfuld implementering af standardiserede begrebsapparater, og derfor skal udviklingen af standardiserede begrebsapparater og it-understøttelse tænkes sammen.

Endelig giver standardiserede begrebsapparater en mulighed for at følge op på dokumentation i en helt anden grad end ved for eksempel journalgennemgang, som forudsætter, at en stor mængde forholdsvis ustruktureret tekst gennemlæses. Ved at kunne dokumentere på en klar og entydig måde skabes bedre mulighed for opfølgning på for eksempel problemer, afgørelser og tilbud. Samtidig skabes et grundlag for at danne en sammenhæng på tværs af sagsforløb.

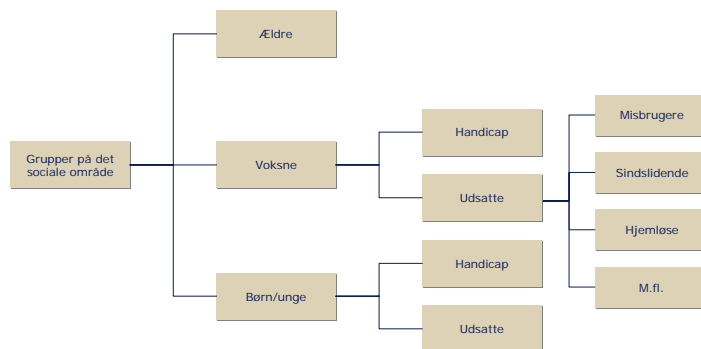
### *Sagsbehandlingsproces, ydelse og sagsområde*

I foranalysen skelnes der mellem begreberne sagsbehandlingsproces, ydelse og sagsområde eller målgruppe.

Nedenstående figur illustrerer sammenhængen mellem ydelse og sagsbehandlingsproces.



Et sagsområde eller målgruppe er det område eller den gruppe, som en ydelse og en sagsbehandlingsproces er rettet mod, fx sagsområdet eller gruppen "ældre", "udsatte børn og unge", "voksenhandicap", "udsatte voksne", som kan have undergrupperne "sindslidende" og "misbrugere" osv. Se illustration.



## 2.6. Læsevejledning

Rapporten er opbygget i følgende hovedafsnit:

- Kapitel 1, der sammenfatter foranalysen samt anbefalingerne.
- Kapitel 2, der introducerer foranalysen og kort redegør for foranalysens baggrund, formål, tilrettelæggelse, fokus, afgrænsning og metode samt analyseramme.
- Kapitel 3, der præsenterer kortlægningen af sagsbehandlingsprocesser, ydelser, anvendte redskaber, it, udfordringer og behov samt anvendt terminologi for sagsområderne voksenhandicap og udsatte voksne, herunder sindslidende og misbrug. Ligeledes gives en status på graden af it-understøttelse på det sociale område.
- Kapitel 4, der præsenterer selve analysen af terminologier ud fra Deloitte's analyseramme og de opstillede vurderingskriterier.

### 3. Kortlægning

I det følgende præsenteres kortlægningen af sagsbehandlingsprocesser, ydelser, anvendte redskaber, it, udfordringer og behov samt anvendt terminologi inden for sagsområderne voksenhandicap og udsatte voksne, herunder sindslidende og misbrug. Kortlægningen er foretaget på baggrund af drøftelser med referencegruppen og andre centrale aktører på det sociale område samt på baggrund af workshopper og interviews med aktører fra de udvalgte projektkommuner.

#### 3.1. Afgrænsning af målgrupper og sagsområder

Efter drøftelse med reference- og styregruppe samt projektkommuner er følgende målgrupper udpeget:

- Voksenhandicap: borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse.
- Udsatte voksne: sindslidende og (stof- og alkohol-) misbrugere. Hjemløse og andre undergrupper er ikke medtaget i foranalysen.

Disse målgrupper kaldes i lovgivningen (Serviceloven § 111, stk. 2.): *Personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller personer med alvorlige sociale problemer.*

Grupperne er valgt ud fra en samlet vurdering af potentiale baseret på volumen, ressourceforbrug samt nuværende digitaliseringsstade og igangværende projekter. Ældreområdet indgår ikke, da det skønnes at være væsentlig længere fremme med digitaliseringen end de øvrige sociale områder, idet der her er etableret it-understøttelse (EOJ-systemer og mobilunderstøttelse heraf), der baserer sig på et fælles begrebsapparat i form af Fælles Sprog I og II. Ligeledes er børn og unge, herunder handicappede børn og unge, fravalgt, idet disse sager håndteres i tilknytning til børnesager og dermed omfattes af DUBU-projektet.

Ud over at voksenhandicap og udsatte voksne fylder meget volumen- og ressourcemæssigt, er målgrupperne ligeledes udvalgt, da begge områder i dag er præget af et fravær af et fælles sprog, som muliggør udtræk af relevante data til ledelsesinformation, koordineret indsats omkring borgerens sagsbehandlingsforløb og en fælles referenceramme at kommunikere ud fra. Endelig er områderne præget af stor kompleksitet, både hvad angår målgrupper og tilbud,

samtidig med at områderne er kendetegnet ved en sporadisk it-understøttelse<sup>3</sup>.

Ifølge Socialministeriet er det ikke muligt at sætte tal på det samlede antal personer med fysisk eller psykisk funktionsevnedssættelse. Dels registreres personer ikke efter en eventuel funktionsevne, og dels er det ikke muligt at sætte en endegyldig definition for, hvornår en person har en funktionsevnedssættelse eller ej. I det hele taget er det vanskeligt at skelne på målgrupper, fordi en borger inden for en målgruppe kan modtage flere forskellige ydelser og/eller være del af forskellige målgrupper.

Der findes dog en række tal for, hvor mange personer som modtager en given social ydelse, det vil sige antallet af tildelte handicapkompenserende ydelser. For eksempel var der i 2006 15.093 indskrevne personer med nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne i længerevarende eller midlertidige botilbud. Det skal bemærkes, at antal tildelte ydelser ikke kan aggregeres til det samlede antal brugere, idet en bruger kan modtage flere ydelser, og dermed kan der være tale om dobbelttællinger. Dertil kommer, at udgifter til for eksempel hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning mv. ikke alene vedrører handicappede, men også i et vist omfang ældre.

De følgende tabeller giver et overblik over, hvor mange borgere der tilhører de forskellige målgrupper, antallet af brugere af diverse ydelser/tilbud samt udgifter i relation til målgrupper og ydelser. Tallene skal dog betragtes med de ovennævnte forbehold in mente.

Nedenstående tabel viser udvalgt statistik vedrørende de samlede offentlige serviceudgifter fordelt på målgrupper.

Gruppe	Antal (2005)	Udgifter (2005)
Ældre	203.261 <sup>1</sup>	30,2 mia. kr.
Handicappede børn og unge	Ukendt	1,7 mia. kr. <sup>2</sup>
Voksenhandicap	Ukendt <sup>3</sup>	19,7 mia. kr.
Udsatte børn og unge	14.074 <sup>4</sup> (2004)	11,3 mia. kr. <sup>5</sup>
Udsatte voksne (herunder sindslidende og misbrugere)	Ukendt	3,6 mia. kr.

**Noter:**

<sup>1</sup> Tallet omfatter antallet af modtagere af varig hjælp ("personlig hjælp og pleje" og "praktisk hjælp").

<sup>2</sup> Tallet omfatter udgifter til dækning af merudgifter og tabt arbejdsfortjeneste ved forsørgelse i hjemmet af handicappede børn.

<sup>3</sup> Det er ikke muligt at sætte tal på det samlede antal personer med fysisk eller psykisk funktionsevnedssættelse. Cirka 31.800 personer modtog i 2005 støtte til dækning af merudgifter, og cirka 15.800 personer modtog dækning for tabt arbejdsfortjeneste. Samlet modtog brutto cirka 47.600 personer således støtte.

<sup>4</sup> Antal børn og unge anbragt uden for eget hjem pr. 31.12.2004. Omfatter familiepleje, døgninstitution og opholdssted (socialpædagogiske opholdssteder, kostskole og lignende, eget værelse, andet og uoplyst).

<sup>5</sup> Tallet omfatter nettodriftsudgifter til særlige foranstaltninger for børn og unge.

<sup>3</sup> Jævnfør *Af rapportering fra arbejdsgruppen om handicap/udsatte voksne*.

Kilder:

<http://www.social.dk/talogsatser/Statistik2007/Samlede%20udgifter.html>, *Afrapportering fra arbejdsgruppen om handicap/udsatte voksne*, Den sociale ressourceælling, Rigspolitiets dødsfaldsregister, Ankestyrelsens årsstatistik og LOKK's årsstatistik.

Nedenstående tabel viser udvalgt statistik vedrørende antal brugere af forskellige ydelser og offentlige nettodriftsudgifter fordelt på ydelser.

Ydelse	Antal (2005)	Udgifter (2005)
Antal beboere på forsorgshjem mv. (§ 110)	7.291	Ukendt
Antal brugere af kvindekrise-centre (§ 109)	1.811	Ukendt
Antal stofmisbrugere i behandling (§ 101)	13.316	0,770 mia. kr.
Antal sindslidende med støtte- og kontaktperson (§ 80)	5.331	Ukendt
Antal brugere af midlertidige botilbud til sindslidende (§ 107)	415	1,728 mia. kr. <sup>1</sup>
Antal brugere af længerevarende botilbud til sindslidende (§ 108)	3.456	
Antal døvblinde med støtte- og kontaktperson (§ 79)	315	Ukendt
Ledsagerordninger for fysisk handicappede	6.956	Ukendt
Hjælpeordning for voksne med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne	1.192	Ukendt
Beskyttet beskæftigelse for voksne med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne	3.794	0,943 mia. kr.
Aktivitets- og samværstilbud for voksne med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne	9.127	1,599 mia. kr.
Socialpædagogisk bistand for udviklingshæmmede	6.174	Ukendt
Socialpædagogisk bistand for fysisk handicappede	1.770	Ukendt
Behandlingsmæssige tilbud for udviklingshæmmede	150	Ukendt
Behandlingsmæssige tilbud for fysisk handicappede	35	Ukendt
Længerevarende botilbud for voksne med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne	7.732	7,873 mia. kr. <sup>2</sup>

Midlertidige botilbud for voksne med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne	6.982	
<p><u>Noter:</u>  <sup>1</sup> Tallet dækker over (både midlertidige og længerevarende) botilbud for sindslidende.  <sup>2</sup> Tallet dækker over (både midlertidige og længerevarende) botilbud for voksne handicappede.</p> <p><u>Kilder:</u>  <a href="http://www.social.dk/talogsatser/Statistik2007/Samlede%20udgifter.html">http://www.social.dk/talogsatser/Statistik2007/Samlede%20udgifter.html</a>,  <a href="http://www.social.dk/talogsatser/Statistik2007/handicappedeogsindslidende.html">http://www.social.dk/talogsatser/Statistik2007/handicappedeogsindslidende.html</a>, Sundhedsstyrelsens stofmisbrugsregister, Den sociale ressourceælling, Rigspolitiets dødsfaldsregister, Ankestyrelsens årsstatistik, LOKK's årsstatistik og Danmarks Statistik.</p>		

Ifølge Socialministeriet udgjorde de samlede udgifter til social service på det sociale område i 2005 cirka 65 mia. kr. Heraf udgjorde de samlede udgifter til handicapområdet 19,7 mia. kr. Inden for udsatte voksne-området udgjorde de samlede udgifter i 2005 3,6 mia. kr. Der er imidlertid ingen præcise tal for antallet af borgere inden for disse grupper. I ovenstående tabel er antallet af brugere af en række tilbud for voksenhandicappede og udsatte voksne angivet. Til sammenligning modtog 203.261 ældre varig hjælp i form af personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp i 2005. De samlede udgifter til ældreområdet udgjorde 30,2 mia. kr. i 2005.<sup>4</sup>

Socialministeriet skønner, at offentlige udgifter i forbindelse med botilbud på handicap- og udsatte voksne-områderne, herunder underliggende opgaver, i 2005 udgjorde cirka 11 mia. kr. Det skønnes tilsvarende, at offentlige udgifter på handicap- og udsatte voksne-området i forbindelse med opgaver, som ikke er knyttet til botilbud, i 2005 udgjorde cirka 12 mia. kr.

Denne fordeling af brugere og udgifter bekræftes af projektkommunerne, som oplever handicapområdet som det største (efter ældreområdet) fulgt af udsatte voksne-området. Ud fra en grov betragtning peger projektkommunerne ligeledes på, at sindslidende og misbrugere udgør 70-80% af de anvendte administrative ressourcer og antallet af sager i kommunerne inden for området udsatte voksne.

Hertil skal det bemærkes, at en borger kan falde inden for flere grupper, fx både sindslidende og misbrug, og dermed have en såkaldt dobbeltdiagnose. Dobeltdiagnosegruppen er i vækst og fylder over 50% på misbrugs- og psykiatriområdet<sup>5</sup>. Der findes ingen eksakte opgørelser af problemets omfang. Dette skyldes, at psykisk sygdom og misbrug behandles i hvert sit system, som har hver sine metoder, med ukoordineret indsats til følge.

<sup>4</sup> Jævnfør *Af rapportering fra arbejdsgruppen om handicap/udsatte voksne*.

<sup>5</sup> Jævnfør [www.godsocialpraksis.dk](http://www.godsocialpraksis.dk).

Endelig skal det bemærkes, at kommunerne med kommunalreformen har overtaget myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på en lang række komplicerede opgaver inden for voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne, som før var delt mellem kommuner og amter.

Med ovenstående in mente giver det derfor god mening at udvikle en fælles terminologi, som kan understøtte voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne, specielt med henblik på it-understøttelse af sagsbehandlingen.

### 3.2. Oversigt over anvendte terminologier på socialområdet

Gennem drøftelser med referencegruppe og styregruppe samt gennemgang af skriftlige kilder er der identificeret en række terminologier, der anvendes på det sociale område.

Det har ikke været et krav, at de identificerede terminologier er designet som en egentlig terminologi, og således heller ikke, at de lever op til mere formelle krav til udformningen af en terminologi. Det har været tilstrækkeligt, at en gruppe af begreber indgår i mere eller mindre struktureret form. En væsentlig del af de identificerede terminologier er således reelt metoder, hvori der indgår betydende begreber. Et eksempel på en sådan metode er Funktionsevne-metoden. Funktionsevne-metoden består af en række spørgsmål struktureret inden for rammen af et antal dimensioner, fx "Din situation nu", "Kommunikation" og "Bolig". Hvert spørgsmål indeholder et betydende begreb, som kan udtrages, for eksempel:

**Pasning af hjem:** Oprydning, rengøring, skifte sengetøj, indretning, lettere reparation (skifte pærer, sætte billeder op) og pasning af eventuel have og husdyr.

Det betydende begreb er i denne sammenhæng "Pasning af hjem".

Nedenfor fremgår resultatet af kortlægningen. Det skal understreges, at kortlægningen ikke er udtømmende, men udelukkende har haft til formål at identificere de mest brugte terminologier.

Anvendte terminologier på det sociale område		
Addiction Severity Index (ASI)	Diverse indstillingsskemaer og funktionsvurderingsskemaer fra forskellige kommuner	Funktionsudredningsmetoden (Ringkøbing-Skjern Kommune)
Diverse autismeindekser	Rundt om træningsindsatsen	Funktionsevne-metoden
Tilbudsportalen	Fælles Sprog I og II (FSII)	Integrated Child System (ICS)
Handleplankonceptet	Camberwell Assessment of Need (CAN-metoden)	Arbejdsevne-metoden

I forbindelse med kortlægningen af terminologier er der blevet skellet til relevante internationale terminologier, som med fordel ville kunne inddrages i udviklingen af et fælles sprog på det sociale område. Deloitte vurderer imidlertid, at der ikke findes egnede terminologier. En central pointe i denne sammenhæng er, at et social system, som man kender det i Danmark, er meget sjældent uden for Nordeuropa, hvorfor anvendelige internationale terminologier må formodes at være begrænsede.

### Udvalgte terminologier

Efter drøftelser med referencegruppen og styregruppen er følgende terminologier udvalgt til foranalysen:

- Fælles sprog II (FSII)
- Funktionsevnetoden
- Funktionsudredningsmetoden (Ringkøbing-Skjern Kommune)
- Indstillingsskemaer og funktionsvurderingsskemaer (fra projektkommunerne, Gentofte Kommune og Ballerup Kommune)
- Tilbudsportalen.

Terminologierne er udvalgt, idet de bredt dækker kommunelandskabet og anvendes på tværs af kommuner. Funktionsevnetoden er lovpligtig i forhold til tildeling af handicapkompenserende ydelser (dækning af nødvendige merudgifter). Mange kommuner har erfaringer med brugen af Fælles Sprog, især FSI og i nogle tilfælde FSII. Tilbudsportalen er en landsdækkende søgemaskine og anvendes derfor i princippet i alle kommuner. Indstillings- og funktionsvurderingsskemaer samt funktionsudredningsmetoden er udvalgt, da de anvendes i de udvalgte projektkommuner.

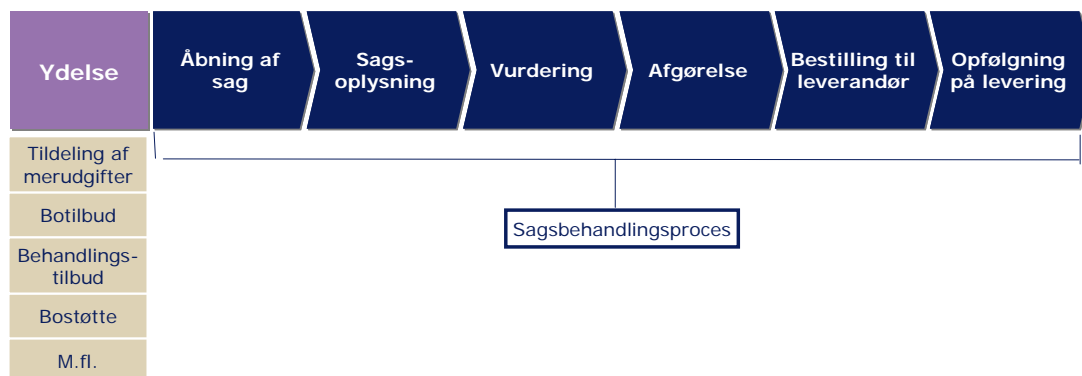
Terminologierne beskrives og analyseres nærmere i kapitel 4.

### 3.3. Generisk sagsbehandlingsproces

I det følgende skitseres den generiske sagsbehandlingsproces, der dækker over de sagsbehandlingsprocesser, som gør sig gældende på det sociale område, og som alle projektkommunerne mere eller mindre benytter sig af. I den generiske sagsbehandlingsproces kortlægges aktiviteter, anvendte redskaber og it, der gør sig gældende i projektkommunernes sagsbehandlingsproces. Disse redskaber benytter alle sammen bestemte terminologier, som vil blive analyseret i næste kapitel. Derefter skitseres de ydelser, som projektkommunerne har identificeret som værende de mest administrativt ressourcekrævende, volumentunge og komplekse. Desuden påpeges,

hvis ydelserne varierer væsentligt fra den generiske sagsbehandlingsproces.

Forholdet mellem ydelse og sagsbehandlingsproces er illustreret nedenfor.



### Åbning af sag

En sag åbnes på baggrund af for eksempel en henvendelse til den kommunale myndighed foretaget af en anden afdeling (fx ældre- og omsorgsafdeling), et sygehus, et tilbud (fx bofællesskab, dagtilbud eller støtte-/kontaktperson), pårørende eller borgeren selv. Henvendelse kan ske elektronisk gennem ESDH-systemer og/eller e-mails, hvis det foregår mellem kommunens egne aktører (kommunal myndighed og kommunal leverandør). Hvis der er tale om henvendelse fra pårørende, borgeren eller en selvejende institution (privat leverandør), foregår henvendelsen via e-mails eller ved skriftlig/telefonisk kontakt, medmindre den selvejende institution har adgang til myndighedens ESDH-system. Hvis andre end borgeren har henvendt sig, kontakter sagsbehandleren borgeren enten pr. telefon eller ved at opsøge denne med henblik på at få borgerens samtykke. Ved alle henvendelser er det sagsbehandlerens<sup>6</sup> opgave at dokumentere henvendelsen samt få konkretiseret og præciseret, hvad henvendelsen skyldes, og hvad behovet er. Typisk noteres borgerens baggrundsuplysninger (CPR-nummer, køn, civile status, m.m.) også.



### Oplysning af sag

Under fasen oplysning af sag indhentes relevante informationer om borgeren (ud over de ved åbningen af sagen oplyste), herunder udbygning af borgerens behov, baggrund, helbredsmæssige forhold, brug af medicin, eventuelle misbrugsproblemer etc. I forhold til at

<sup>6</sup> I det følgende benyttes termerne sagsbehandler og visitator som synonymmer, idet begge betegnelser bruges, afhængigt af hvilken kommune der er tale om.

registrere oplysningerne om borgeren anvender de fleste kommuner et indstillingsskema, som er suppleret med en eller anden form for funktionsvurderingsskema (som bilag). Skemaerne anvendes primært til oplysning, vurdering og afgørelse af sager i forhold til handicap og psykisk syge. Ringkøbing-Skjern Kommune har dog udviklet sin egen Funktionsudredningsmetode, som omfatter handicap og psykiatri. Både indstillingsskemaet (funktionsvurderingsskemaet) og Ringkøbing-Skjern Kommunes funktionsudredningsmetode gennemgås og analyseres nærmere i kapitel 4. Der er ikke i nogen af projektkommunerne it-understøttelse af denne fase.

### Vurdering af sag



Visitator vurderer borgerens behov for støtte ved at foretage en funktionsvurdering. Dette kan gøres via et skema, fx et funktionsvurderingsskema (bilag til indstillingsskemaet), hvor visitator både skriver prosatekst og krydser af i forhold til borgerens funktionsniveau ud fra forskellige områder og aktiviteter.

I lov om social service og tilhørende bekendtgørelser fremgår det, at Funktionsevne metoden skal anvendes i forhold til dækning af nødvendige merudgifter. I Århus benyttes Funktionsevne metoden også til udredning af borgeren med henblik på tildeling af andre ydelser på misbrugs- og handicapområdet, mens CAN-metoden (eller et andet skema) anvendes på det psykiatriske område til at vurdere borgerens funktion. Funktionsevne metoden vil blive gennemgået og analyseret nærmere i næste kapitel 4. Ringkøbing-Skjern Kommune anvender sin egen Funktionsudredningsmetode.

Uanset hvilken metode kommunerne benytter, så foretages vurderingen typisk i samarbejde med borgeren. Ofte afholdes visitationsmøder, konferencer og/eller teammøder inden for de forskellige områder, hvor sagsbehandlere og fagfolk vurderer borgerens sag, for eksempel om denne lever op til kriterierne for en bestemt målgruppe, og/eller vurderer, hvilke tilbud som ville være relevante for den pågældende borger.

Der kan i denne fase også foretages en høringsrunde blandt leverandører angående de indsatser, som ville være specielt relevante for den enkelte borger og dermed indgå som en del af visitationsgrundlaget.

Redskaberne og skemaerne, som vurderer sagen, er fra kommune til kommune mere eller mindre systematisk koblet til myndighedens handleplan (§ 141), som udstikker de overordnede rammer for den indsats, der skal leveres. Ud over at skemaer ligger elektronisk i diverse journaliseringssystemer, er der ikke i nogen af projektkommunerne it-understøttelse af denne fase.



## Afgørelse af sag

På baggrund af vurderingen af borgeren skal sagsbehandleren udarbejde en afgørelse til borgeren. Afgørelsen skal være objektiv, saglig og i overensstemmelse med gældende lov samt sikre borgerens retssikkerhed. Heraf følger, at afgørelsen skal:

- Give borgeren et klart overblik over, hvilken hjælp borgeren har ret til.
- Give borgeren mulighed for at forstå begrundelsen for afgørelsen samt formålet med den tildelte hjælp.
- Beskrive praktiske oplysninger vedrørende leverancen samt borgerens rettigheder vedrørende leverancesikkerhed. Dermed har borgeren mulighed for at følge op på manglende eller uregelmæssig leverance af hjælp.
- Give borgeren information om mulighederne for at klage over afgørelsen.

Afgørelsen omfatter blandt andet formål med hjælpen, en begrundelse for og oversigt over de tildelte ydelser samt henvisning til relevante lovparagraffer og klagevejledning. Bestillingen af ydelser gennemgås med borgeren og i nogle tilfælde også med leverandøren. Alle får en kopi af det aftalte, hvorefter en skriftlig afgørelse udformes til borgeren. I forbindelse med afgørelsen bestræber man sig på at bruge så mange af borgerens egne ord som muligt. Afgørelsen forklares ligeledes verbalt til borgeren.

Inden for nogle ydelser visiteres ligesom på ældreområdet et bestemt timeantal, fx i forhold til bostøtte. Inden for andre ydelser er det op til den enkelte leverandør – eventuelt i samarbejde med myndigheden – ud fra målene i handleplanen at vurdere tidsforbruget i forhold til de enkelte ydelser.

Der udtrykkes fra alle projektkommuner et ønske om at kunne koble en bestemt tyngde (målt ud fra vurderingen) med et bestemt ressourcetræk (tid og økonomi), således at myndigheden får større overblik over antallet af brugere, fordelingen af brugere i forhold til, hvor meget disse fylder, samt hvor mange ressourcer disse koster. Projektkommunerne understreger dog, at der ikke ønskes samme detaljeringsgrad som for eksempel på ældreområdet. Det, projektkommunerne primært efterspørger, er en kobling mellem borgerens funktionsniveau og en bestemt takst for, hvad ydelsen vil koste. På den måde kan kommunen vurdere, hvilke indsatser der kan fås inden for en given takst.

Der findes ingen it-understøttelse af denne fase i projektkommunerne.



## Bestilling til leverandør

Inden der foretages en egentlig bestilling, afvikles der eventuelt en høringsrunde blandt relevante leverandører for at få afdækket, om den enkelte leverandør kan levere den ønskede ydelse. Sagsbehandleren benytter ud over egne erfaringer ofte samarbejdsarbejds partnere og eksperter (fx psykiatere, misbrugskonsulenter etc.) på området til at finde den rette leverandør. I nogle kommuner anvendes en modificeret BUM-model, hvor myndighed, leverandør og borger (og evt. pårørende) i samarbejde opstiller mål og fokusområder for den enkelte borger. Dette formaliseres i en bestilling/§ 141-handleplan, hvorudfra leverandøren i samarbejde med borgeren udarbejder en mere konkret handleplan, som viser, hvordan målene og eventuelle fokusområder indfris.

I Århus Kommune har nogle tilbud deres eget skema, som rådgiveren skal udfylde, hvilket medfører en del dobbeltarbejde. Andre tilbud bruger det fælles visitationsskema. Skemaet udfyldes eventuelt sammen med leverandøren, fx bostøtterne.

I nogen grad bruges Tilbudsportalen til at finde en leverandør, dog med varierende udbytte. Tilbudsportalen og vurderingen af denne gennemgås og analyseres nærmere i kapitel 4.

Der findes ingen it-understøttelse af denne fase i projektkommunerne.



## Opfølgning på leverance

I den sidste fase skal myndigheden følge op på leverandørens leverancer. Dette sker mere eller mindre systematisk og på varierende måder fra kommune til kommune.

Som minimum er der årlige handleplanmøder, hvor der følges op på borgerens forløb. I nogle tilfælde sker der opfølgning kvartalsvis og ellers efter behov. Opfølgningen sker ved at gennemgå myndighedens og leverandørens handleplaner med henblik på at vurdere, om indsatsen skal ændres, eventuelt i form af en revisitation. Såfremt der inden opfølgningsmøderne sker ændringer med borgeren, som betyder, at denne skal revideres, kontakter leverandøren myndigheden. Leverandøren noterer sine observationer og vurderinger af borgeren i indstillingsskemaet eller delhandleplanen.

I kommunerne efterspørges der en systematik i opfølgningen på leverance i form af en klar struktur, som forbinder arbejdet mellem myndighed og leverandør, således at myndighed, borger og leverandør præcis ved, hvad der skal følges op på. Der udtrykkes ligeledes et behov for en fælles ramme og holdning omkring, hvad det er, man følger op på, hvordan man gør det, hvad et godt handle-

plansmøde er, samt klarhed om de roller, myndighed og leverandør hver især har.

I Århus er der p.t. sat et projekt i gang med henblik på at sætte strøm til handleplaner på handicap-, socialpsykiatri- og misbrugsområdet. Ellers findes der ingen it-understøttelse af denne fase.

### **Opsummering af sagsbehandlingsprocessen**

De redskaber, som anvendes i kommunerne, understøtter mere eller mindre myndighedens opgaver i sagsbehandlingsprocessen, specielt i forhold til oplysning, vurdering og afgørelse af sag. På trods af brugen af handleplaner (myndighed) og delhandleplaner (leverandør) påpeger flere kommuner, at der mangler redskaber til systematisk evaluering af og opfølgning på indsats samt bedre skabeloner til myndighedens handleplan. Disse skal mere præcist angive, hvad der skal beskrives i en sådan plan. Et grundlæggende problem i alle projektkommunerne er graden af ensartethed i udredningerne.

Ingen af redskaberne og metoderne er it-understøttet ud over skemaer og handleplanskabeloner, som eventuelt ligger elektronisk i diverse journaliseringssystemer, fx Saba i Århus. Dokumentation registreres i ESDH-systemer eller i papirjournaler. Leverandørerne enten har eller er ved at implementere forskellige socialfaglige it-systemer, fx Bosted og NeoEKJ, som med tiden skal kunne kobles til myndighedernes systemer, herunder ESDH. Graden af it-understøttelse i forhold til målgrupperne skitseres i sidste afsnit af dette kapitel.

På baggrund af drøftelser med projektkommunerne og gennemgang af skriftligt materiale kan det konstateres, at de fleste kommuner på handicap- og udsatte voksne-områderne benytter sig af redskaber (indstillingsskema, funktionsvurderingsskema, funktionsudredningsskema m.m.), hvis terminologi stammer fra ICF, og som i de enkelte kommuner er suppleret med individuelt tilrettet terminologi. Terminologierne på tværs af kommunerne minder imidlertid om hinanden, dog med varierende detaljeringsgrad. I forhold til tildeling af nødvendige merudgifter anvendes Funktionsevne metoden, som er lovpligtig. I nogen grad benyttes Tilbudsportalen, dog med blandede erfaringer.

I projektkommunerne anvendes FSII primært på ældreområdet og kun i begrænset omfang på handicapområdet. I de tilfælde FSII benyttes på handicapområdet, bruges FSII i forhold til tildeling af praktisk og personlig hjælp. Dette gælder primært fysisk handicappede. Brugen af FSII uden for ældreområdet synes organisatorisk betinget. Det vil sige, hvis ældre- og handicapområdet ligger i samme afdeling, bruges FSII også på handicapområdet, men altså kun i forhold til fysisk handicappede.

Det er Deloitte's og referencegruppens vurdering, at projektkommunernes praksis er kendetegnende for praksis generelt.

### **3.4. Kortlægning af ydelser inden for voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne**

Generelt er ydelserne kendetegnet ved at være komplekse i den forstand, at der i et forløb typisk er mange samarbejdspartnere involveret og forskellige hjælpeforanstaltninger, der skal koordineres gennem. Desuden består kompleksiteten i, at nogle borgere har flere diagnoser på én gang, som gør, at borgeren skal tildeles hjælp fra forskellige instanser og sektorer, som typisk benytter sig af forskellige metoder og terminologi. Endelig har det stor betydning for forløbet, i hvor høj grad borgeren selv kan indgå i forløbet. Borgere, der har svært ved at kommunikere (fx udviklingshæmmede), eller som ikke vil erkende deres situation og deres behov (fx sindslidende eller misbrugere), øger kompleksiteten i sagsbehandlingsprocessen, da det er sværere at belyse borgerens behov og vurdere borgerens funktionsevne.

På tværs af kommuner vil der være tale om variationer mellem ydelserne og den måde, disse sagsbehandles på. Disse variationer må undersøges nærmere i forhold til udvikling af et fælles sprog og en egentlig kravspecifikation i forhold til it-understøttelse.

Det skal ligeledes bemærkes, at der på tværs af kommuner kan være variationer i den måde, kommunen organisatorisk varetager sagsbehandlingen af de enkelte ydelser og målgrupper på. Typisk er der en adskillelse mellem afdelinger, som særskilt varetager henholdsvis ældreområdet, misbrug og sindslidelse (socialpsykiatrisk afdeling). I Århus er psykiatri (sindslidelse) og misbrug opdelt i to forskellige afdelinger, hvor misbrug hører til voksenhandicap-afdelingen. I Ringkøbing-Skjern Kommune er socialpsykiatri lagt sammen med voksenhandicap, mens misbrug ligger i en anden afdeling. I Gentofte Kommune er misbrug og psykiatri lagt sammen i ét team, mens handicap ligger i et andet team. Disse team hører dog under afdelingen Social og Handicap. I Ballerup Kommune er der sagsbehandlere for henholdsvis psykiatriområdet og handicapområdet, som er underlagt afdelingen Voksenhandicap og Socialpsykiatri.

De forskellige organisatoriske opdelinger betyder, at der kan forekomme variationer i den måde, som sagsbehandles på, fx i form af forskellige skabeloner, metoder, terminologi og mødeprocedurer. Disse variationer må ligeledes undersøges nærmere, såfremt der skal udvikles en fælles terminologi på områderne.

I nedenstående tabel er de ydelser markeret, som projektkommunerne på workshopper har identificeret som værende de mest ad-

ministrativt ressourcekrævende, volumentunge (størst antal sager) og komplekse. Det er Deloitte's anbefaling, at de i tabellen markerede ydelser med fordel undersøges nærmere med henblik på understøttelse af et fælles sprog.

Ydelser	
Voksenhandicap	Udsatte voksne
<b>Dækning af nødvendige merudgifter</b>	<b>Botilbud:</b> længerevarende og midlertidige ophold
<b>Dagtilbud:</b> beskyttet beskæftigelse (skånejob) og aktivitets- og samværstilbud	<b>Behandlingstilbud</b>
<b>Hjælpeordninger</b>	<b>Bostøtte og støtte-/kontaktpersonordning</b>
<b>Botilbud:</b> længerevarende ophold og midlertidige ophold/aflastning	<b>Dagtilbud:</b> beskyttet beskæftigelse, skånejob, værested, aktiviteter mv.
<b>Bostøtte/hjemmevejleder</b>	Hjemmehjælp (personlig og praktisk bistand)
Hjemmehjælp (personlig og praktisk bistand)	Hovedrengøring
Genoptræning: kan ligge i botilbud og bostøtte/hjemmevejleder	Personer under værgemål
Tildeling af hjælpemidler	Værgemål
Specialundervisning	
Ledsagerordning	
Specialtandpleje	
Hovedrengøring	

I det følgende skitseres de udvalgte ydelser. Såfremt der er væsentlige variationer i forhold til ovennævnte generiske sagsbehandlingsproces, påpeges disse for de enkelte ydelser.

## Ydelser på udsatte voksne-området

### Botilbud for udsatte voksne

Botilbud for udsatte voksne omfatter, ud over botilbud, midlertidige ophold i form af omsorgshjem, herberger, krisecentre (§ 107, § 109 og § 110) og længerevarende ophold på botilbud (§ 108). Disse ydelser fylder meget ressourcemæssigt i form af tid og økonomi, idet der er meget beskrivende arbejde, afsøgning af tilbud og opfølgning på leverance. Botilbud omfatter typisk også socialpædagogisk og psykologisk støtte og supervision.

### **Behandlingstilbud for udsatte voksne**

Behandlingstilbud for udsatte voksne (§ 101) omfatter socialpædagogisk bistand og medicinsk/klinisk behandling for misbrug og sindslidelse, idet psykiatrisk behandling dog ligger i sundhedssektoren. Der kan være tale om kortvarige/ambulante ophold og langvarige døgntilbud. Sidstnævnte fylder mest ressourcemæssigt. Behandlingstilbud for misbrugere fylder meget volumenmæssigt.

I Gentofte Kommune varetages udredningen af misbrugere af en ekstern leverandør i form af et behandlingscenter for stofmisbrugere (KABS), som Gentofte Kommune har lavet en aftale med. Udredningen iværksættes efter godkendelse fra kommunen. På baggrund af udredningen laves en behandlingsplan, som forelægges kommunen, som derefter foretager visitationen. KABS sender statusopgørelse omkring borgerens udvikling til myndigheden. Denne opgørelse holdes op mod myndighedens handleplan, som derefter ender ud i et forslag til, hvor borgeren kan indstilles eller revideres. Myndigheden vurderer med andre ord indstillingen på baggrund af KABS' udredning af borgeren.

Misbrugsområdet er generelt set et relativt nyt område for kommunerne, og fra myndighedens side vurderes det at være svært at forholde sig til andet end den udredning, man får fra et behandlingssted. Der er dog langsomt ved at blive opbygget viden i kommunerne omkring dette område, som gør, at dialogen med leverandøren bliver yderligere kvalificeret, hvilket blandt andet gør kommunen i stand til at vælge den rette leverandør og følge op på samt måle effekten af leverandørens leverancer.

### ***Bostøtte og støtte-/kontaktpersonordning for udsatte voksne***

Bostøtte og støtte-/kontaktpersonordning (§ 99) omfatter socialpædagogisk bistand i borgerens eget hjem, for eksempel med henblik på varetagelse af omsorg, vejledning, træning og udvikling samt vedligeholdelse af funktionsevner. Støtte-/kontaktpersonordningen er altid kommunal og fungerer også som en opsøgende funktion. Begge ydelser fylder meget volumen- og ressourcemæssigt.

Typisk rettes henvendelse til kommunen fra enten de opsøgende støtte-/kontaktpersoner eller botilbud. I Ballerup Kommune henvender borgeren sig (evt. på opfordring af pårørende) i nogle tilfælde direkte til støtte-/kontaktpersonerne

Støtte-/kontaktpersonerne står selv for visitationen. I Ballerup Kommune benyttes dele af indstillingskemaet til at få afdækket borgerens behov, men ikke afkrydsningsdelen i funktionsvurderingsskemaet. Når kommunen og borgeren accepterer tilbuddet, så laves der en samarbejdsaftale (en handleplan) formelt defineret som en "pædagogisk" eller "personlig" plan. Denne aftale (plan)

følges der op på minimum én gang om året, hvortil der anvendes en samarbejdsaftaleskabelon. Det vurderes, at der er flere områder, som skal belyses, når der skal følges op på støtte-/kontaktpersonordningen end for eksempel på opfølgning af botilbud. Men i og med kommunen qua den kommunale leverandør hele tiden er i berøring med borgeren, vurderes det til gengæld at være lettere at følge op. Når der laves en aftale på dette område, arbejdes der ikke særligt struktureret i forhold til den måde, borgerens behov beskrives og tildeles støtte-/kontaktperson på, og den måde, der følges op på. Der kommunikeres meget omkring borgeren, men vurderingen er, at processen godt kunne være mere struktureret.

I Århus Kommune er støtte-/kontaktpersoner en rent opsøgende funktion, som selv visiterer, mens et fast korps af bostøtter tager sig af den socialpædagogiske støtte i borgerens egen bolig. I forhold til tildeling af bostøtte udfyldes et skema, som tages med videre til et fordelingsmøde med bostøtterne, hvor man beslutter, hvilke aktiviteter der skal sættes i værk. På dette møde kan visitationen også foregå. Inden for psykiatrien kan sagsbehandleren bede bostøtterne om at lave noget af udredningen, hvilket ofte sker mundtligt. På handicap- og misbrugs-/udsatteområdet udarbejder sagsbehandleren selv alt visitationsmateriale. Processen er ikke så systematisk og formaliseret, og nogle gange foretages der ikke en decideret funktionsvurdering. På dette område savnes der noget mere systematik (og skriftlighed), således at myndigheden bedre kan følge op på den udvikling og eventuelle årsager til ændringer, der er i forbindelse med en borger, herunder leverandørens forbrug af timer. P.t. foregår opfølgningen af ressourcemæssige årsager kun årligt. På misbrugsområdet skal man typisk ud at finde borgeren, hvilket tager tid, hvorfor selve udredningen af borgeren ofte sker uden om borgeren, hvilket kommunen finder uhensigtsmæssigt.

Det vurderes af kommunerne, at man som myndighed ikke kan forlange, at de opsøgende team registrerer borgernes behov og funktionsevne skriftligt, hvilket minimerer muligheden for systematisk at følge op på leverancerne og borgerens udvikling. Der savnes derfor en løsning på dette område, eventuelt via it, som gør registreringen lettere for de opsøgende team.

### **Dagtilbud for udsatte voksne**

Dagtilbud omfatter beskyttet beskæftigelse, væresteder, aktivitets- og samværstilbud mv. (§ 103 og § 104). Denne ydelse fylder meget volumenmæssigt, men i mindre grad ressourcemæssigt, idet dagtilbud er relativt let at sagsbehandle. I Århus Kommune er dagtilbuddene på det psykiatriske område selvvisiterende og henvender sig derfor ikke hos kommunen. Borgeren tager typisk direkte kontakt til tilbuddet, fx efter udskrivelse fra sygehus. Sagsbehandlerne i

kommunen modtager sagen og delhandleplaner fra tilbuddet, som derefter ophøjes til myndighedens helhedshandleplan. Dagtilbuddet står selv for opfølgningen hvert halve år, og kommunen kan følge med i disse opfølgninger gennem delhandleplanerne.

## Ydelser på voksenhandicapområdet

### Dækning af nødvendige merudgifter

Dækning af nødvendige merudgifter (§ 100) fylder meget ressourcemæssigt. Ydelsen gennemgås i kapitel 4 i forbindelse med gennemgangen og analysen af Funktionsevnetoden, som er den metode, der ved lov er bestemt skal bruges i forhold til sagsbehandling af denne ydelse.

### Dagtilbud for handicappede

Dagtilbud omfatter beskyttet beskæftigelse (skånejob) og aktivitets- og samværstilbud (§ 103 og § 104). Denne ydelse fylder meget volumenmæssigt. Typisk er udredningen ikke så omfattende som for eksempel visitation til botilbud. Opfølgningen er heller ikke lige så omfattende som i forbindelse med botilbud.

### Hjælpeordninger

Hjælpeordninger (§ 96) omfatter hjælp døgnet rundt, typisk til at komme rundt, bevæge sig og udføre almindelige daglige funktioner. Denne ydelse fylder meget ressourcemæssigt. I Århus Kommune afgøres det på et visitationsmøde, om borgeren er egnet til at være arbejdsgiver for en hjælper, samt hvor mange timer borgeren skal tildeles. Afgørelsen træffes centralt. Borgeren kan kontakte et center for hjælpeordning, hvis der opstår problemer i forhold til ordningen. Der er opfølgningsmøde én gang om året, medmindre der er tale om særligt komplekse sager, som derfor tages op hver tredje måned. I Ringkøbing-Skjern Kommune foregår processen nogenlunde på samme måde, dog uden et så omfattende visitationsmøde, idet tildelingen af hjælpeordning afgøres af afdelingen selv på baggrund af besøg i borgerens hjem. Ringkøbing-Skjern Kommune benytter ikke sin metode til udredning af borgeren i forhold til tildeling af hjælpeordning, idet metoden ikke er egnet til tildeling af timer. Derfor benyttes en anden afdelings metode til dette, som er baseret på FSII. Brugen af forskellige metoder og terminologi på tværs af afdelinger kan give koordinerings- og sprogmæssige udfordringer.

### Botilbud for handicappede

Botilbud omfatter længerevarende ophold (§ 108) og midlertidige ophold/aflastning (§ 107). Begge ydelser fylder meget volumen- og

ressourcemæssigt. Ydelser som personlig/praktisk pleje og genoptræning kan også ligge i botilbuddet.

### **Bostøtte/hjemmevejledning for handicappede**

Bostøtte og hjemmevejledning (§ 85) omfatter socialpædagogisk bistand til at udvikle færdigheder i hjemmet, fx børste tænder, lave mad osv., som typisk gives til udviklingshæmmede og hjerneskadete, uden ydelsen dog lovgivningsmæssigt er rettet mod bestemte målgrupper. Socialpædagogisk bistand tilbydes, uanset hvor borgeren bor (botilbud, bofællesskab, eget hjem). Ydelsen fylder meget ressourcemæssigt. Udredningen sker gennem en samtale med borgeren om mulige behov, uden der anvendes en tjekliste eller spørgeskema. Udredningen er med andre ord ikke særlig systematisk, hvilket efterspørges af flere kommuner.

## **3.5. Særlige udfordringer i og krav til sagsbehandlingsprocesser**

Gennem workshops med projektkommunerne er følgende udfordringer i og krav til sagsbehandlingsprocesserne inden for voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne blevet identificeret. Udfordringerne og kravene udtrykker ligeledes de behov, som projektkommunerne har.

### **Behov for et fælles sprog internt i kommunen**

Specielt referencegruppen påpeger, at der er behov for et fælles sprog internt i kommunen og på tværs af kommunens afdelinger og forvaltninger.

Det primære behov består i at sikre en fælles måde at beskrive en borgers funktionsevne og behov på. Der skal internt i den enkelte afdeling i kommunen opnås enighed om en model bygget på et fælles sprog, som kan danne grundlag for at træffe den rigtige afgørelse i forhold borgerens specifikke funktionsevne og behov.

Det sekundære behov består i at kunne dele oplysninger på tværs af kommunens afdelinger og forvaltninger.

Projektkommunerne udtrykker generelt et behov for, at nuværende metoder/terminologier tilpasses områderne handicap og udsatte voksne via et fælles sprog. Der efterspørges især en fælles metode og et fælles sprog til at beskrive borgeren med, som går på tværs af lovens bestemmelser, og som ikke er baseret på et bestemt fagområdes sprog (fx ergoterapeutisk terminologi i Funktionsevne-metoden eller sygeplejeterminologi i FSII). Typisk anvendes forskellig terminologi på tværs af faggrupper og afdelinger, blandt andet på grund af fagkultur og anvendelsen af forskellige metoder, hvis terminologi ikke stemmer overens. Et fælles sprog ville kunne gøre

koordinationen inden for en afdeling og mellem afdelinger og faggrupper lettere og medføre færre fejl i kommunikationen.

Det vurderes hos projektkommunerne at være relevant at forene de forskellige afarter af indstillings- og funktionsvurderingsskemaer til et fælles materiale, således at man kunne vurdere og kommunikere om borgeren på samme måde og med samme ord på tværs af kommuner specielt set i lyset af, at der foregår meget informationsudveksling mellem kommunerne, idet mange myndigheder i stigende grad agerer både myndighed og leverandør for andre myndigheder. Med en fælles metode undgås dobbeltregistrering, og alle borgerens oplysninger ville kunne samles ét sted i en slags borgerjournal.

Generelt set udtrykkes et dilemma mellem, at kommunerne på den ene side ønsker mere detaljerede udredninger af borgeren og på den anden side ønsker mindre omfattende og tidskrævende metoder.

### **Behov for at supplere med terminologi**

Kommunerne udtrykker et behov for at supplere den terminologi, som anvendte metoder på handicap- og udsatte voksne-områderne benytter sig af, med yderligere terminologi, der kan dække sindslidende og psykisk handicappede. Ligeledes er der behov for termer, som dækker de socialpædagogiske indsatser, det vil sige det, der handler om at vurdere en borgers potentiale for at kunne udvikle givne funktioner.

### **Behov for et fælles sprog mellem myndighed og leverandør**

I forhold til bestilling og opfølgning på leverance udtrykker kommuner og leverandørerne et behov for et fælles sprog mellem myndighed og leverandør. Det fælles sprog skal sikre:

- At myndighed, borger og leverandør forstår det samme med de samme termer, for eksempel er enige om, hvad bestillingen omfatter.
- En systematik i opfølgningen, således at både myndighed, borger og leverandør ved, hvad der præcis skal følges op på.

Samtidig udtrykker en leverandør, at det er afgørende, at borgeren er udredt så tilstrækkeligt, at borgeren kan visiteres til det rigtige tilbud. Typisk er borgeren ikke udredt godt nok, hvilket enten betyder, at leverandøren skal gøre det, eller at borgeren ikke visiteres til det rigtige tilbud og må revisiteres.

En af udfordringerne er, at det kan være vanskeligt på et tidligt tidspunkt at give en præcis beskrivelse af formålet med hjælpen, og hvilke ydelser der er behov for, da kendskabet til den enkelte bor-

ger og dennes ressourcer først rigtigt kan afdækkes efter nogen tid og typisk først ude hos leverandøren. Det betyder, at leverandøren skal være med til at afdække og beskrive borgerens behov, hvilket kræver et fælles sprog mellem myndighed og leverandør.

En anden udfordring består i at registrere og følge borgerens udvikling. Her udtrykkes behov for et dynamisk værktøj, der kan følge denne udvikling og dermed gør det lettere at reorganisere borgeren, såfremt det er nødvendigt.

Der efterspørges med andre ord en mere systematisk kobling mellem myndighedens handleplan (helhedsplan) og leverandørens handleplan (delhandleplan). Her er der minimum to udfordringer:

- 1) Detaljeringsgrad: Hvor detaljeret skal myndighedens handleplan være, for at leverandøren kan levere sin indsats? Projektkommunerne påpeger, at myndigheden skal udrede borgeren så meget, at borgerens præcise behov afdækkes, hvormed myndigheden kan tildele borgeren den rette ydelse og udarbejde en præcis handleplan. Handleplanen må dog ikke blive så detaljeret, at leverandøren ikke får elastik til at udføre sine opgaver med sine metoder og sin detaljeringsgrad. Myndigheden skal kunne styre forløbet så meget, dog uden det bliver for detaljeret, at leverandøren overordnet ved, hvad der skal gøres, således at leverandøren ikke ender med at bestemme målene for indsatsen.
- 2) Der kræves et fælles sprog i forhold til overlevering og oversættelse af myndighedens overordnede handleplan til leverandørens detaljerede handleplan. Med den rette oversættelse og forståelse af terminologi kan der på et opfølgingsmøde følges præcist op på de handleplaner, som er udarbejdet.

Kommunerne påpeger, at man skal undgå den situation, hvor leverandøren bestemmer efterspørgslen og dermed udnytter asymmetrien i oplysningsniveauet. Dette kan håndteres gennem en kontrakt og den samarbejdsform, der er mellem kommune og leverandør, suppleret med kvalitetssikring af det arbejde, som leverandøren udfører, for eksempel i form af et fælles sprog omkring de mål, kommunen stiller, og de leverancer, leverandøren leverer. I den forbindelse ville det være relevant at beskrive borgerens behov på en ensartet måde, således at myndigheden kan sammenligne forskellige leverandørers leverancer og eventuelt foretage kontrol.

Helt overordnet kan det konkluderes, at dér, hvor der er snitflader mellem forskellige aktører, fx mellem to afdelinger eller mellem myndighed og leverandør, vil der være behov for kommunikation og dermed et fælles sprog.

### **Behov for ledelsesinformation**

Projektkommunerne udtrykker behov for at kunne trække ledelsesinformation i form af statistik, økonomi og tid, som for eksempel gør det muligt at koble tyngde, ydelse, tid og økonomi sammen. Der ønskes med andre ord mulighed for at få overblik over, hvor mange brugere der er, hvor meget disse fylder, samt hvor meget disse koster økonomisk og tidsmæssigt. Dette overblik vil gøre det lettere for den kommunale myndighed at styre og prioritere ressourcerne. En af forudsætningerne for at kunne trække ledelsesinformation er imidlertid, at sagsbehandlingen, herunder funktionsvurderingen, registreres med de samme termer, og at der for eksempel anvendes samme måde at score en borgers funktionsniveau på.

### **Behov for en mere systematisk understøttelse af sagsbehandlingsprocessen**

Der efterspørges en mere systematisk understøttelse af sagsbehandlingsprocessen, som sikrer at:

- Processen bliver mere ensartet
- Borgeren udredes på en ensartet måde
- Der benyttes samme kriterier for tildeling af ydelser
- Der anvendes ens målepunkter for ydelserne i et evalueringøjemed.

Disse punkter kan understøttes af fælles retningslinjer, spilleregler og terminologi for, hvordan faserne i processen bedst kan gennemføres, fx retningslinjer for "den gode vurdering", "den gode afgørelse", "den gode opfølgning" etc.

De funktionsvurderinger, kommuner foretager, kan i princippet bruges til at følge borgerens udvikling og evaluere myndighedens og leverandørens indsats. Udfordringen består dog i, at vurderingerne ikke bruges konsistent og på en ensartet måde. Desuden mangler der i nogle tilfælde flere detaljerede oplysninger om borgeren, som gør det muligt præcist at følge borgerens udvikling.

Projektkommunerne påpeger, at der i forhold til opsøgende arbejde over for hjemløse er en speciel udfordring, idet medarbejderne på dette område ikke har tradition for at være meget skriftlige i deres dokumentation. Dette vurderes af projektkommunerne at blive en udfordring, hvis man it-understøtter det opsøgende arbejde over for hjemløse.

### **Behov for it-understøttelse**

Ingen af redskaberne og metoderne, projektkommunerne anvender på handicap- og udsatte voksne-områderne, er it-understøttet ud

over skemaer og handleplanskabeloner, som måtte ligge elektronisk i diverse journaliseringssystemer. Dokumentation registreres i EOJ- og ESDH-systemer. Leverandørerne, specielt bo- og dagtilbud samt behandlingscentre, enten har eller er ved at implementere forskellige socialfaglige it-systemer, fx Bosted og NeoEKJ, som med tiden skal kunne kobles til myndighedernes systemer og dermed lette kommunikationen herimellem.

Projektkommunerne udtrykker et klart behov for, at noget af processen it-understøttes, herunder den faglige beskrivelse af sproget. Processen skal understøttes af nogle præcise termer og ikke kun af afkrydsningskabeloner, skemaer og brede prosabeskrivelser af behov.

### **3.6. Status på it-understøttelsen af det sociale område**

I dette afsnit gennemgås kort status på it-understøttelse af voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne.

*I Afrapportering fra arbejdsgruppen om handicap/udsatte voksne konstateres det, at: "Ingen kommuner vurderes at have it-systemer, der er særligt indrettede på de behov, der knytter sig til myndighedens faglige behandling af sager vedrørende handicappede og udsatte voksne". Sagsbehandlingen understøttes primært af ESDH-systemer, journalnotater, Excel-ark og skabeloner mv. Økonomiopgaver understøttes af systemer fra især KMD og WM-data. EOJ-systemerne, som blandt andet understøtter træk af ledelsesinformation, anvendes kun på handicapområdet, såfremt der er tale om ældreområdeopgaver, for eksempel tildeling af praktisk og personlig hjælp. EOJ-systemerne er oftest begrebsmæssigt baseret på variationer af Fælles Sprog og Fælles Sprog II, som ikke anvendes på handicap- eller udsatte voksne-områderne, medmindre der er tale om ældreområdeopgaver. Dette forhold uddybes i kapitel 4.*

Leverandørerne af sociale tilbud, specielt botilbud, har i nogen grad understøttet deres arbejdsgange med socialfaglige it-systemer, fx Bosted og NeoEKJ. Der mangler dog en klar it-mæssig kobling mellem myndighedens og leverandørernes systemer, således at informationer mellem myndighed og leverandør kan udveksles elektronisk. Kommunikation foregår primært via e-mails. I nogle regionale institutioner er der sat projekter i gang med henblik på blandt andet at udvikle snitflader mellem Bosted System og økonomi- og administrative systemer. Ligeledes har NeoEKJ udviklet en myndighedsdel, som understøtter registrering af afgørelser, sagssty-

ring/journalisering og takstafregning mellem botilbud og myndighed<sup>7</sup>.

Udbredelsen af it-systemer, som målrettet understøtter de behov, der knytter sig til den faglige sagsbehandling på voksenhandicap- og udsatte voksne-området, er med andre ord begrænset.

På baggrund af drøftelser med de systemleverandører, som har indgået i foranalysen, vurderes det ikke at være forbundet med uoverstigelige udfordringer at it-understøtte den kommunale myndigheds sagsbehandling på voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne, hvilket kommunerne i stigende grad efterspørger. Kommunernes udfordring p.t. er konsolidering af de systemer, som kommunerne har overtaget efter kommunesammenlægningerne, herunder at it-understøtte nye områder (fx handicapområdet).

Således har Rambøll Informatik allerede udviklet et modul til sagsbehandling af udviklingshæmmede og sindslidende, som nogle kommuner er ved at implementere. Rambøll Informatik har udbygget deres systemer til understøttelse af kommunale myndighedsopgaver, som for eksempel udredning af borger, bestilling, opfølgning på leverance, analyse, udtræk af ledelsesinformation mv. Efter en kommune har fået bygget et it-system op, kan der løbende integreres nye moduler i systemet, som understøtter bestemte sagsområder, herunder voksenhandicap og udsatte voksne. I nogle kommuner er det et krav, at leverandørerne benytter samme system som kommunen, således at data kan udveksles på en ensartet måde, hvilket blandt andet muliggør, at en myndighed kan følge op på leverandørens leverancer.

CSC Scandihealth er i gang med at omlægge eksisterende omsorgssystem til en modulariseret løsning baseret på Service Orienteret Arkitektur (SOA). Dette gør det muligt at udvikle moduler, der kan tilpasses bestemte arbejdspladser, som for eksempel omfatter både visitatorer og leverandører på handicap- og socialpsykiatriområderne. SOA-løsningen anvender samme principper som Clinical Suite EPJ-udgaven, herunder samme brugerfladefunktionalitet. Der anvendes rollebaseret sikkerhed i opbygning af moduler, og moduludviklingsprocessen vurderes at være tilsvarende på handicap- og socialpsykiatriområderne.

Rambøll Informatiks og CSC Scandihealths kunder får typisk deres systemer og moduler bygget op med en individuelt tilpasset terminologi. Såfremt en klassifikation overholder en bestemt syntaks, så gør CSC Scandihealths og Rambøll Informatiks it-løsninger det muligt at læse en hvilken som helst liste af termer ind i systemerne. Den individuelt tilpassede terminologi gør imidlertid, at informati-

---

<sup>7</sup> *Afrapportering fra arbejdsgruppe om handicap/udsatte voksne*, s. 25.

oner ikke kan udveksles på tværs af kommunernes systemer uden risiko for misforståelser. Det er for eksempel de enkelte kommuners egne tilrettede ydelseskataloger og dertilhørende terminologi, som lægges ind i it-systemet, men ydelseskatalogerne er ikke nødvendigvis ens på tværs af kommunerne.

På baggrund af dette, vurderer Deloitte, at kommunerne og leverandørerne af sociale tilbud, bliver nødt til at anvende samme terminologi i opbygningen af deres it-systemer. Ellers kan informationer ikke udveksles præcist, eller gøres sammenlignelige, på tværs af systemer, og dermed vanskeliggøres kommunikation og koordination.

Fremadrettet anbefaler både CSC Scandihealth og Rambøll Informatik, at der fra central hold fastlægges standarder for de terminologier, som et it-system skal bygges på. Begge systemleverandører mener, at der er et stort behov for en fælles terminologi for det sociale område. Fraværet af en fælles terminologi medfører en risiko for proprietære terminologier, som vil vanskeliggøre dataudveksling. Endvidere anser systemleverandørerne det for vigtigt, at der udmeldes en plan for implementering af fælles terminologi. Rambøll Informatik anbefaler, at terminologier for specifikke områder udvikles i etaper, således at man færdigudvikler et sprog og dertilhørende detaljeringsgrad, *inden* det pågældende område it-understøttes, da det er et omfangsrigt arbejde at opdatere it-systemet i takt med, at nye detaljeringsgrader eller termer tilføjes terminologien. Erfaringerne fra overgangen mellem Fælles Sprog og Fælles Sprog II viser, at der reelt har været et behov for en re-visitation af alle borgere, da det ikke har været muligt at lave en direkte konvertering, og dette samtidigt medførte et databrud.

Systemleverandørerne udtrykker behov for at få udmeldinger om eventuelle fremadrettede centrale tiltag. Det anses for centralt at blive informeret omkring planer for udvikling af sprog, herunder fokusområder og kadence. Endvidere anses det for nyttigt, hvis der centralt defineres en referencemodel og angives, hvilke snitfalder systemer på det sociale område bør understøtte. Endelig skal det besluttes, ud fra hvilke principper en terminologi vil blive udviklet, for eksempel ud fra en polyhierarkisk eller hierarkisk opbygning. I denne sammenhæng vurderer CSC Scandihealth ikke, at understøttelse af en polyhierarkisk opbygning af terminologi vil være markant mere kompleks end den nuværende anvendelse af klassifikationer.

Systemleverandørerne mener dog, at man skal være varsom med detaljerede kravspecifikationer, idet sådanne kan stille hindringer for effektiv udvikling af systemunderstøttelse. CSC Scandihealth anbefaler for eksempel kommunerne at lægge sig op af standarder i

stedet for hver især at investere i it-systemer på baggrund af individuelle kravspecifikationer.

## 4. Analyse af udvalgte terminologier

Formålet med analysen er at vurdere, i hvilken grad de udvalgte terminologier lever op til de krav, der bør stilles til en fælles terminologi på socialområdet.

I analysen anvendes Deloitte's analyseramme og de opstillede vurderingskriterier som beskrevet i kapitel 2. Analyseramme og vurderingskriterier er opstillet af Deloitte og diskuteret med referencegruppen og styregruppen.

Analyserammen består af følgende fire dimensioner til at analysere terminologi på det sociale område med:

- 1) **Målgruppe:** handicappede voksne og udsatte voksne (herunder sindslidende og misbrugere).
- 2) **Funktionsområde:** fysiske funktioner, sociale funktioner, psykiske funktioner og kommunikative funktioner.
- 3) **Sagsbehandlingsprocessens faser:** åbning af sag, oplysning af sag, vurdering af sag, afgørelse, bestilling til leverandør og opfølgning.
- 4) **Terminologiens bredde og dybde:** antal begreber og antal niveauer under hvert begreb (detaljeringsgrad).

En nærmere uddybning af dimensionerne foreligger i kapitel 2.

Gennem analysen skabes et grundlag for vurdering af, hvad der bør gøres på områder, hvor terminologierne eventuelt ikke opfylder de krav, der bør stilles til en fælles terminologi på socialområdet.

Analysen følger fire trin:

- 1) Analyse af de udvalgte terminologier ved hjælp af analyseramme.
- 2) Vurdering af terminologierne ud fra vurderingskriterier.
- 3) Analyse af fordele og ulemper ved terminologierne i forhold til anvendelse på de udvalgte målgrupper voksenhandicap og udsatte voksne, herunder sindslidende og misbrugere.
- 4) Analyse af videreudviklingsmuligheder for terminologierne, som vil gøre dem i stand til at understøtte sagsbehandlingsprocessen på de udvalgte områder.

I det følgende gennemgås og analyseres de udvalgte terminologier: Fælles Sprog II, Funktionsevnetemetoden, Tilbudsportalen, Funktionsudredningsmetoden (Ringkøbing-Skjern Kommune) samt indstillingsskemaer og funktionsvurderingsskemaer fra projektkommunerne Gentofte Kommune og Ballerup Kommune.

## 4.1. Fælles Sprog II

### Fakta om Fælles Sprog

Fælles Sprog er et dokumentationsredskab, som personale i ældre- og handicapsektoren kan bruge, når de skal beskrive (eller læse om) en borgers funktionsevne og de ydelser, som kommunen leverer.

(Kilde: Metoder og dokumentation på handicapområdet).

FSII er et fagligt dokumentationsredskab, som omfatter et sæt af terminologier til dokumentation af kommunale afgørelser på ældre- og handicapområdet ved at afklare og vurdere borgerens funktionsevne og behov samt de ydelser, borgeren skal have.

FSII er en videreudvikling af "Fælles Sprog". En af de centrale forskelle mellem FSII og Fælles Sprog er, at funktionsvurderingen er udbygget betydeligt.

Formålet med FSII er at levere bedre data til kommunerne, således at indsatsen kan prioriteres og kvalitetssikres, og økonomien styres. Begreberne i FSII er udviklet med afsæt i lov om social service og kan på den måde udgøre et fælles sprog for alle kommuner. I FSII dokumenteres med udgangspunkt i, hvilken paragraf den konkrete ydelse er bevilliget ud fra.

FSII foretager en helhedsvurdering af borgeren gennem komponenterne krop, aktivitet, deltagelse (elementer af borgerens funktionsevne) og kontekstuelle faktorer (omgivelser og personlige faktorer, som påvirker oplevelsen af begrænsning) – som udgør strukturen i ICF (internationale klassifikation af funktionsevne)<sup>8</sup>.

Intentionen med FSII er at sikre sammenhæng mellem afgørelse og leverance. Det betyder, at informationerne skal være klassificeret således, at de er relevante for den leverandør, som skal levere indsatsen.

FSII anvendes i en eller anden form i størstedelen af kommunerne og er indbygget og understøttet i alle gængse EOJ-systemer.

### Metoden i FSII

FSII består både af en sprogdelt og en metodedelt. FSII's metode har til formål at foretage og dokumentere en helhedsvurdering af borgeren, opsætte retningsgivende mål for leverancen af indsatsen og på baggrund heraf træffe og begrunde en afgørelse samt finde den relevante indsats, som kan afhjælpe borgerens behov. Således fokuserer metoden på følgende tre områder:

- 1) Helhedsvurdering af borgeren, herunder afdækning af borgerens hverdagsliv (hvad oplever, ønsker og prioriterer borgeren), den faglige vurdering (konsekvenser af svækkelse, sygdom og handicap – grundlaget for afgørelsen) og den tværfaglige journal.
- 2) Mål for indsatsen: det retningsgivende mål.

---

<sup>8</sup> *Fælles Sprog II – dokumentation af afgørelser på kommunale ældre- og handicapområde*, p. 7.

3) Afgørelse, herunder katalog over indsatsområder.

### **Deloitte's analyseramme anvendt på FSII**

I det følgende anvendes Deloitte's analyseramme og vurderingskriterier for terminologi på FSII.

#### ***FSII's målgruppe***

FSII's målgruppe er voksne borgere, der på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, som har konsekvenser for borgerens funktionsevne, har brug for tilde-ling af praktisk/personlig hjælp samt træning og sygepleje<sup>9</sup>. Det er dog referencegruppen og projektkommunernes erfaring, at FSII primært retter sig mod ældreområdet. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at FSII primært fokuserer på forhold, som er væsentlige for ældre, fx muligheden for at fungere inden for hjemmets fire vægge, mens man på for eksempel handicapområdet også fokuserer på aktiviteter og muligheder uden for hjemmet.

#### ***FSII's dækning af funktionsområde***

FSII dækker primært funktionsområdet fysiske/kropslige funktioner (udtrykt ved termerne aktivitet og krop) og dækker i mindre grad psykiske funktioner (udtrykt ved termen psykologiske funktioner, som hører under hovedgruppen kroppens funktioner). Desuden dækker FSII borgerens oplevelse af egen situation og begrænsning samt personlige faktorer, som omfatter elementerne intelligens, temperament og personlighed, som samles i begrebet mestringskapacitet, der er et overordnet udtryk for, hvordan belastninger og nye situationer håndteres. Mestringskapacitet hører derfor under det psykiske funktionsområde, men som det fremgår nedenfor fylder det dog ikke meget i den terminologi, som FSII benytter sig af. Endelig registrerer visitator, om årsagen til begrænsninger er betinget af borgerens mentale og/eller fysiske funktionsnedsættelse. Dette gøres imidlertid meget overordnet, idet der blot afkrydses ja/nej ved en af disse kategorier uden at specificere den nærmere karakter af den fysiske eller mentale funktionsnedsættelse.

De sociale og kommunikative funktioner er i mindre grad dækket i FSII. Således dækkes det sociale kun fuldt ud af ét punkt ud af ni i borgerens hverdagsliv og af fem underpunkter ud af 23 i kataloget over indsatsområder, hvoraf én af dem dækker kommunikation.

FSII har altså primært fokus på fysiske aktiviteter og funktioner inden for hjemmets fire vægge og i mindre grad fokus på sociale ak-

---

<sup>9</sup> *Fælles Sprog II – dokumentation af afgørelser på kommunale ældre- og handicapområde.*

tiviteter uden for hjemmet. De psykiske funktioner dækkes i nogen grad dog forholdsvis overordnet, mens de kommunikative funktioner næsten ikke dækkes.

### *FSII's understøttelse af sagsbehandlingsprocessens faser*

FSII understøtter primært oplysning og vurdering af sag samt afgrænsning. I mindre omfang understøttes bestilling til leverandør og opfølgning på leverance.

I det følgende skitseres kort, hvordan faserne i sagsbehandlingsprocessen forløber.

I dialog med borgeren afklares og dokumenteres dennes behov i form af oplevede begrænsninger, ønsker og prioriteter i *Borgerens hverdagsliv*. Ligeledes afdækkes og dokumenteres årsagerne til borgerens begrænsninger for at udføre bestemte aktiviteter i *den tværfaglige journal* (som dog ikke nødvendigvis relateres til den specifikke afgrænsning). Det registreres ligeledes, om begrænsningen for udførelsen af aktiviteter er betinget af fysiske, mentale og/eller oplevede faktorer, samt hvordan boligens indretning og personlige faktorer påvirker funktionsevnen.

Visitor får også gennem FSII mulighed for at afdække borgerens udviklingspotentiale gennem registrering af *Det retningsgivende mål*, som udgøres af et fagligt skøn over, hvilken målrettet indsats som vil kunne forbedre eller eventuelt fastholde borgerens funktionsniveau og -evne. Gennem det retningsgivende mål bliver det tydeligt for leverandøren, hvad denne skal fokusere på i sin indsats.

Det, borgeren bevilliges, dokumenteres i *Kataloget over indsatsområder*, som omfatter de kommunale ydelser, der bevilliges efter de paragraffer i serviceloven, som relaterer sig til FSII's fokusområde, nemlig leverance af praktisk/personlig hjælp, træning og hjemmesygepleje. Kataloget er vejledende, og kommunerne kan således benytte egne ydelseskataloger.

I FSII lægges der vægt på, at informationerne klassificeres på en sådan måde, at de er relevante for den leverandør, der skal levere indsatsen. Det er med andre ord vigtigt, at myndighed og leverandør forstår det samme ved den terminologi, som anvendes, således at der er sammenhæng mellem afgrænsningen og leverancen og opfølgningen. Med det retningsgivende mål og kataloget over indsats er der i udgangspunktet skabt mulighed for opfølgning, men FSII understøtter ikke direkte opfølgning på indsatsen hverken metodisk eller terminologisk (se nedenfor).

### *Bredden og dybden i terminologien i FSII*

I det følgende gennemgås og analyseres den terminologi, herunder bredde (antal ord) og dybde (detaljeringsgrad), som anvendes i FSII.

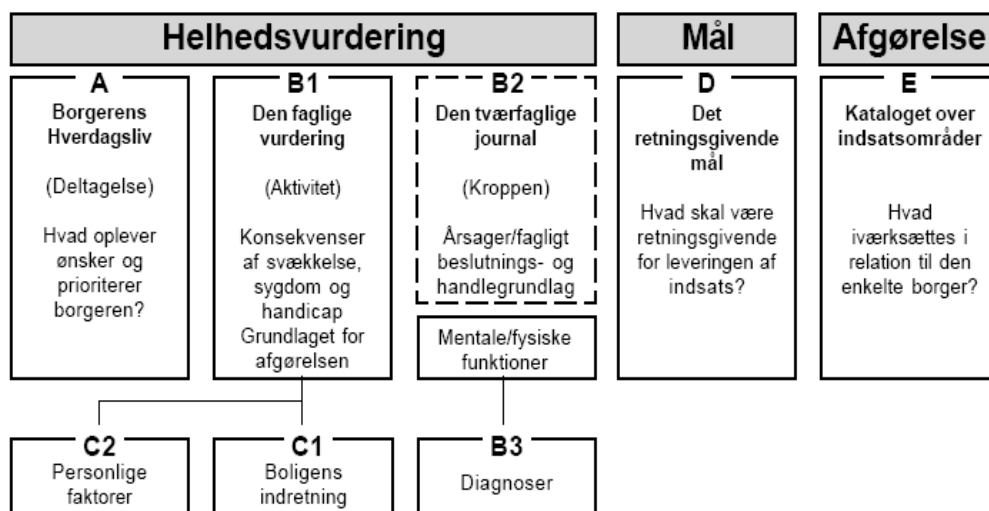
#### **Fælles Sprog II**

Antal begreber: 102

Antal niveauer: Varierende fra ét til fire niveauer afhængigt af dimension.

FSII består som nævnt både af en metodedel og en terminologidel. Med dette menes, at man i forbindelse med arbejdet med metoden målrettet har arbejdet med at understøtte denne med et struktureret og standardiseret sprog.

Nedenstående figur illustrerer opbygningen af FSII.



Kilde: *Fælles Sprog II – dokumentation af afgørelser på kommunale ældre- og handicapområde*, p. 10.

Hovedparten af begreberne i FSII er defineret og understøttet med eksempler. Desuden er alle øvrige centrale begreber i relation til metoden og terminologien defineret i en central ordliste. Begreber og definitioner har dog ikke været underlagt en egentlig lingvistisk analyse, der kan sikre imod dobbeltydighed, uklare definitioner etc.

I bilag 1A er vedlagt en oversigt over begreber i FSII.

Terminologien i FSII er hierarkisk med otte dimensioner, som har et varierende antal niveauer og dermed detaljeringsgrader.

Dimension	Antal niveauer	Antal begreber
Borgernes hverdagsliv	2	9
Den faglige vurdering	2	17
Mental og fysisk funktion <sup>1</sup>	ICF	ICF/29
Diagnoser <sup>2</sup>	ICD	ICD
Boligens indretning	2	6
Personlige faktorer	1	1
Det retningsgivende mål	2	4
Ydelseskatalog <sup>3</sup>	4	(29)
<b>I alt</b>	<b>Variierende</b>	<b>42(102)<sup>4</sup></b>

**Noter:**

<sup>1</sup> FSII "låner" begreber i denne dimension fra WHO's ICF-klassifikation. Man har dog udarbejdet et subset på 29 udvalgte begreber.

<sup>2</sup> FSII "låner" sin diagnosedimension fra WHO's ICD-klassifikation.

<sup>3</sup> Ydelseskataloget er vejledende for kommunerne.

<sup>4</sup> "I alt"-tallet dækker over både hovedbegreber og underbegreber, dvs. 5 (7) hovedbegreber og 37 (95) underbegreber.

I det følgende gennemgås de otte dimensioner nærmere.

Under dimensionen *Borgerens hverdagsliv* dokumenteres borgernes oplevede begrænsninger inden for ni overordnede aktiviteter, der har betydning for et uafhængigt og meningsfuldt voksenliv. Hver aktivitet har en begrebsdefinition og en bemærkning som illustreret nedenfor.

<b>Kode</b>	<b>Aktiviteter i ethverdagliv</b>	<b>Definition af den enkelte aktivitet</b>	<b>Bemærkning</b>
A1	Arbejde/ uddannelse	Alle former for beskæftigelse såvel lønnet som ulønnet.	Aktiviteten er udgangspunktet relevant for unge eller erhvervsaktive personer.

De ni begreber er defineret relativt overordnet, og det er uklart, hvorvidt de er fuldt dækkende for dimensionen.

Under dimensionen *Den faglige vurdering* dokumenteres borgerens funktionsevne, og konsekvenserne af svækkelse, sygdom og/eller handicap synliggøres. Den faglige vurdering omfatter 17 aktiviteter, som er nødvendige at vurdere for at beslutte, om en borger er berettiget til kommunale kerneydelser. I FSII-regi vil det sige praktisk/personlig hjælp, træning og hjemmesygepleje. Hver aktivitet er tilknyttet en begrebsdefinition som illustreret nedenfor.

<b>Kode<sup>22</sup></b>	<b>Aktiviteter i Den faglige vurdering</b>	<b>Begrebsdefinition</b>
B1-1	At spise	Taget mad op til munden og spise, at skære eller bryde mad i stykker og anvende spiseredskaber (kniv, gaffel, ske), når maden er serveret.

De 17 aktiviteter er generelt defineret på et middel detaljeringsniveau. Dog er detaljeringsgraden og kompleksiteten af aktiviteterne varierende. For eksempel omfatter aktiviteterne "Toiletbesøg", som er et relativt dækkende og ukomplekst begreb, men også "At anvende kollektive transportmidler", som er et noget mere diffust og

komplekst begreb. Samtidig skelner man i definitionen af aktiviteterne mellem begreberne "At sikre", "At planlægge", "At iværksætte", "At udføre" og "Passende", som har til hensigt at uddybe og præcisere, hvad der fokuseres på i de enkelte aktiviteter. At planlægge er for eksempel noget andet end at iværksætte. Udfordringen er i denne sammenhæng, at den enkelte aktivitet kan være defineret med en eller flere af disse "attributter", og at det ikke klart fremgår af aktivitetsbegrebet, hvilke attributter der er tilknyttet.

I *Den tværfaglige journal* registreres borgerens sundhedstilstand i form af kroppens funktioner (svækkelse, sygdom/handicap). Dokumentation udgøres af faktuelle kliniske data og diagnoser, som beskriver årsagerne til borgerens begrænsninger på udførelsen af aktiviteter. FSII indeholder som sådan ingen selvstændige begreber i relation til den tværfaglige journal. Det anbefales i FSII-manualen, at man bruger ICF-klassifikationen i forhold til mentale og fysiske funktioner. Specielt er udvalgt et subset på 29 kropslige funktioner, som erfaringsmæssigt har vist sig at have betydning for borgerens funktionsevne<sup>10</sup>. Terminologien i forhold til diagnoser er heller ikke en integreret del af FSII, men er i stedet WHO's ICD-klassifikation. Begge WHO-klassifikationer er udarbejdet i henhold til ISO's anbefalinger. Den nærmere præcisering af funktionsnedsættelser vil stå i den tværfaglige journal. Det er dog op til den enkelte kommune, hvilke klassifikationer (og detaljeringsgrad) som ønskes anvendt i den tværfaglige journal. Det betyder, at der kan være store forskelle i den klassifikation og detaljeringsgrad, som de enkelte kommuner anvender i journalen. Det er eksempelvis ikke sikkert, at den mentale funktionsnedsættelse er særligt detaljeret beskrevet, hvorfor det kan være svært at vurdere den præcise årsag til denne eller hin funktionsnedsættelse.

Kontekstuelle faktorer er i FSII begrænset til at dække dimensionerne *Boligens indretning* og *Personlige faktorer*, som kan virke henholdsvis fremmende og hæmmende for borgerens mulighed for at udføre aktiviteter og dermed for borgerens funktionsevne.

*Boligens indretning* beskrives med seks begreber, der begrebsmæssigt er på et meget overordnet detaljeringsniveau. Begreberne er ikke defineret. Begrebernes navne er baseret på boligens fysiske rum som for eksempel "Soveværelset". Terminologier baseret på fysiske enheder frem for eksempelvis funktion giver en risiko for, at faktiske forhold er vanskelige at beskrive, fordi de ikke kan afspejles i terminologien, for eksempel ved at en brusekabine, som umiddelbart ville høre ind under "Toilettes indretning", er placeret i soveværelset.

---

<sup>10</sup> *Fælles Sprog II – dokumentation af afgørelser på kommunale ældre- og handicapområde*, p. 29.

*Personlige faktorer* registreres overordnet gennem en vurdering og "et øjebliksbillede"<sup>11</sup> af, om borgerens mestringskapacitet (samlet udtryk for en borgers oplevelse af sin situation som begribelig, håndterbar og meningsfuld) er henholdsvis "Lav", "Middel" eller "Høj". Registreringen af mestringskapacitet er med andre ord ikke detaljeret og tjener blot som en indikator ved udarbejdelse af ledelsesinformation.

*Det retningsgivende mål* for indsatsen er en oversættelse af helhedsvurderingen og fastsættes ligeledes ud fra visitators – og eventuelt andre fagpersoners – vurdering af borgerens udviklingspotentiale. Der er fire retningsgivende mål. Hvert mål har hver sin definition/præcisering og kommentar som illustreret nedenfor.

Kode	Det Retningsgivende mål	Definitioner/præciseringer af målene	Kommentar
D1	Udrede <sup>12</sup>	At afklare behov og/eller udviklingspotentiale med henblik på at identificere relevante og nødvendige handlemuligheder i relation til den enkelte.	Her skal udfører være særligt opmærksom på at afdække, hvad borgeren kan/ikke kan og de mulige årsager til, at borgeren evt. er begrænset. Herunder vil det være væsentligt, at der er en tæt dialog mellem eksempelvis hjælper og sygeplejersken.

Det understreges, at leverandøren skal kunne "afkode den information, som ligger gemt i angivelsen af Det retningsgivende mål"<sup>12</sup>. Denne afkodning kan understøttes ved lokalt at operationalisere sammenhængen mellem de retningsgivende mål og indsatsområderne yderligere. Det vil sige, at FSII i sig selv ikke sikrer denne operationalisering, som kræver, at myndighed og leverandør forstår det samme ved de samme begreber.

I *Kataloget over indsatsområder* (ydelseskataloget) dokumenteres de visiterede målrettede kommunale kerneydelser (som er omfattet af FSII), der bevilliges borgeren. Der lægges dog op til, at visitator fastlægger mål og afstikker overordnede rammer for indsatsen, mens man lokalt fastlægger detaljeringsgrad og fokus i beskrivelsen af indsatsen, og hvordan denne skal leveres. Indsatserne opgøres i personaleressourcer (overordnet tildeling af minutter pr. uge). Ydelseskataloget i FSII er vejledende, og enkeltbegreberne er ikke

<sup>11</sup> *Fælles Sprog II – dokumentation af afgørelser på kommunale ældre- og handicapområde*, p. 32.

<sup>12</sup> *Fælles Sprog II – dokumentation af afgørelser på kommunale ældre- og handicapområde*, p. 34.

defineret. Lokalt i de enkelte kommuner er der mulighed for at supplere kataloget med tillægsoplysninger, fx angående lovhjemmel, paragraffer, leverandører og/eller netværkets deltagelse i opgaveløsningen m.m. Ydelseskataloget er hierarkisk opbygget med tre underniveauer. I tillæg til den tildelte ydelse registreres den konkrete paragraf i lov om social service, og ydelseskataloget er dermed tæt koblet til lovgivningen.

### Vurdering af FSII

I den følgende tabel sammenfattes, hvordan FSII opfylder de otte vurderingskriterier for en terminologi.

Vurderingskriterier for terminologi	FSII
Terminologien bør være dækkende for fagområdet (eller flere underområder inden for det sociale område) og kunne koordineres med andre sprog.	Dækker bredt på ældreområdet og i mindre grad på områderne voksenhandicap og udsatte voksne. Dækker slet ikke børn/unge.  FSII er struktureret og hierarkisk opbygget, og nogle af begreberne er defineret, hvilket gør koordination med andre sprog muligt, selvom det dog på enkelte dimensioner vil være vanskeligt pga. uhensigtsmæssigt design.
Terminologien bør kunne dække flere formål (fx oplysning af borgerbehov, dokumentation af problemer, afgørelser og effekter).	Dækker oplysning, vurdering og afgørelse af sag og i mindre grad bestilling til leverandør og opfølgning på leverance.
Terminologien bør bygges som et polyhierarki (multiaksialt), således at et begreb kan findes under flere hierarkier (fx kan bolignød som følge af alkoholismens findes både under demens og under alkoholisme).	Er opbygget hierarkisk. Hierarkiet er ikke ført igennem i alle dimensioner, men varierer meget fra dimension til dimension.
Terminologien bør bygge på anvendelsen af entydige begreber (som dog godt kan udtrykkes med flere termer, fx en foretrukken term samt synonyme) – den må ikke være flertydig (betyde flere forskellige ting) eller være homonym (ord, som staves eller udtales ens, men som betyder noget forskelligt), fx en "fil". Hvis der findes flere termer for samme begreb, bør man kun vælge én term, som dækker begrebet og de behov, man har (evt. suppleret med synonyme).	Nogle af begreberne er defineret, men der er ingen synonyme. Specielt i forhold til begreber i ydelseskataloget udestår definition.  Der er ikke foretaget en lingvistisk vurdering. I udviklingen af FSII har der heller ikke været sådanne tiltag.
Terminologien bør give mulighed for forskellige detaljeringsniveauer (antallet af begreber og niveauer, som kan dække de ønskede behov).	FSII giver mulighed for op til 3-4 (afhængigt af dimension) detaljeringsniveauer. Detaljeringen kunne dog øges på flere dimensioner.
Terminologien bør være accepteret af fagfolk, evt. også internationalt (hvis termen allerede findes, skal man ikke lave en ny, fx "pacemaker" og ikke "hjer-testimulator").	FSII anvendes i en eller anden form i størstedelen af kommunerne og er indbygget og understøttet i alle gængse EOJ-systemer.
Terminologien bør ikke være misvisende (fx er det misvisende at kalde det, som angår kernen i et atom, for ')	Der er ikke foretaget en egentlig lingvistisk vurdering, men der er tydelige udfordringer på flere dimensioner.

"atomenergi" og ikke "kerneenergi").	
Terminologien bør være gennemskuelig og letforståelig (for såvel fagmand som lægmand) – fokus på, at borgeren forstår terminologien. Man bør undgå forkortelser, medmindre forkortelsen er mere kendt og accepteret end det fulde ord (fx "it").	Der er ikke foretaget en egentlig lingvistisk vurdering.

### Fordele og ulemper ved FSII i forhold til de udvalgte målgrupper

FSII består af i alt otte dimensioner, som adskiller sig væsentligt fra hinanden både i forhold til strukturel form og detaljeringsgrad, samt hvorvidt begreberne er defineret. På to dimensioner har man valgt at adoptere WHO's relevante klassifikationer. Det er meget væsentligt, idet disse klassifikationer er bredt fagligt accepteret på sundhedsområdet, hvilket gør snitfladeproblematikker over for sundhedsområdet lettere at håndtere. Flere af de øvrige dimensioner er dog behæftet med væsentlige terminologiske udfordringer, herunder specielt dimensionerne "Boligens indretning" og "Den faglige vurdering". Endvidere er det en svaghed, at begreberne i ydelseskataloget ikke er defineret, og at det er frivilligt for kommunerne, hvorvidt begreberne bruges.

Fokus i FSII synes primært at være rettet imod fysiske aktiviteter og funktioner inden for hjemmets fire vægge og i mindre grad imod udadrettede aktiviteter.

Referencegruppen og projektkommunerne fremhæver både fordele og ulemper ved FSII.

FSII har været under udvikling i 2½ år i samarbejde med 12 kommuner og foreligger nu i sin anden version. Fælles Sprog (første version) er ifølge KL i brug i næsten alle landets kommuner<sup>13</sup>. Fælles Sprog er derfor relativt bredt funderet og afprøvet, især på ældreområdet. Det betyder, at de faggrupper, som har med ældreområdet at gøre, er bekendt med metoden og terminologien.

I og med FSII er bygget op af et standardiseret og struktureret sprog (med nogle begrebsdefinitioner og fortolkningsstøtte), som blandt andet er funderet i ICF (der er kendt af mange og af forskellige faggrupper), er det relativt let at bruge på tværs af forskellige fagligheder og kommuner. FSII benytter sig på de fleste dimensioner ligeledes af nogle konkrete og definerede termer, som på workshopper blev vurderet til at være nyttige i løsningen af bestemte arbejdsopgaver, som relaterer sig til ydelserne praktisk/personlig hjælp samt træning og sygepleje.

<sup>13</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 125-131.

FSII giver mulighed for brugerinddragelse, blandt andet på den måde, at borgerens egne ord indgår i dokumentationen. Desuden indgår det, borgeren vægter, som meningsgivende i *Borgerens hverdagsliv*, således at hjælpen tilrettelægges ud fra det, som tilføjer borgeren livskvalitet.

I FSII's egen beskrivelse egner FSII's måde at klassificere på ved hjælp af standardiseret sprog og standardiserede funktionsniveauer sig ikke til direkte kommunikation til borgeren, hvorfor FSII skal "oversættes" i forhold til borgeren.

FSII er specielt rettet mod tildeling af praktisk/personlig hjælp samt træning og sygepleje. Alle andre indsatser er ikke integreret i FSII (fx tildeling af hjælpemidler, boligændringer og flytning til anden bolig, visitation til botilbud mv.). FSII har et fokus på "fysiske funktioner" og "synlige støtte-/plejebenhov" (leverandørudsagn fra én, som har afprøvet FSII i forhold til handicappede) og ikke på udredning af kommunikation, sociale kompetencer eller socialpædagogiske behov.

For at dokumentere andre ydelser, fx socialpædagogisk indsats, skal yderligere aktiviteter tilføjes den faglige vurdering. For eksempel kan borgerens mestringskapacitet (samlet udtryk for en borgers oplevelse af sin situation som begribelig, håndterbar og meningsfuld) udvides til også at dække sindslidende og handicappede.

Det er referencegruppens og projektkommunernes opfattelse, at FSII primært har et fokus på ældre borgere, som bor i eget hjem. Derfor vurderes funktionsevnen ved hjælp af begreber, som er orienteret omkring borgerens eget hjem, og inkluderer således ikke de borgere, som er i arbejde eller under uddannelse. Terminologien i FSII tager derfor ikke højde for, at borgerens behov ud over boligens indretning også påvirkes af for eksempel arbejdspladsens og uddannelsesinstitutioners fysiske indretning. Der er brug for tilføjelse af terminologi, for at FSII kan rumme og dokumentere afgørelser i relation til især yngre handicappede voksne<sup>14</sup>. Der er med andre ord brug for at udvide fokuset og terminologien til andre målgrupper, som har andre behov end ældre, for eksempel behov, som knytter sig til aktiviteter uden for hjemmet (arbejde, fritidsaktiviteter og uddannelse) og til det at have et barn m.m.

Referencegruppen og projektkommunerne mener, at grupper som voksne handicappede, yngre handicappede og psykiatiske patienter (sindslidende) og misbrugere falder udenfor<sup>15</sup>. Der er ikke i FSII et decideret fokus på disse områder. For eksempel indgår de

---

<sup>14</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 129.

<sup>15</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 130 og *Kvalitetstjek i relation til unge handicappede*, KL.

psykologiske funktioner under fysiologiske funktioner. Ligeledes mangler der noget om borgerens sociale relationer og kommunikation<sup>16</sup>, som det blev vist ovenfor. På et referencegruppemøde blev det påpeget, at FSII ligeledes mangler et større detaljeringsniveau i forhold til kropsdelen.

Endvidere mener referencegruppen og projektkommunerne, at der mangler noget om områder, som vil udløse socialpædagogisk støtte, hjælpeordning og støtte-/kontaktpersoner. FSII har kun fokus på praktisk/personlig hjælp, træning og hjemmesygepleje og har dermed ikke disse områder med. På workshopper med projektkommunerne blev det påpeget, at FSII – selvom FSII er udviklet med hjælp fra en projektgruppe bestående af en tredjedel sygeplejersker og to tredjedele terapeuter – er præget af en "sygeplejeterminologi" og måde at arbejde på, som er meget anderledes end for eksempel socialpædagogers terminologi og måde at arbejde på. Forskellen udtrykkes på en workshop på følgende måde: "Sygeplejersker arbejder meget detaljeret, mens sagsbehandlere tænker mere overordnet og helhedsorienteret. Der er tale om to forskellige kulturer og dermed terminologi, som er svært forenelige." FSII vurderes altså til at passe til sygeplejerskernes kultur, men ikke til faggrupper, der arbejder med handicappede, specielt handicappede, som har brug for socialpædagogisk støtte. Dér bliver FSII i projektkommunernes øjne for "detaljeret og kasseagtigt". Videre kommenterer en deltager på en workshop, at FSII er lavet til de lange og komplekse afgørelser på ældreområdet, som handicapområdet ikke har.

På workshopper med projektkommunerne og på et referencegruppemøde blev det påpeget, at FSII ikke tager højde for, at en psykisk handicappet borger (fx en udviklingshæmmet) kan have mangel på historik og selvforståelse samt have svært ved at kommunikere behov. FSII mangler i det hele taget socialpædagogiske elementer, for eksempel i forhold til hvad der skal til, for at borgeren kan udvikle sig, hvilket er noget andet end at få gjort rent. For eksempel er det forskelligt, om støtte til bad eller tandbørstning er en socialpædagogisk opgave eller praktisk hjælp: indgår der et udviklende element i opgaven, eller er det blot et spørgsmål om at hjælpe til med det fysiske (føre bruseren eller tandbørsten)? Begrebsmæssigt er der ligeledes forskel på "træning" og "socialpædagogisk støtte". I FSII fokuseres udelukkende på den praktiske hjælp og træning.

FSII vurderes at være et kompliceret arbejdsredskab at anvende og lære, specielt for hjemmehjælpere og SOSU-assistenten, som derfor kun benytter nogle af kategorierne i FSII<sup>17</sup>. Det kræver, at man

---

<sup>16</sup> Jævnfør *Kvalitetstjek i relation til unge handicappede*, KL.

<sup>17</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 128.

bruger det ofte som for eksempel gruppeledere og visitatorer. Ligeledes vurderes det, at der skal gøres en stor indsats, hvis FSII skal udbredes til leverandørledet<sup>18</sup>.

Der peges endvidere af referencegruppen og projektkommunerne på, at FSII er for snævert og ensidigt fokuseret på ældre, og at visitatorer fra hjemmeplejen (som typisk arbejder med ældre) mangler erfaringer med voksne handicappede og dermed viden om, hvilke ydelser som er relevante for denne gruppe<sup>19</sup>.

### Videreudviklingsmuligheder for FSII

De foregående afsnit kunne give en fornemmelse af, at FSII har væsentlige udfordringer i forhold til at indgå som en del af et fremtidigt fælles sprog for socialområdet.

Men det skal understreges, at FSII indeholder mange interessante aspekter i forhold til videreudvikling. FSII er udbredt på ældreområdet. Samtidig er FSII i forhold til hverdagsliv relativt godt beskrevet, og det er Deloitte's umiddelbare vurdering, at størstedelen af de nævnte terminologiske udfordringer vil kunne løses igennem et målrettet terminologisk arbejde, herunder udvikling af en ny strukturel ramme.

FSII kan med fordel suppleres med socialpædagogisk terminologi og forslag til socialpædagogisk støtte/indsats ved hjælp af bidrag fra socialrådgivere og socialpædagoger (fx definere, hvad en socialpædagogisk bistand går ud på). FSII skal i det hele taget udvide sit fokus på målgrupper og inddrage de relevante aktiviteter, som knytter sig til forskellige målgrupper. Det er derfor vigtigt at få kortlagt, hvilke aktiviteter som betyder noget for voksne handicappede og udsatte voksne, herunder sindslidende og misbrugere. Der mangler ligeledes erfaringer i forhold til, hvilke metoder som bedst kan anvendes på handicapområdet<sup>20</sup>.

Deloitte vurderer, at FSII i en videreudviklet form baseret på ovennævnte tilføjelser og tiltag kan bidrage positivt i udviklingen af et fælles sprog for hele det sociale område.

---

<sup>18</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 128.

<sup>19</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 130.

<sup>20</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 130.

## 4.2. Funktionsevnetoden

### Fakta om Funktionsevnetoden

Funktionsevnetoden er udviklet som følge af den lov om førtidspension, som trådte i kraft 1. januar 2003. Ifølge den skal man søge kompensation for nødvendige merudgifter som følge af funktionsnedsættelser efter servicelovens § 100. Metoden skal sikre ensartet sagsbehandling ved tildeling af handicapkompenserende ydelser, og den er udviklet, for at sagsbehandlerne kan vurdere ansøgerens funktionsevne. Den kan afklare en persons funktionsevne og dermed behov for handicapkompenserende ydelser.

(Kilde: Metoder og dokumentation på handicapområdet).

Funktionsevnetoden (FEM) er udelukkende designet som en metode, der gennem en række spørgsmål søger at afdække en borgers funktionsevne. FEM er således til forskel fra fx FSII ikke designet med en understøttende terminologi. Men alle spørgsmål indeholder et betydende begreb, som tilsammen de facto danner en understøttende terminologi. I det følgende er det denne terminologi, som vil blive gennemgået og analyseret.

Formålet med FEM er at foretage en samlet vurdering af borgerens funktionsevne, som skal danne grundlag for "tildeling af handicapkompenserende ydelser" jævnfør funktionsevnebekendtgørelsen. Vurderingen foretages dels ved hjælp af et samtalskema, som udfyldes med prosatekst, og dels ud fra specialistudtalelser. Desuden skal borgeren sandsynliggøre de merudgifter, der er, og som skyldes funktionsnedsættelsen. Sigtet med metoden er at give et "ensartet grundlag for det kommunale arbejde i forskellige afdelinger og på tværs af forskellige faggrupper"<sup>21</sup>.

FEM tager udgangspunkt i ICF (internationale klassifikation af funktionsevne) og bygger på WHO's tanker om sundhedsfremme. Borgeren skal så vidt muligt involveres i udredningen, beslutninger og aftaler.

Funktionsevnetoden indeholder som nævnt de facto et standardiseret sprog vedrørende vurdering af funktionsevne via de syv emner i samtalskemaet som illustreret nedenfor. Metoden anvender ikke standardiserede funktionsniveauer (fx 0-4 som FSII), men udelukkende prosatekst.

FEM er lovpligtig at bruge i forhold til vurdering af en borgers funktionsevne med henblik på tildeling af handicapkompenserende ydelser (merudgift).



Kilde: *Samtalskema til vurdering af funktionsevne*, p. 1.

<sup>21</sup> *Funktionsevnetoden*, p. 7.

## Metoden i FEM

FEM består af tre redskaber: et følgebrev, samtalskema og aftaleskema.

*Følgebrevet* orienterer om sagsbehandlingens forløb og beder borgeren om at kontakte forvaltningen og forberede sig til samtalen via samtalskema (hvis udfyldelse ikke er et krav).

*Samtalskemaet* afdækker ved hjælp af syv emner og underemner (spørgsmål) funktionsnedsættelsen (livssituationen). Borgeren inddrages på den måde, at det er borgerens egne ord og markerede behov, som registreres gennem besvarelsen af spørgsmålene.

I *aftaleskemaet* noteres forslag til compensation sammen med de konkrete mål, som borgeren og sagsbehandleren har for at iværksætte de relevante og nødvendige handicapkompenserende ydelser (opgaveliste). Hver ydelse har et mål, som ydelsen skal opfylde. Hver opgave beskrives med: hvad der skal gøres, hvem der skal gøre det, og hvornår det skal gøres (deadline for gennemførelse). Alle aktiviteter og henvendelser indføres løbende i aftaleskemaet (dokumentation), som dermed bliver en slags løbende journal, hvor sagsforløbet noteres. Længere beskrivelser af analyser, samtaler, bevillingskriterier eller grundlag opsummeres kort i aftaleskemaet og vedlægges som bilag i journalen. Opfølgingsplan noteres ligeledes i aftaleskemaet. Det er også aftaleskemaet, der bruges i forhold til afslag af bevilling. Alt skrives i prosatekst.

Som supplement til metoden er der udarbejdet en publikation, *Fokusområder. Om nedsat funktionsevne og kompensationsmuligheder*. Publikationen angiver de områder, sagsbehandleren bør fokusere på i afdækningen af funktionsevne, samt hvilke kompensationer der er mulige for hvert område (fx i forhold til området gangfunktion). Hver kommune kan endvidere tilføje metoden en ydelsesoversigt over de kompenserende ydelser, kommunen kan tilbyde i henhold til servicelovens bestemmelser. Med oversigten kan sagsbehandleren dels finde relevante tilbud, dels få et overblik over kommunens organisering, ydelser og serviceniveau. På den måde kan de overordnede målsætninger lettere kobles til de konkrete ydelser.

## Deloitte's analyseramme anvendt på FEM

I det følgende anvendes Deloitte's analyseramme og vurderingskriterier for terminologi på FEM.

### *FEM's målgruppe*

FEM's målgruppe er i princippet hele servicelovens målgruppe, men fokus i FEM er rettet mod borgere, der er mellem 18 og 65 år med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når merudgifter er en følge af den nedsatte funktionsevne. Det vil sige, når en

langvarig lidelse er af indgribende karakter i den daglige tilværelse og medfører, at der må sættes ind med betydelige hjælpeforanstaltninger. Målgruppen er altså i princippet både ældre (op til 65 år), handicappede og sindslidende. Dog pegede flere af projektkommunerne på, at FEM ikke dækker handicapområdet tilstrækkeligt. Ligeledes påpeges det i håndbogen for FEM, at metoden skal suppleres og udvikles yderligere i forhold til personer med psykiske lidelser<sup>22</sup>.

### *FEM's dækning af funktionsområde*

FEM dækker ud over baggrundsoplysninger følgende funktionsområder: det sociale (ét emne), kommunikative (ét emne) og fysiske (fire emner). Det er projektkommunernes vurdering, at FEM mangler flere begreber til at beskrive kroppen. Det psykiske funktionsområde dækkes af nogle få af underemnerne og er således kun i nogen grad dækket.

### *FEM's understøttelse af sagsbehandlingsprocessens faser*

FEM understøtter mere eller mindre alle faser i sagsbehandlingsprocessen. Dog mangler der ifølge en selvstændig handicapkonsulent en bedre kobling til afgørelse. For at illustrere FEM's understøttelse af faserne skitseres i det følgende sagsgangen kort.

Efter borgeren har ansøgt om dækning af merudgifter i forbindelse med sin daglige livsførelse, og sagen er oprettet, får borgeren tilsendt et følgebrev og et samtalskema, som borgeren får mulighed for at udfylde inden samtalen med sagsbehandleren.

Efter samtalen med borgeren og skemaet er udfyldt, udarbejder sagsbehandleren i samarbejde med borgeren en sammenfatning af funktionsevnen. Sammenfatningen bruges til at drøfte, hvilke handicapkompenserende ydelser der ville være relevante for den pågældende borger. På den måde danner sammenfatningen baggrund for aftaler om det videre sagsforløb, som vil blive noteret i et aftaleskema. I aftaleskemaet anføres desuden specialistudtalelser og andre relevante informationer (lægeoplysninger), som er nødvendige i forhold til forløbet, eventuelt fra andre afdelinger i kommunen (fx hjemmepleje, hjælpemidler, social service). Alt sammen for dels at vurdere, om borgeren opfylder kriterierne for tildeling af merudgifter og dermed indgår i metodens målgruppe, og dels for at fokusere på de for borgeren relevante kompenserende ydelser. I forhold til vurderingen af borgerens funktionsnedsættelse anvendes også SM-meddelelser/principafgørelser.

Alle aktiviteter og henvendelser indføres løbende i aftaleskemaet, og borgeren modtager kopier af alle nye aftaler og eventuelle spe-

---

<sup>22</sup> Funktionsevnetoden, p. 15.

cialistudtalelser. Aftaleskemaet indeholder ligeledes bevillings-skrivelser eller afslagsskrivelser med rådgivning om ankemulighe-der.

Ud fra det i aftaleskemaet noterede bestilles en leverandør, eller iværksættes en ydelse. Med opslagsredskabet *Ydelsesoversigt* kan sagsbehandleren finde de relevante tilbud i kommunen.

Aftaleskemaet bliver dernæst brugt som en løbende journal, hvor andre afdelinger og leverandører kan notere de udførte indsatser, således at sagsbehandleren kan følge op på de bestilte ydelser. Af-taleskemaet indeholder også en opfølgingsplan for de iværksatte ydelser, herunder mål med opfølgningen og angivelse af, hvem der gør hvad.

Årligt følges der op på, om det bevilgede skal ændres. Såfremt borgerens situation ændrer sig, foretages en ny vurdering af funkti-onsevnen.

Begrebsmæssigt er fokus dog i høj grad på funktionsevne samt på ydelser i form af ydelsesoversigten.

***Bredden og dybden i terminologien i FEM***

I det følgende gennemgås og analyseres den terminologi, herunder bredde (antal ord) og dybde (detaljeringsgrad), som anvendes i FEM.

FEM er udviklet som en metode og er ikke i sin oprindelse desig-net med en understøttende struktureret og standardiseret terminolo-gi. Det betyder, at Deloitte i forbindelse med foranalysen har ud-draget de betydende begreber fra metodens dimensioner og spørgsmål.

I bilag 1B er vedlagt en oversigt over begreber i FEM.

Metoden i FEM opstiller gennem otte emnegrupper/dimensioner en overordnet hierarkisk struktur, som kan overføres til de betydende begreber, der indgår i metodens spørgeinstrument.

**Funktionsevnetoden:**  
 Antal begreber: 31  
 Antal niveauer: 2

Dimension	Antal niveauer	Antal begreber
Basisoplysninger	Baggrundsinformation <sup>1</sup>	
Den nære dagligdag	2	7 <sup>2</sup>
Samvær med familie og andre	2	3
Fritid, arbejde og uddannelse	2	5 <sup>3</sup>
Kommunikation	2	4 <sup>4</sup>
Bolig	2	3
Transport	2	3
Ydelsesoversigt	Uafklaret	Uafklaret

I alt	2	31 <sup>5</sup>
<p><b>Noter:</b></p> <p><sup>1</sup> I FEM indgår dimensionen basisoplysninger, som indeholder baggrundsinformation, som i de øvrige sprog ikke er en del af terminologien.</p> <p><sup>2</sup> I dimensionen er der seks spørgsmål, men ét af spørgsmålene indeholder to betydende begreber.</p> <p><sup>3</sup> I dimensionen er der fire spørgsmål, men ét af spørgsmålene indeholder to betydende begreber.</p> <p><sup>4</sup> I dimensionen er der tre spørgsmål, men ét af spørgsmålene indeholder to betydende begreber.</p> <p><sup>5</sup> "I alt"-tallet dækker over både hovedbegreber og underbegreber, dvs. seks hovedbegreber og 25 underbegreber, i alt 31 begreber.</p>		

Detaljeringsniveauet er meget overordnet. Begreberne er delvis defineret gennem en række eksempler, som mere detaljeret gør rede for, hvilke elementer, fx aktiviteter, som et givent overbegreb dækker. For eksempel "Færdes udendørs" – "Har du problemer med at færdes udendørs, fx i dit nærområde, hvor din familie bor eller i skoven, og at orientere dig og finde vej". Endvidere er der udformet et bilag til håndbogen om FEM, som forholdsvis detaljeret kommenterer de forskellige livssituationer, som samtaleskemaets spørgsmål afdækker.

Flere af eksemplerne åbner op for fortolkningsspørgsmål. I ovenstående eksempel er det for eksempel ikke klart, om der udelukkende er tale om "Orienteringsevne", eller om for eksempel fysisk evne til at færdes udendørs er inkluderet. Dermed er det op til den enkelte sagsbehandler at definere, hvad han/hun konkret forstår ved det enkelte begreb.

Alle dimensioner indeholder en kategori "Andet", hvilket indikerer, at man ikke mener, at begreberne i den enkelte dimension er dækkende for dimensionen.

Der er ikke foretaget lingvistisk analyse af begreber i FEM.

Dimensionen *Basisoplysninger* indeholder oplysninger om for eksempel "Civil status" og "Hjemmeboende børn". Det vil sige informationer, som i andre terminologier ville anses for at være baggrundsinformationer.

Den nære dagligdag omhandler for eksempel "Personlig pleje" og "Tage initiativ og planlægge dagen". Dimensionen indeholder seks spørgsmål, men spørgsmålet "Har du problemer med at tage initiativ og planlægge din hverdag?" vurderes til at have to betydende begreber i form af "Initiativ" og "Planlægge". I alt syv betydende begreber.

Dimensionen *Samvær med familie og andre* indeholder begreber som for eksempel "Yde omsorg for andre" og "Modtage omsorg". I alt tre betydende begreber.

*Fritid, arbejde og uddannelse* omhandler for eksempel begreberne "Fritidsaktiviteter" og "Aktiviteter". Dimensionen indeholder fire spørgsmål, men spørgsmålet "Har du problemer med at udføre et arbejde eller tage en uddannelse?" vurderes til at have to betydende begreber i form af "Arbejde" og "Uddannelse". I alt fem betydende begreber. Desuden er flere af begreberne overlappende. Begreberne "Fritidsaktiviteter" og "Aktiviteter" samt "Arbejde" og "Frivilligt arbejde" vurderes således at være overlappende.

Dimensionen *Kommunikation* indeholder begreberne "Føre en samtale", "Skrive" og "Læse" samt bruge "Informationsredskaber". Dimensionen indeholder tre spørgsmål, men spørgsmålet "Har du problemer med at læse og skrive?" vurderes til at have to betydende begreber i form af "Læse" og "Skrive". I alt fire betydende begreber.

Dimensionen *Bolig* dækker over aktiviteter i hjemmet, herunder "Komme rundt i hjemmet" og "Passe hjemmet". Dimensionen har tre betydende begreber.

Begreber i forhold til at færdes uden for hjemmet er samlet i dimensionen *Transport*, fx "Benytte transportmidler" og "Færdes udendørs". I alt tre betydende begreber. Begrebet "Komme rundt indendørs" synes overlappende med begrebet "Komme rundt i hjemmet" i dimensionen bolig. Desuden kan det overvejes, hvorvidt begrebet "Komme rundt indendørs" logisk er et underbegreb til "Transport", som indirekte defineres som relateret til transportmidler.

Ud over de syv dimensioner indeholder FEM et eksempel på en ydelsesoversigt i forhold til handicapkompenserende service og ydelser. Ydelsesoversigten er dog udarbejdet på en måde, som gør det vanskeligt at bedømme struktur, omfang og terminologiske egenskaber.

### Vurdering af FEM

I den følgende tabel sammenfattes, hvordan FEM opfylder de otte vurderingskriterier for en terminologi.

Vurderingskriterier for terminologi	FEM
Terminologien bør være <b>dækkende for fagområdet</b> (eller flere underområder inden for det sociale område) og kunne <b>koordineres med andre sprog</b> .	Dækker voksenhandicapområdet og i mindre grad udsatte voksne og psykisk handicappede.
Terminologien bør kunne <b>dække flere formål</b> (fx oplysning af borgerbehov, dokumentation af problemer, afgørelser og effekter).	Dækker mere eller mindre alle faser i sagsbehandlingsprocessen, dog med fokus på vurderingen og ydelser.
Terminologien bør bygges som et <b>polyhierarki</b> (multiaksialt), således at et begreb kan findes under flere hierarkier	Er opbygget med en ensartet og overordnet hierarkisk struktur. Dog er ydelsesoversigten opbygget, men et relativt

(fx kan bolignød som følge af alkoholde- mens findes både under demens og un- der alkoholisme).	svært tilgængeligt hierarki.
Terminologien bør bygge på anvendelsen af <b>entydige begreber</b> (som dog godt kan udtrykkes med flere termer, fx en foretrukken term samt synonyme) – den må ikke være flertydig (betyde flere for- skellige ting) eller være homonym (ord, som staves eller udtales ens, men som betyder noget forskelligt), fx en "fil". Hvis der findes flere termer for samme begreb, bør man kun vælge én term, som dækker begrebet og de behov, man har (evt. suppleret med synonyme).	Der anvendes meget overordnede begre- ber, som kun delvis defineres gennem eksempler. Begreber er i flere tilfælde overlappende.
Terminologien bør give mulighed for <b>for- skellige detaljeringsniveauer</b> (antallet af begreber og niveauer, som kan dække de ønskede behov).	Meget begrænset detaljeringsniveau.
Terminologien bør være <b>accepteret af fagfolk</b> , evt. også internationalt (hvis termen allerede findes, skal man ikke lave en ny, fx "pacemaker" og ikke "hjer- testimulator").	Er lovpligtig, hvorfor den anvendes i alle kommuner.
Terminologien bør <b>ikke være misvisen- de</b> (fx er det misvisende at kalde det, som angår kernen i et atom, for "atom- energi" og ikke "kerneenergi").	Der er ikke foretaget en lingvistisk vur- dering.
Terminologien bør være <b>gennemskuelig</b> og letforståelig (for såvel fagmand som lægmand) – fokus på, at borgeren forstår terminologien. Man bør undgå forkortel- ser, medmindre forkortelsen er mere kendt og accepteret end det fulde ord (fx "it").	Der er ikke foretaget en lingvistisk vur- dering. Dog benyttes ikke fagbegreber, men flere begreber er så overlappende, at det vil være vanskeligt for brugere at gennemskue, hvad begreberne dækker over.

### Fordele og ulemper ved FEM i forhold til de udvalgte målgrupper

Efter gennemgang af diverse skriftligt materiale samt drøftelse med referencegruppe og projektkommuner kan følgende fordele og ulemper ved FEM udpeges.

Funktionsevne-metoden er mere detaljeret i sin afdækning af borgere-  
rens daglige livsførelse end for eksempel FSII, idet der i samtale-  
skemaet spørges ind til flere aktiviteter. Til gengæld foregår vurde-  
ringen på et meget overordnet plan, der forudsætter en yderligere  
detaljeret, som ikke er sprogligt understøttet.

I Århus Kommune bruges FEM på handicap- og udsatte voksne-  
området (og i nogle få tilfælde også på psykiatriområdet) til at vur-  
dere borgerens funktionsnedsættelse i forhold til tildeling af andre  
ydelser end merudgifter (fx hjælpeordninger). Her anvendes over-  
skriverne fra de seks emner, hvorunder sagsbehandleren skriver sin  
fritekst. Terminologien i FEM opleves som værende en god guide-  
line til at komme godt rundt om borgeren og finde ud af, hvad bor-

geren præcis har brug for. Dog ser man et behov for begreber, der understøtter socialpædagogiske indsatser.

Stort set alle deltagere på workshops udtrykker, at det ville være relevant at bruge FEM i en modificeret form i forhold til tildeling af andre ydelser.

I rapporten *Metoder og dokumentation på handicapområdet* vurderer De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI), at FEM giver et bredt perspektiv på borgeren, der gør det muligt at inddrage borgers liv i en helhed, i modsætning til FSII, som primært fokuserer på, hvad der sker i borgerens hjem. Denne helhedsorientering vil være relevant at bruge på for eksempel en voksen handicappet<sup>23</sup>.

Det meget overordnede detaljeringsniveau gør det vanskeligt at genbruge informationerne i andre sammenhænge, fx til ledelsesinformation og til udveksling af informationer på tværs af forvaltninger og kommuner. Projektkommunerne efterlyser i den forbindelse en fælles måde at beskrive borgeren på, som går på tværs af lovens bestemmelser. Dette kræver et fælles sprog, som er mere systematiseret end det, der bruges i FEM, for eksempel ved hjælp af definitioner af de termer, som anvendes. Der kan være risiko for, at de, der udfylder skemaet, bruger et individuelt tilrettet "sprog", som ikke forstås på samme måde af andre, fordi terminologien i FEM er så overordnet.

Projektkommunerne vurderer endvidere, at FEM er en omfattende metode, som både fra borgerens og sagsbehandlerens side opleves at tage meget lang tid at gennemføre, samtidig med at overblikket let mistes<sup>24</sup>. Vurderingen fra projektkommunerne er videre, at man kan komme frem til samme resultat hurtigere, for eksempel ved brug af de indstillingsskemaer og funktionsvurderinger, som nogle kommuner anvender, idet disse er mere struktureret. Indstillings-skemaet og funktionsvurderingen gennemgås i det følgende afsnit.

I tidligere evalueringer af FEM nævnes det endvidere, at borgere, som har brug for en mindre ydelse, og hvis funktionsnedsættelse er meget tydelig (fx en diabetiker), oplever, at der skal dokumenteres i et urimeligt stort omfang, som ikke står mål med den ydelse, som borgeren skal tildeles<sup>25</sup>.

### **Videreudviklingsmuligheder for FEM**

Fokus i FEM er i høj grad på aktiviteter både inden for og uden for boligen, hvilket gør, at FEM supplerer FSII på et af de områder, hvor FSII er mindre stærk. Dog er der væsentlige terminologiske

---

<sup>23</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 129.

<sup>24</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 122.

<sup>25</sup> *Metoder og dokumentation på handicapområdet*, p. 123.

udfordringer i FEM, herunder en lav detaljeringsgrad, uklare definitioner og overlappende begreber. Samtidig vurderes FEM til ikke at dække handicapområdet tilstrækkeligt, herunder specielt sindslidendeområdet. Derfor skal terminologi fra disse områder indarbejdes, hvis FEM skal have et bredere sigte og dermed kunne understøtte sagsbehandlingsprocessen på voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne.

En af styrkerne i FEM er, at lovgivningskravet gør, at FEM er bredt kendt af relevante fagfolk i kommunerne.

Det er Deloitte's vurdering, at visse elementer af FEM vil kunne indgå i et fælles sprog for hele det sociale område, herunder specielt de aktivitetsrettede begreber.

### 4.3. Indstillingsskema og funktionsvurdering

**Fakta om indstillings-skema**

Et indstillingsskema anvendes af den kommunale myndighed til at indstille en borger til forskellige ydelser/tilbud. Hertil benyttes ofte et funktionsvurderingsskema, som er et bilag til indstillingsskemaet.

I de fleste kommuner anvendes et indstillingsskema til at indstille en borger til forskellige ydelser/tilbud. Hertil benyttes ofte et funktionsvurderingsskema, som er et bilag til indstillingsskemaet. Indstillingsskema og funktionsvurdering er typisk udviklet i det amt, som kommunen oprindeligt tilhørte.

I det følgende gennemgås indstillingsskemaet og funktionsvurderingen fra Gentofte Kommune og Ballerup Kommune under ét, idet kommunerne stort set anvender samme skemaer og dermed terminologi. Ballerup Kommune har imidlertid delt sit funktionsvurderingsskema op i to skemaer: et for handicap og et for psykisk syge, mens Gentofte Kommune har alt med i ét skema. Det er dog samme funktionsområder og underområder/delaktiviteter og dermed terminologi, som benyttes. Ligeledes anvendes samme niveauideling. Begge kommuner kobler ligeledes indstillingsskema og funktionsvurderingsskema sammen med en handleplan, som igen kobles til leverandørens delhandleplaner.

#### **Deloittes analyseramme anvendt på indstillingsskema og funktionsvurdering**

I det følgende anvendes Deloittes analyseramme og vurderingskriterier for terminologi på indstillingsskemaet og funktionsvurderingen, som de udvalgte kommuner anvender.

#### ***Indstillingsskemaets og funktionsvurderingens målgruppe***

Skemaerne dækker målgrupperne voksenhandicap og udsatte voksne. Ældre og børn/unge er ikke en del af målgruppen.

Projektkommunernes vurdering er, at terminologien i funktionsvurderingsskemaet minder om FSII. Ligesom FSII mangler der i skemaerne noget mere terminologi i forhold til at dække handicap og sindslidendeområderne. Det bemærkes videre af kommunerne selv, at det sprog, som anvendes i skemaet, ikke er dækkende for alle typer borgere.

#### ***Indstillingsskemaets og funktionsvurderingens dækning af funktionsområde***

I indstillingsskemaet kan man med prosatekst uddybe borgerens "Ressourcer", "Vanskeligheder" og "Specifikke behov for hjælp" under tre kategorier: "Fysisk", "Psykisk" og "Socialt" funktionsniveau. Ballerup Kommune har tilføjet en fjerde kategori "Kommunikation". I funktionsvurderingsskemaet er der en række underkategorier, som dækker såvel psykiske, fysiske, kommunikative som sociale funktioner. Således dækker indstillingsskemaet og funktionsvurderingen nogenlunde alle funktionsområderne, om end det

fysiske og psykiske i kommunernes egen vurdering kunne dækkes bedre.

### ***Indstillingsskemaets og funktionsvurderingens understøttelse af sagsbehandlingsprocessens faser***

Indstillingsskemaet og funktionsvurderingen understøtter primært følgende faser i sagsbehandlingsprocessen: oplysning, vurdering og afgørelse af sagen. I indstillingsskemaet skal det anføres, hvilken kode "Målgruppen" har i Tilbudsportalen, hvilket understøtter en kobling mellem vurdering og bestilling af tilbud. Særsomt anvendes handleplan og delhandleplan, som understøtter bestilling og opfølgning på leverancen. De er derfor ikke med i indstillingsskemaet og funktionsvurderingen. Skemaerne understøtter indirekte opfølgningen på leverancen, idet skemaet lægger op til, at leverandøren skal udfylde nogle af felterne og dermed gøre sig bekendt med den terminologi, som anvendes heri.

### ***Bredden og dybden i terminologien i indstillingsskemaet og funktionsvurderingen***

Indstillingsskemaet og funktionsvurderingen er udviklet som et konkret redskab til understøttelse af bestillingen fra en kommune til de tidligere amter. Dermed er indstillingsskemaet og funktionsvurderingen ikke i sin oprindelse designet med en understøttende struktureret og standardiseret terminologi. Det betyder, at Deloitte i forbindelse med foranalysen har uddraget de betydende begreber fra indstillingsskemaets og funktionsvurderingens dimensioner og spørgsmål.

I indstillingsskemaerne anføres dels en række baggrundsoplysninger som for eksempel personlige data, dels forskellige vurderinger af funktion, hjælpebehov og udviklingsmuligheder. Der arbejdes med to centrale dimensioner ud over baggrundsoplysninger:

- Indstillingsskema
- Funktionsvurdering.

Som sådan er indstillingsskemaet og funktionsvurderingen opbygget med en hierarkisk struktur med tre niveauer, som kan overføres til de betydende begreber, der indgår i metodens spørgeinstrument. Øverste niveau er som nævnt kun opdelt i to hovedgrupper. Detaljeringsniveauet er relativt overordnet og varierende. For eksempel er "Fysisk helbred" og "Økonomi – forståelse af penges værdi" på samme og laveste detaljeringsniveau. Begreberne er ikke defineret.

I bilag 1C er vedlagt en oversigt over begreber i indstillingsskemaet og funktionsvurderingen.

Der er ikke foretaget lingvistisk analyse af begreber i indstillingsskemaet og funktionsvurderingen.

#### **Indstillingsskemaet og funktionsvurderingen**

Antal begreber: 83 (88)

Antal niveauer: 3

Dimension	Antal niveauer	Antal begreber
<b>Indstillingsskema</b>		
- Fysisk	3	4
- Psykisk	3	4
- Social	3	4
- Kommunikation <sup>1</sup>	3	4
<b>Funktionsvurdering</b>		
- ADL og sociale funktioner	3	12
- Kost	3	3
- Helbred	3	6
- Psykisk/intellektuelt	3	14
- Færden uden for hjemmet	3	10
- Økonomi	3	2
- Beskæftigelse	3	4
- Hjælpe midler	3	2
- Behandling	3	6
<b>I alt</b>	<b>3</b>	<b>83 (88)<sup>3</sup></b>
<b>Noter:</b>		
<sup>1</sup> Kommunikation er en dimension, Ballerup Kommune har tilføjet.		
<sup>2</sup> Liste over hjælpemidler indhentes.		
<sup>3</sup> "I alt"-tallet dækker over både hovedbegreber og underbegreber, dvs. 14 hovedbegreber og 69 underbegreber, i alt 83 begreber. For Ballerup Kommunes vedkommende er der tale om 15 hovedbegreber og 73 underbegreber, i alt 88 begreber.		

*Indstillingsskemaet* har tre til fire dimensioner: fysisk, psykisk og socialt samt kommunikation (for Ballerup Kommunes vedkommende). Hver dimension har fire tilsvarende betydende begreber: ressourcer, udviklingsmuligheder, behandlingsbehov og vanskeligheder. Trods tre detaljeringsniveauer er begreberne relativt overordnede. Samtidig er der et vist overlap mellem nogle af begreberne "Ressourcer" og "Udviklingsmuligheder" samt "Behandlingsbehov" og "Vanskeligheder". Da begreberne ikke er defineret, giver det en risiko for, at begrebernes betydning fortolkes forskelligt af forskellige personer.

I funktionsvurderingsskemaet afkrydses funktionsniveauet på en skala fra 1 til 4 ud fra nogle bestemte aktiviteter, som er betegnet med bestemte begreber, fx "Vask af tøj" (jf. nedenstående illustration).

Funktionsområde		Behov for hjælp og støtte				Udviklings muligheder
		1 Intet støtte behov	2 Vejledning	3 Støtte	4 Full støtte	
<b>ADL</b>	- bad/ hårvask/ tænder/ tandbørstning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- af- og påklædning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- toiletbesøg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vende sig i sengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- rengøring / oprydning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vask af tøj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- betjening af tekniske hjælpemidler (tlf., radio, TV, PC, m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kost</b>	- indkøb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Funktionsvurderingen* har ti dimensioner, der yderligere er opdelt i et antal begreber. Hertil kommer en kategori "Andet", hvilket tyder på en erkendelse af, at ikke alle relevante elementer beskrives. Begreberne varierer en del i detaljeringsgrad. For eksempel er "Toiletbesøg" et relativt konkret begreb, mens "Fysisk" er et mere overordnet begreb. Endvidere er begreberne ikke entydige, hvilket sammen med de manglende definitioner betyder, at der er en risiko for, at forskellige personer potentielt vil forstå noget forskelligt ved det samme begreb. For eksempel er det uklart, hvad begrebet "Samfundsinteresse" dækker over.

### Vurdering af indstillingsskemaet og funktionsvurderingen

I den følgende tabel sammenfattes, hvordan indstillingsskemaet og funktionsvurderingen opfylder de otte vurderingskriterier for en terminologi.

Vurderingskriterier for terminologi	Indstillingsskema og funktionsvurdering
Terminologien bør være <b>dækkende for fagområdet</b> (eller flere underområder inden for det sociale område) og kunne <b>koordineres med andre sprog</b> .	Dækker i nogen grad voksenhandicap og udsatte voksne.
Terminologien bør kunne <b>dække flere formål</b> (fx oplysning af borgerbehov, dokumentation af problemer, afgørelser og effekter).	Er udviklet med henblik på bestillingen, men dækker elementer i forhold til både oplysning, vurdering, afgørelse, bestilling og evaluering.
Terminologien bør bygges som et <b>polyhierarki</b> (multiaksialt), således at et begreb kan findes under flere hierarkier (fx kan bolignød som følge af alkoholdepens findes både under demens og under alkoholisme).	Er opstillet som et strengt hierarki.
Terminologien bør bygge på anvendelsen af <b>entydige begreber</b> (som dog godt kan udtrykkes med flere termer, fx en foretrukken term samt synonyme) – den må ikke være flertydig (betyde flere forskellige ting) eller være homonym (ord, som staves eller udtales ens, men som betyder noget forskelligt), fx en "fil". Hvis der findes flere termer for samme begreb, bør man kun vælge én term, som dækker begrebet og de behov, man	Der er ikke foretaget en lingvistisk vurdering af sproget. Dog må flere begreber betragtes som umiddelbart flertydige blandt andet som følge af manglende definitioner.

har (evt. suppleret med synonymer).	
Terminologien bør give mulighed for <b>forskellige detaljeringsniveauer</b> (antallet af begreber og niveauer, som kan dække de ønskede behov).	Har tre niveauer. Disse er – specielt i forhold til indstillingsskemaet – dog relativt overordnede.
Terminologien bør være <b>accepteret af fagfolk</b> , evt. også internationalt (hvis termen allerede findes, skal man ikke lave en ny, fx "pacemaker" og ikke "hjer-testimulator").	Er relativt udbredt i kommunerne på voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne.
Terminologien bør <b>ikke være misvisende</b> (fx er det misvisende at kalde det, som angår kernen i et atom, for "atom-energi" og ikke "kerneenergi").	Der er ikke foretaget en lingvistisk vurdering af sproget.
Terminologien bør være <b>gennemskuelig</b> og letforståelig (for såvel fagmand som lægmand) – fokus på, at borgeren forstår terminologien. Man bør undgå forkortelser, medmindre forkortelsen er mere kendt og accepteret end det fulde ord (fx "it").	Der er ikke foretaget en lingvistisk vurdering af sproget.

### Fordele og ulemper ved indstillingsskema og funktionsvurdering i forhold til de udvalgte målgrupper

Efter gennemgang af diverse skriftligt materiale samt drøftelse med referencegruppe og projektkommuner kan følgende fordele og ulemper ved indstillingsskemaet og funktionsvurderingen udpeges.

Projektkommunernes vurdering er, at funktionsvurderingsskemaet forholdsvis hurtigt gør det muligt at vurdere en borgers funktionsevne, idet terminologien i funktionsvurderingsskemaet er relativt struktureret (der er for eksempel ikke mulighed for prosatekst).

Omvendt vurderer projektkommunerne, at terminologien i funktionsvurderingsskemaet minder om FSII, samt at der mangler noget terminologi i forhold til handicap og sindslidende. Det sprog, som anvendes i skemaet, er med andre ord ikke dækkende for alle typer borgere og skal derfor suppleres med noget andet terminologi, herunder socialpædagogisk terminologi.

Endvidere efterlyser projektkommunerne en større detaljeringsgrad. Således vurderer projektkommunerne, at der med skemaernes terminologi ikke gives et tilstrækkeligt dækkende billede af borgernes funktionsevne. Desuden bemærkes det, dels at skemaerne udfyldes forskelligt og med forskellig seriøsitet og grundighed alt efter, hvem der udfylder dem, og dels at de, der skal udfylde dem, ofte er tvivl om, hvordan der skal afkrydses. En af grundene til dette er, at der ikke foreligger nogen retningslinjer for eller definitioner på, hvad der menes med ordene i skemaerne. Ligeledes er det svært at vide, præcis hvilken aktivitet der bliver krydset af og dermed er væsentlig at gøre noget ved, idet der optræder flere typer aktiviteter i samme linje (fx bad/hårvask/tænder/tandbørstning). Dette kan ha-

ve en uheldig konsekvens for den leverandør, som ved hjælp af skemaerne skal danne sig et billede af borgerens funktionsevne og ud fra dette billede levere sin indsats. Manglende definitioner af ordene og/eller præciseringer af, hvilke aktiviteter der er tale om, kan medføre individuelle og måske divergerende fortolkninger af det, myndigheden bestiller. For eksempel kan et kryds i "Støtte" ud for tandbørstning dække over flere ting: en socialpædagogisk støtte, som gør borgeren i stand til selv at føre tandbørsten, eller en praktisk støtte til fysisk at føre tandbørsten. Projektkommunerne efterlyser med andre ord ensartethed i udredningen af borgeren samt en præcisering af, hvad der menes med den terminologi, som anvendes.

### **Videreudviklingsmuligheder for indstillingsskemaet og funktionsvurderingen**

Amternes "gamle" indstillingsskemaer var tidligere et centralt kommunikationsmiddel mellem fagpersoner i kommuner og amter. Det betyder alt andet lige, at begreberne i indstillingsskemaerne er kendt af fagpersonerne, hvilket er vigtigt at tænke ind i forhold til videreudviklingsmulighederne, da begreber, der er kendt, nemmere accepteres.

Indstillingsskemaernes styrke ligger specielt i begreberne i forhold til aktiviteter uden for hjemmet. Men samtidig har indstillingsskemaerne alvorlige terminologiske mangler i form af manglende definitioner, flertydighed og spring i detaljeringsgrad.

For at kunne understøtte sagsbehandlingen på voksenhandicap- og udsatte voksne-områderne skal terminologien i indstillingsskemaet og funktionsvurderingen suppleres med yderligere terminologi, som kan dække disse områder, herunder socialpædagogisk terminologi.

## 4.4. Funktionsudredningsmetoden

### Fakta om Funktionsudredningsmetoden

Funktionsudredningsmetoden er udviklet til Ringkøbing-Skjern Kommune med det formål at udrede voksne handicappede og sindslidende i forhold til tildeling af en række ydelser. Metoden er taget i brug primo 2007.

Funktionsudredningsmetoden er udviklet af Institut for Serviceudvikling (ISU) til afdelingen for Voksenhandicap og Socialpsykiatri i Ringkøbing-Skjern Kommune (RKSK). Metoden er taget i brug primo 2007.

Metoden anvendes til at udrede voksne handicappede og sindslidende med henblik på tildeling af en række ydelser, herunder botilbud, dagtilbud, socialpædagogisk bistand (støtte-/kontaktperson, hjemmevejledning), genoptræning (for fx hjerneskadede) m.m.

Funktionsudredningsmetoden bygger på ICF og FSII, men er tilrettet handicappede og psykisk syge.

### Metoden i funktionsudredningsmetoden

Funktionsudredningsmetoden består af et skema, som indeholder et skrivefelt og en kolonne med afkrydsning/scoring af funktionsnedsættelse og ressourcer inden for områderne personlige faktorer, helbred, kroppen (fysiske forhold, sanser, mentale faktorer), omgivelser og aktivitet og deltagelse. Områder, som følger ICF-strukturen.

Der anvendes en score fra 0-100% (0-4.2) - 17 intervaller (16 enheder), som beskriver graden af begrænsning i funktionsevnen og ressourcebasen (fra "Let begrænsning/mangel på ressourcer" til "Total begrænsning/mangel på ressourcer") og ét interval "Uden begrænsninger". Hvert interval beskrives med en tekst og et eksempel. Se nedenstående illustration.

Score	Begrænsning i funktion eller mangel på ressourcer	Tekst	Eksempel
4.2	96-100%	Total begrænsning eller mangel på ressourcer, som indebærer, at problemet opleves i mere end 95% af tiden, det er fuldkomment forstyrrende for det daglige liv og det forekommer hver dag inden for en 30 dages periode	Brugeren har ikke fat i den lange ende
4.1			

Til forskel fra FSII scores borgeren også på de ressourcer, som er til stede hos brugeren, det vil sige kapaciteter til at håndtere krav og belastninger, modstandskraft og andre understøttende/kompenserende forhold. Ressourcer kan i nogle tilfælde virke kompenserende for den funktionsnedsættelse, borgeren har. For eksempel kan en meget overvægtig handicappet (høj funktionsnedsættelse) være motiveret for og i stand til at motionere og dermed score lavt på ressourcer udtrykt med "Ingen begrænsninger ressourcemæssigt".

## **Deloitte's analyseramme anvendt på funktionsudredningsmetoden**

I det følgende anvendes Deloitte's analyseramme og vurderingskriterier for terminologi på funktionsudredningsmetoden.

### ***Funktionsudredningsmetodens målgruppe***

Funktionsudredningsmetodens målgruppe er voksne handicappede og sindslidende. Misbrugere, børn/unge og ældre er ikke omfattet, idet disse grupper sagsbehandles i andre afdelinger, som ikke anvender metoden. Ringkøbing-Skjern Kommune bemærker dog, at der skal suppleres med noget mere terminologi i forhold til at dække psykisk handicappede og sindslidende, herunder termer vedrørende det følelsesmæssige (fylder kun ét punkt i skemaet), og hvordan borgeren lever med sin sindslidelse. Dette forhold uddybes nedenfor.

### ***Funktionsudredningsmetodens dækning af funktionsområde***

Funktionsudredningsmetodens terminologi fokuserer primært på de fysiske funktioner og i mindre grad de psykiske, sociale og kommunikative funktionsområder. For eksempel er der et begreb om "Fysiske handicaps", men ikke et om "Psykiske handicaps". Det skal dog bemærkes, at sagsbehandlerne i Ringkøbing-Skjern Kommune oplever, at det kommunikative og sociale i tilstrækkelig grad er dækket.

### ***Funktionsudredningsmetodens understøttelse af sagsbehandlingsprocessens faser***

Funktionsudredningsmetoden understøtter primært følgende faser i sagsbehandlingsprocessen: oplysning, vurdering og afgørelse af sagen. Indirekte understøttes bestilling og opfølgning på leverance, idet funktionsudredningsmetoden er suppleret med en Bestilling/§ 141-handleplan, som udgør myndighedens handleplan og fungerer som en direkte kobling mellem funktionsudredningen og leverandørernes handleplaner, således at der sikres koordination mellem bestiller og leverandør. Endelig har Ringkøbing-Skjern Kommune udarbejdet kvalitetsstandarder og en opgaveoversigt over ydelser på voksenhandicap- og socialpsykiatriområderne, som kvalitetsstandarderne omfatter. For hvert område, som kvalitetsstandarderne dækker, beskrives mål og eksempler på opfølgningsmetoder. Formålet er blandt andet at gøre forventningerne til ydelserne synlige og skabe systematik i opfølgningen på mål.

**Funktionsudredningsmeto-  
den**

Antal begreber: 53

Antal niveauer: 2

***Bredden og dybden i terminologien i funktionsudredningsmetoden***

Funktionsudredningsmetoden er udviklet som en metode til understøttelse af sagsbehandlingsprocessen på områderne voksne handicappede og socialt udsatte. Funktionsudredningsmetoden er ikke i sin oprindelse designet med en understøttende struktureret og standardiseret terminologi. Det betyder, at Deloitte i forbindelse med foranalysen har udtaget de betydende begreber fra funktionsudredningsmetodens dimensioner og spørgsmål.

I bilag 1D er vedlagt en oversigt over begreber i Funktionsudredningsmetoden.

Funktionsudredningsmetoden er opbygget med en hierarkisk struktur med to niveauer, som kan overføres til de betydende begreber, der indgår i metodens spørgeinstrument. Detaljeringsgraden er overordnet, men dog højere end de to niveauer, som strukturen antyder, idet man har valgt ikke at have en underopdeling af hovedgrupper i undergrupper. Begreberne er ikke selvstændigt defineret. Dog understøttes en del begreber gennem eksemplificering, og endvidere lægger begreberne sig op ad begreber i FSII og ICF.

Der er ikke foretaget lingvistisk analyse af begreber i Funktionsudredningsmetoden.

Dimension	Antal niveauer	Antal begreber
Personlige faktorer	2	6
Helbredsmæssige faktorer	2	6
Kroppen – Fysiske og mentale forhold samt sanser	2	19
Omgivelserne	2	3
Aktivitet og deltagelse	2	14
<b>I alt</b>	<b>2</b>	<b>53<sup>1</sup></b>
<b>Noter:</b>		
<sup>1</sup> "I alt"-tallet dækker over både hovedbegreber og underbegreber, dvs. 5 hovedbegreber og 48 underbegreber, i alt 53 begreber.		

Funktionsudredningsmetoden er bygget op af baggrundsplysninger plus fem hovedgrupper med et antal betydende begreber tilknyttet hver hovedgruppe.

*Personlige faktorer.* Dimensionen indeholder seks betydende begreber. Begreberne spænder vidt fra "Kontakt til familie" til "Religion", og det er uklart, hvilke fælles faktorer der betyder, at de indgår i samme dimension. Endvidere er det ikke klart, hvorfor begrebet "Hverdagens rytme/ikke-programsatte aktiviteter ud over de basale" er inkluderet i denne dimension og ikke i for eksempel dimensionen "Aktivitet og deltagelse". Begreberne er ikke defineret,

og det fremstår for flere begreber ikke klart, hvad der præcis menes, herunder "Seksualitet".

*Helbredsmæssige faktorer.* Dimensionen indeholder seks betydende begreber, hvoraf tre er misbrugsrelaterede. Alle begreber er logisk relateret til dimensionen.

*Kroppen – Fysiske og mentale forhold samt sanser.* Dimensionen indeholder 19 betydende begreber. Detaljeringsgraden er varierende, fx "Fysiske handicaps" og "Ledbevægelighed". Endvidere kan det undre, hvorfor der ikke indgår et begreb som "Psykiske handicaps", men i stedet begreber, der kan relateres til et sådant som for eksempel "Virkelighedstolkning".

*Omgivelserne.* Dimensionen indeholder tre betydende begreber, "Boligens egnethed", "Tilgængelighed (rums indretning)" og "Befordring (transport- og hjælpemidler)".

*Aktivitet og deltagelse:* Dimensionen indeholder 14 betydende begreber, idet "Gangfunktion" og "Gangdistance" samt "Uddannelse" og "Aktuelt job" opfattes som selvstændige begreber. Ikke alle begreber er entydige, fx "Mobilitet" og "Håndteringsevne". Detaljeringsgraden varierer, fx "Gangdistance" og "Interesser".

### Vurdering af funktionsudredningsmetoden

I den følgende tabel sammenfattes, hvordan funktionsudredningsmetodens terminologi opfylder de otte vurderingskriterier for en terminologi.

Vurderingskriterier for terminologi	Funktionsudredningsmetoden
Terminologien bør være <b>dækkende for fagområdet</b> (eller flere underområder inden for det sociale område) og kunne <b>koordineres med andre sprog</b> .	Dækker voksenhandicap og i mindre grad udsatte voksne.
Terminologien bør kunne <b>dække flere formål</b> (fx oplysning af borgerbehov, dokumentation af problemer, afgørelser og effekter).	Dækker oplysning, vurdering og afgørelse af sag og i mindre grad også bestilling og opfølgning.
Terminologien bør bygges som et <b>polyhierarki</b> (multiaksialt), således at et begreb kan findes under flere hierarkier (fx kan bolignød som følge af alkoholdemens findes både under demens og under alkoholisme).	Funktionsudredningsmetoden er hierarkisk opbygget.
Terminologien bør bygge på anvendelsen af <b>entydige begreber</b> (som dog godt kan udtrykkes med flere termer, fx en foretrukket term samt synonyme) – den må ikke være flertydig (betyde flere forskellige ting) eller være homonym (ord, som staves eller udtales ens, men som betyder noget forskelligt), fx en "fil". Hvis der findes flere termer for samme begreb, bør man kun vælge én term, som dækker begrebet og de behov, man	Der er ikke foretaget en lingvistisk vurdering af de betydende begreber. Ingen begreber er defineret.

har (evt. suppleret med synonymer).	
Terminologien bør give mulighed for <b>forskellige detaljeringsniveauer</b> (antallet af begreber og niveauer, som kan dække de ønskede behov).	Muligheden for forskellige detaljeringsniveauer er begrænset. Dels er der kun to niveauer, dels er laveste niveau relativt overordnet. Samtidig har begreber på samme niveau i strukturen ofte forskellig detaljeringsgrad.
Terminologien bør være <b>accepteret af fagfolk</b> , evt. også internationalt (hvis termen allerede findes, skal man ikke lave en ny, fx "pacemaker" og ikke "hjer-testimulator").	Funktionsudredningsmetoden bruges p.t. kun i Ringkøbing-Skjern Kommune, og dermed er udbredelsen begrænset. Dog benytter metoden elementer fra FSII og ICF, hvilket øger sandsynligheden for, at begreberne er kendt og accepteret af fagfolk.
Terminologien bør <b>ikke være misvisende</b> (fx er det misvisende at kalde det, som angår kernen i et atom, for "atom-energi" og ikke "kerneenergi").	Der er ikke foretaget en lingvistisk vurdering af de betydende begreber.
Terminologien bør være <b>gennemskuelig</b> og letforståelig (for såvel fagmand som lægmand) – fokus på, at borgeren forstår terminologien. Man bør undgå forkortelser, medmindre forkortelsen er mere kendt og accepteret end det fulde ord (fx "it").	Der er ikke foretaget en lingvistisk vurdering af de betydende begreber.

### Fordele og ulemper ved funktionsudredningsmetoden i forhold til de udvalgte målgrupper

Efter gennemgang af diverse skriftligt materiale samt drøftelse med repræsentanter fra Ringkøbing-Skjern Kommune og projektkommuner kan følgende fordele og ulemper ved funktionsudredningsmetoden udpeges.

Funktionsudredningsmetoden dækker mange forskellige funktionsområder og går i dybden med en del af funktionsområderne.

Den systematiske, brede og detaljerede afdækning sikrer en systematisk og ensartet sagsbehandling, herunder velunderbyggede afgørelser. Samtidig gør terminologien i metoden det muligt at udpege de for den specifikke borger relevante ydelser. På den måde understøtter funktionsudredningen ligeledes bestillingen til leverandøren, som med den detaljerede udredning får et præcist billede af, hvad der skal fokuseres på hos den enkelte borger, specielt hvis leverandøren ikke kender borgeren på forhånd. En leverandør i Ringkøbing-Skjern Kommune udtalte, at denne bedre kan vurdere, hvor mange timer der skal bruges på de enkelte ydelser, fordi målene er så konkrete. Det er ligeledes lettere for leverandøren at lave en handleplan ud fra udredningen og således sikre en bedre sammenhæng mellem myndighedens handleplan og leverandørens handleplan. Samarbejdet mellem myndighed og leverandør forstærkes yderligere af, at leverandøren er med i processen fra starten. Det betyder, at leverandøren er bekendt med den anvendte

terminologi og dermed præcis ved, hvad, hvordan og hvorfor der skal leveres, hvilket vurderes at ville højne kvaliteten, samtidig med at myndighederne får lettere ved at følge op på leverancerne og målene.

Endelig vurderes det af brugerne af metoden, at samarbejdet med borgeren er blevet væsentligt forbedret, idet borgeren er med gennem hele processen og kan følge med i og øve indflydelse på, hvilke mål der opsættes og dermed på, hvilke ydelser der gives.

Terminologien i funktionsudredningsmetoden vurderes af brugerne af skemaet ikke at være tilstrækkeligt dækkende for det socialpsykiatriske område. En visitorator påpegede, at metoden med fordel kunne suppleres med følgende punkter og terminologi: "Hvordan borgeren har det med sin sindslidelse", "Hvordan man lever med sygdommen", "Hvad det gør ved hverdagen", "Hvilken hjælp man får p.t.", "Hvad man for eksempel bruger en støtte-/kontaktperson til", "Hvad en given behandling har gjort af forskelle" m.m. Ligeledes mangler der flere termer vedrørende det følelsesmæssige, som kun fylder ét punkt i skemaet. Ligeledes kunne skemaet tilføjes et begreb om "Psykiske handicaps" og dermed supplere det eksisterende begreb "Fysiske handicaps".

En af konsekvenserne ved, at der mangler nogle punkter og dermed terminologi, er, at den enkelte visitorator selv må supplere punkterne med prosatekst vedrørende de aktiviteter, som ikke er omfattet af skemaet, hvilket kan medføre en uensartet sagsbehandling. Hver gang en visitorator skal spørge om noget, som ikke er omfattet af skemaet, opfindes en individuel terminologi, som kan beskrive disse manglende punkter. Dermed risikeres det, at et fælles sprog undermineres.

### **Videreudviklingsmuligheder for funktionsudredningsmetoden**

Funktionsudredningsmetoden indeholder flere aspekter, som er anderledes end i de øvrige terminologier, specielt i forhold til dimensionen kroppen. Men begreberne er generelt ikke defineret, og en række af dem er udfordret i forhold til entydighed. Samtidig er detaljeringsniveauet svingende, og strukturen forekommer ikke stringent. Disse elementer gør umiddelbart funktionsudredningsmetoden vanskelig at benytte helt eller delvis som terminologi. Dog vil man med fordel kunne skele til begreberne i forhold til at dække områder, som de øvrige terminologier ikke dækker.

En central forbedring vil være at få defineret de begreber, som indgår i metoden, hvormed der kan sikres en ensartethed gennem sagsbehandlingsprocessen.

Misbrugsområdet er ikke umiddelbart dækket ind, men det vurderes ikke at kræve det store arbejde at indarbejde dette område i

skemaet. Ligeledes vurderes det at være en forholdsvis overkommelig opgave at supplere metoden med den manglende psykiatriske og socialpædagogiske terminologi.

## 4.5. Tilbudsportalen

### Fakta om Tilbudsportalen

Tilbudsportalen er en national platform, hvor offentlige og private leverandører kan præsentere deres ydelser på social- og sundhedsområdet i en sammenlignelig form, så den kommunale sagsbehandler hurtigt og enkelt kan finde det mest relevante tilbud til den enkelte klient.

(Kilde: *Tilbudsportalen*, Styrelsen for Social Service).

Tilbudsportalen er en søgemaskine på en offentligt tilgængelig hjemmeside, som kommunale myndigheder kan bruge som arbejdsredskab til at søge efter konkrete tilbud til den enkelte borger inden for områderne udsatte børn og unge, handicappede og socialt udsatte samt ældre.

Tilbudsportalen er udviklet af Servicestyrelsen, som også administrerer portalen.

Formålet med Tilbudsportalen er at styrke grundlaget for valg af tilbud på det sociale område ved at skabe overblik over indholdet og prisen på tilbud. Meningen er, at Tilbudsportalen skal skabe "*lige ret for offentlige og private tilbud, reel mulighed for brugerindflydelse og ikke mindst et fælles sprog, der binder sagsbehandlere og leverandører sammen i et lettilgængeligt fællesskab.*"<sup>26</sup>

Et tilbud oprettes efter godkendelse af myndigheden. Til at sikre en standardiseret indberetning er der udarbejdet en manual, som beskriver og definerer de oplysninger, som skal indgå i tilbuddet.

Et tilbud findes ved at gå ind på hjemmesiden [www.tilbudsportalen.dk](http://www.tilbudsportalen.dk), hvorpå der kan søges på "tilbudstyper", "målgrupper", "geografi", "ydelser" og/eller "fritekst" (fx leverandørnavn).

### Deloitte's analyseramme anvendt på Tilbudsportalen

I det følgende anvendes Deloitte's analyseramme og vurderingskriterier for terminologi på Tilbudsportalen.

#### *Tilbudsportalens målgruppe*

Tilbudsportalens målgruppe er børn/unge, udsatte voksne og handicappede, for så vidt det er de målgrupper, der på portalen kan søges på. Portalen er netop blevet udvidet til også at dække ældreområdet.

#### *Tilbudsportalens dækning af funktionsområde*

Nedenstående figur viser Tilbudsportalens dækning af funktionsområde udtrykt gennem termene "Funktionsnedsættelse" og "Socialt problem".

---

<sup>26</sup> *Tilbudsportalen – 3 cases om indberetning til Tilbudsportalen med fokus på tilbud, målgruppe og ydelser*, p. 11.

FUNKTIONSNEDSÆTTELSE	SOCIALT PROBLEM
Fysisk funktionsnedsættelse	Adfærd
<input type="checkbox"/> Syn	<input type="checkbox"/> Udadreagerende
<input type="checkbox"/> Hørelse	<input type="checkbox"/> Indadreagerende
<input type="checkbox"/> Kommunikation	<input type="checkbox"/> Selvskadende
<input type="checkbox"/> Mobilitet	Kriminalitet
Psykisk funktionsnedsættelse	<input type="checkbox"/> Personfarlig
Sindslidelse	<input type="checkbox"/> Ikke personfarlig
<input type="checkbox"/> Angst	Hjemløshed
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Hjemløshed
<input type="checkbox"/> Forandret virkelighedsopfattelse	Misbrug
<input type="checkbox"/> Personlighedsforstyrrelse	<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelse	<input type="checkbox"/> Stof
Intellektuel / kognitiv forstyrrelse	Prostitution
<input type="checkbox"/> Hjerneskade	<input type="checkbox"/> Prostitution
<input type="checkbox"/> Demens	Særlige grupper
<input type="checkbox"/> Udviklingshæmning	<input type="checkbox"/> Voldsramt
Udviklingsforstyrrelse	<input type="checkbox"/> Seksuelt krænket
<input type="checkbox"/> Autismespektret	<input type="checkbox"/> Seksuelt krænkende
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Tilknytningsforstyrrelse
<input type="checkbox"/> Kommunikation	<input type="checkbox"/> Problemer begrundet i forældres forhold

I figuren ses det, at Tilbudsportalen dækker det psykiske funktionsområde med ni begreber, det fysiske funktionsområde med fire begreber, mens kun to begreber dækker det kommunikative funktionsområde. Det sociale er forholdsvis godt dækket i form af hele den højre side af figuren. På den måde dækker Tilbudsportalen tilnærmelsesvis alle funktionsområderne, dog i mindre grad det fysiske og kommunikative.

### *Tilbudsportalens understøttelse af sagsbehandlingsprocessens faser*

Tilbudsportalen understøtter primært bestillings- og opfølgingsfasen i sagsbehandlingsprocessen, idet portalen gør det lettere at bestille det relevante tilbud og følge op på, om leverandøren leverer den ydelse, som er beskrevet på portalen.

Indirekte dækker portalen oplysningsfasen, idet sagsbehandleren gennem Tilbudsportalens terminologi kan få indblik i, hvilke typer tilbud og ydelser som er mulige for den enkelte borger og målgruppe.

### *Bredden og dybden i terminologien i Tilbudsportalen*

Begreberne i Tilbudsportalen er udviklet som sprog til understøttelse af en webportal. Sproget er struktureret og standardiseret og opbygget hierarkisk med op til seks niveauer. Terminologien i Tilbudsportalen er opbygget efter ISO's principper for design af terminologier. Detaljeringsgraden er relativt høj. Alle begreber er de-

<b>Tilbudsportalen</b>
Antal begreber: 220
Antal niveauer: 6

fineret, og enkelte har synonymmer og kommentarer (jf. manualen *Begrebsarbejde til Tilbudsportalen*).

I bilag 1E er vedlagt en oversigt over begreber i Tilbudsportalen.

Dimension	Antal niveauer	Antal begreber
Målgruppe	6	74
Tilbud	5	38
Ydelser – hoved- og delydelse	4	108
<b>I alt</b>	<b>Varierende</b>	<b>220<sup>1</sup></b>
<b>Noter:</b>		
<sup>1</sup> "I alt"-tallet dækker over både hovedbegreber og underbegreber, dvs. 3 hovedbegreber og 217 underbegreber, i alt 220 begreber.		

Gennem dimensionen *målgruppe* søges på tre undergrupper "Aldersgruppe", "Funktionsnedsættelse" og/eller "Socialt problem", som hver især leder videre til endnu en undergruppe. Undergruppen "Funktionsnedsættelse" indeholder yderligere en undergruppe, herunder "Udviklingsforstyrrelse", som indeholder yderligere en undergruppe. I alt seks niveauer og 74 begreber. Der er mulighed for at kombinere "problemer" i sin søgning, således at dobbeltdiagnoser og andre multiple problemstillinger kan indfanges.

Dimensionen *tilbud* består af fem niveauer og 38 begreber. De første underbegreber er "Ambulante behandlingstilbud", "Dagtilbud" og "Døgntilbud", som igen indeholder en undergruppe af begreber, som relaterer sig til aldersgrupper, fx "Dagtilbud for børn og unge" og "Dagtilbud for voksne". Dagtilbud og Døgntilbud indeholder en yderligere undergruppe, fx "længerevarende botilbud" og "midlertidige botilbud", som begge indeholder en yderligere undergruppe, fx "Krisecenter". Systemet er åbent for at supplere med yderligere underkategorier.

Dimensionen *ydelser* er opdelt i hovedydelser og delydelser, som henholdsvis dækker over den primære indsats, borgeren skal have, og den ydelse, som leveres i forbindelse med en hovedydelse. Dimensionens ydelser har i alt 108 begreber fordelt på fire niveauer.

### Vurdering af Tilbudsportalen

I den følgende tabel sammenfattes, hvordan terminologien i Tilbudsportalen opfylder de otte vurderingskriterier for en terminologi.

Vurderingskriterier for terminologi	Tilbudsportalen
Terminologien bør være <b>dækkende for fagområdet</b> (eller flere underområder inden for det sociale område) og kunne <b>koordineres med andre sprog</b> .	Dækker de fleste områder. Sproget er struktureret og standardiseret samt opbygget hierarkisk, hvilket gør koordination med andre sprog muligt. Begrebssystemet gør, at der kan indarbejdes en række yderligere undermål-

	grupper og ydelser, hvis der er behov for det.
Terminologien bør kunne <b>dække flere formål</b> (fx oplysning af borgerbehov, dokumentation af problemer, afgørelser og effekter).	Dækker bestilling af tilbud og opfølgning på leverandør og i mindre grad oplysning af sag.
Terminologien bør bygges som et <b>poly-hierarki</b> (multiaksialt), således at et begreb kan findes under flere hierarkier (fx kan bolignød som følge af alkoholde- mens findes både under demens og un- der alkoholisme).	Er opbygget hierarkisk.
Terminologien bør bygge på anvendelsen af <b>entydige begreber</b> (som dog godt kan udtrykkes med flere termer, fx en foretrukken term samt synonyme) – den må ikke være flertydig (betyde flere for- skellige ting) eller være homonym (ord, som staves eller udtales ens, men som betyder noget forskelligt), fx en "fil". Hvis der findes flere termer for samme begreb, bør man kun vælge én term, som dækker begrebet og de behov, man har (evt. suppleret med synonyme).	Bygger på ISO's metode til opbygning af terminologier.  Alle begreber er defineret, og nogle be- greber har synonyme.  Begreberne er defineret med et overbe- greb suppleret med de træk, som adskil- ler begrebet fra sideordnede begreber.
Terminologien bør give mulighed for <b>for- skellige detaljeringsniveauer</b> (antallet af begreber og niveauer, som kan dække de ønskede behov).	Detaljeringsgraden er relativt høj, og gennem et veludbygget hierarki er det muligt at udbygge detaljeringsgraden yderligere.
Terminologien bør være <b>accepteret af fagfolk</b> , evt. også internationalt (hvis termen allerede findes, skal man ikke lave en ny, fx "pacemaker" og ikke "hjer- testimulator").	Er en landsdækkende portal og kan der- for i princippet bruges af alle.  Portalen bygger på kendte begreber in- den for det sociale område.  I udviklingen af portalen har man gen- nemført flere undersøgelser af fagsprog.
Terminologien bør <b>ikke være misvisen- de</b> (fx er det misvisende at kalde det, som angår kernen i et atom, for "atom- energi" og ikke "kerneenergi").	Der er ikke foretaget en lingvistisk vur- dering af sproget, men brug af ISO's principper bør i høj grad sikre, at termi- nologien er retvisende.
Terminologien bør være <b>gennemskuelig</b> og letforståelig (for såvel fagmand som lægmand) – fokus på, at borgeren forstår terminologien. Man bør undgå forkortel- ser, medmindre forkortelsen er mere kendt og accepteret end det fulde ord (fx "it").	Der er ikke foretaget en lingvistisk vur- dering af sproget, men brug af ISO's principper bør i høj grad sikre, at termi- nologien er retvisende.

### Fordele og ulemper ved Tilbudsportalen i forhold til de udvalgte målgrupper

Efter gennemgang af diverse skriftligt materiale samt drøftelse med referencegruppe og projektkommuner kan følgende fordele og ulemper ved Tilbudsportalen udpeges. Efterfølgende peges på de videreudviklingsmuligheder, som ligger i Tilbudsportalen.

Nogle projektkommuner giver udtryk for, at Tilbudsportalen er ef- fektiv at søge på, idet den giver nogle præcise tilbud, som matcher det, der søges efter.

Flere leverandører, som har lagt tilbud ud på Tilbudsportalen, vurderer, at man som leverandør bliver skarpere på, hvad man kan levere og dermed love borgeren (og sagsbehandleren)<sup>27</sup>, idet portalens krav til den terminologi, som anvendes, tvinger leverandøren til at beskrive sine ydelser systematisk. En systematik i terminologi, som gør, at tilbud kan sammenlignes, og at der kan følges op på det, som leveres.

En leverandør på en workshop peger på, at portalen kan være med til at sikre, at der bruges et fælles sprog på tværs af leverandører og mellem myndighed og leverandør, idet portalen for at være optimal betinger, at alle aktører er enige om de termer, som anvendes.

Nogle deltagere på workshopper peger på, at der mangler specifikke termer at søge på, fx "Skizofreni", hvilket gør portalen besværlig at anvende. Dette skyldes dog i nogen grad et designvalg i Tilbudsportalen, hvor man for at bevare overskueligheden har valgt et endeligt antal begreber i de prædefinerede menuer. Disse begreber har ofte synonymmer, som man kan søge på via fritekstsøgning. I portalen kan man for eksempel søge på "Forandret virkelighedsopfattelse", som i manualen *Begrebsarbejde til Tilbudsportalen* (p. 14) har kommentaren: "*Begrebet dækker over skizoide/psykotiske tilstande*". På den måde kan man ad omveje søge på skizofreni. Det kræver dog indgående kendskab til Tilbudsportalen for at udnytte denne funktionalitet.

Andre oplever, at kategorierne er for brede, og savner noget mere specifikt og detaljeret om for eksempel målgruppen. Ligeledes havde nogle af deltagerne på en workshop svært ved at finde specifikke tilbud, som de vidste eksisterede.

En udfordring er, at søgekriterierne og den anvendte terminologi på portalen risikerer ikke at stemme overens med de termer, som en given sagsbehandler bruger, og dermed opstår der mismatch eller mangel på matchning.

En leverandør på en workshop peger på, at der består et stort arbejde i at tjekke, om den terminologi, som anvendes på portalen, også stemmer overens med virkeligheden, det vil sige det, som sker ude i de enkelte tilbud. Problemet er, vurderer leverandøren, at tilbudene på portalen kan love for meget, som de måske ikke kan leve op til i virkeligheden.

Tilbudsportalen dækker p.t. tilbud, som gives med hjemmel i 13 paragraffer i serviceloven<sup>28</sup>, og har dermed ikke en række kommu-

---

<sup>27</sup> *Tilbudsportalen – 3 cases om indberetning til Tilbudsportalen med fokus på tilbud, målgruppe og ydelser*, p. 7-8.

<sup>28</sup> *Begrebsarbejde til Tilbudsportalen*, Servicestyrelsen, p. 7.

nale myndigheders ydelser med, herunder støtte-/kontaktpersonordninger for sindslidende.

Det skal bemærkes, at erfaringsgrundlaget for brugen af Tilbudsportalen ikke er stort, hvorfor ovenstående kommentarer skal betragtes som vejledende for, hvilke fordele og ulemper (begrænsninger) der kan være i forhold til Tilbudsportalen.

### **Videreudviklingsmuligheder for Tilbudsportalen**

Tilbudsportalen er som nævnt udviklet i henhold til ISO's standarder for terminologiudvikling. Det giver en robust og veldefineret terminologi inden for områderne målgruppe, tilbud og ydelse. Endvidere er Tilbudsportalen suverænt den terminologi i foranalysen, der indeholder flest begreber. Omvendt er detaljeringsgraden varierende, og i forhold til ydelser er detaljeringsgraden relativt lav. Endvidere er begreber til funktionsvurdering fraværende, og væsentlige begreber for tilbud og ydelser på ældreområdet mangler. Ligeledes kunne det være relevant at videreudvikle Tilbudsportalen, således at den dækkede flere tilbud, herunder støtte-/kontaktpersonordninger for sindslidende.

#### 4.6. Opsummering af analyse af terminologier

Der er tale om fem meget forskellige terminologier. Ingen af terminologierne dækker målgruppe og funktionsområde fuldt ud. De dækker tilsammen et væsentligt udsnit af funktionsområderne på henholdsvis voksenhandicapområdet og voksne udsatte-området. Ligeledes dækkes sagsbehandlingsprocessen i nogen grad. På specifikke områder er der dog huller. For eksempel er der ingen af terminologierne, der dækker det socialpædagogiske område. Ingen af terminologierne er opbygget polyhierarkisk.

Ingen af terminologierne har en meget høj detaljeringsgrad. Alle har færre end 250 begreber og relativt få detaljeringsniveauer. Til sammenligning indeholder SNOMED CT på sundhedsområdet 350.000 begreber i en polyhierarkisk struktur. Den manglende detaljering kunne betyde, at der kan være behov for en yderligere detaljering. Omvendt kunne det også tyde på, at der endnu ikke har været behov for meget detaljerede terminologier på det sociale område.

Tre af terminologierne – FEM, Funktionsudredningsmetoden og Indstillingsskemaerne – er ikke designet som terminologier, men som metoder til brug for funktionsvurdering m.m. Disse tre terminologier lider sandsynligvis på grund af dette også af alvorlige terminologiske mangler, som for eksempel manglende definitioner af begreber, inkonsistent strukturel opbygning, overlappende begreber etc. Dermed ikke sagt, at der ikke er elementer i de tre terminologier, der kan bruges fremadrettet. Alle tre terminologier er eksempler på det fagsprog, der i praksis kommunikeres mellem fagpersoner på området, og er derfor meget centrale fremadrettet, hvis man skal sikre, at et fælles sprog for hele det sociale område bliver accepteret af fagpersonerne. Der vil dog være behov for et egentligt terminologisk arbejde for at uddrage netop de begreber, der vil kunne bruges fremadrettet.

FSII og Tilbudsportalen er udviklet som terminologier, og derfor er de terminologiske mangler også færre. Specielt Tilbudsportalen er her væsentlig at fremhæve, idet den terminologisk er i en klasse for sig selv. Desværre mangler der begreber på helt centrale områder som for eksempel funktionsevnevurderingen. FSII er ikke helt konsistent som terminologi, men har styrker specielt i forhold til aktiviteter i hjemmet.

	Antal begreber	Antal niveauer	Resume
<b>FSII</b>	<b>102</b>	<b>1-4</b>	Terminologien i FSII er hierarkisk med 8 dimensioner som har et varierende antal niveauer og varierende detaljeringsgrader. Strukturen er ikke stringent. Kun nogle af begreberne i FSII er defineret. De fleste begreber er understøttet med eksempler. Desuden er alle øvrige centrale begreber i relation til metoden og terminologien defineret i en central ordliste. Begreber og definitioner har dog ikke været underlagt en egentlig lingvistisk analyse der kan sikre imod dobbelttydighed, uklare definitioner etc.
<b>FEM</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	Metoden i FEM opstiller gennem et antal emnegrupper/dimensioner en overordnet hierarkisk struktur som kan overføres til de betydende begreber der indgår i metodens spørgeinstrument. Detaljeringsniveauet er meget overordnet. Begreberne er delvist defineret gennem en række eksempler som mere detaljeret gør rede for hvilke elementer, fx aktiviteter, som et givent overbegreb dækker. Fx 'Færdes udendørs' – 'har du problemer med at færdes udendørs, fx i dit nærområde, hvor din familie bor, eller i skoven og at orientere dig og finde vej'. Dog åbner flere eksempler op for fortolkningsspørgsmål. I ovenstående eksempel er det fx ikke klart om der udelukkende er tale om 'orienteringsevne' eller om fx fysisk evne til at færdes udendørs er inkluderet. Dermed er det op til den enkelte sagsbehandler at definere hvad han/hun konkret ligger i det enkelte begreb.
<b>Indstillingsskema og funktionsvurdering</b>	<b>83(88)</b>	<b>3</b>	Indstillingsskemaet er opbygget med en hierarkisk struktur med 3 niveauer som kan overføres til de betydende begreber der indgår i metodens spørgeinstrument. Øverste niveau er kun opdelt i 2 hovedgrupper. Detaljeringsniveauet er relativt overordnet og varierende, fx er 'fysisk helbred' og 'økonomi – forståelse af penges værdi' på samme og laveste detaljeringsniveau. Begreberne er ikke defineret.
<b>Funktionsudredningsmetoden</b>	<b>53</b>	<b>2</b>	Funktionsudredningsmetoden er opbygget med en hierarkisk struktur med 2 niveauer som kan overføres til de betydende begreber der indgår i metodens spørgeinstrument. Detaljeringsgraden er overordnet, men dog højere end de 2 niveauer antyder, idet man har valgt ikke at have en underopdeling af hovedgrupper i undergrupper. Begreberne er ikke selvstændigt defineret. Dog understøttes en del begreber gennem eksemplificering og endvidere ligger begreberne sig op af begreber i FSII og ICF.
<b>Tilbudsportalen</b>	<b>220</b>	<b>6</b>	Begreberne i Tilbudsportalen er udviklet som sprog til understøttelse af en webportal. Sproget er struktureret og standardiseret samt opbygget hierarkisk med op til 6 niveauer. Detaljeringsgraden er relativ høj. Alle begreber er defineret. Terminologien i Tilbudsportalen er opbygget efter ISO's principper for design af terminologier.

## Bilag 1A: Begreber i FSII

I nedenstående tabel er samtlige begreber, definitioner og bemærkninger i FSII listet.

FSII						
K o d e	Hoved-gruppe	Undergruppe (2. niveau)	Under-gruppe (3. niveau)	Undergruppe (4. niveau)	Definition af den enkelte aktivitet	Bemærkning
A	Borge-rens hverdag					
A1		Arbej-de/udannelse			Alle former for beskæftigelse såvel lønnet som ulønnet.	Aktiviteten er i udgangspunktet relevant for unge eller erhvervsaktive personer.
A2		Kontakt til familie og venner			Relationer til familie, venner, bekendte eller andre der betyder noget for personen. Aktiviteten kan ligeledes omfatte det at drage omsorg for andre – eksempelvis børn.	
A3		Interesser/hobbyer			Aktiviteter, der betyder noget for personen og aktivt udføres, fordi personen har lyst til det. Uanset om aktiviteten udføres hjemme, ude, alene eller sammen med andre (inkl. religion).	Vær opmærksom på, at de øvrige aktiviteter (A1, A2, A4, A5, A6, A7, A8 og A9) ikke medtages her – også selvom de for borgeren har karakter af interesser/hobbyer.
A4		Måltider			Aktiviteter i relation til måltiderne. Kan eksempelvis være tilberedning, anretning og indtagelse af mad/drikke (inkl. oprydning/opvask) jf. personens ønsker, vaner og behov. Herunder de sociale aspekter der er relateret til måltidet.	
A5		Personlig hygiejne			Bad/vask, toiletbesøg og kropspleje, der er nødvendige for, at personen oplever at være soigneret og velplejet.	
A6		Daglig Husfø-relse			Praktiske aktiviteter såsom oprydning, rengøring og tøjvask, der er nødvendige for, at hjemmet er rart, rent samt at tøjet er rent.	Inkl. eksempelvis at vande blomster. Er eksklusiv daglig rengøring mv.
A7		Vedligeholdelse af bolig og have			Aktiviteter, der er nødvendige for, at personen oplever, at bolig (indvendigt og udvendigt) og have vedligeholdes.	Aktiviteten er hovedsageligt væsentlig for borgere bosat i ejerboliger.

					Eksempelvis havearbejde.	
A8		Indkøb			Indkøb af daglige varer, omfatter beklædningsgenstande eller andet, som er nødvendige for personen.	Aktiviteten omfatter også det at planlægge indkøbet.
A9		At komme omkring			Mobilitet, der er nødvendig for, at personen kan færdes frit i overensstemmelse Med personens ønsker, vaner og behov (inkl. indendørs, udendørs).	
B1	Den faglige vurdering					
B1-1		At spise			Tage mad op til munden og spise, at skære eller bryde mad i stykker og anvende spiseredskaber (kniv, gaffel, ske), når maden er serveret.	
B1-2		At drikke			Tage væske op til munden og drikke, at blande eller omrøre væsker, og anvende drikkeredskaber (sugerør, tudekop), når væsken er serveret.	
B1-3		At bade			Vaske/tørre hele kroppen med anvendelse af vand, sæbe og håndklæde.	
B1-4		At vaske sig			Vaske/tørre kropsdele med anvendelse af vand, sæbe og håndklæde. Eksempelvis etagevask eller almindelig vask af hænder, ansigt mv.	
B1-5		At pleje kroppen			Soignere hud, ansigt, tænder, hår, negle og kønsdele, som behøver anden pleje end vask og tørring.	
B1-6		At klæde sig af og på			Tage kropsbårne hjælpemidler, tøj og fodtøj af og på. Herunder at vælge passende påklædning (sociale sammenhænge og vejret).	
B1-7		Toiletbesøg			Udføre et toiletbesøg (inkl. tømning og skift af kateter eller stomipose) og efterfølgende personlig hygiejne. Inklusiv at tage tøjet af og på samt påsætning af ble, pose eller lign.) (Omfatter at kontrollere vandladning og afføring.)	
B1-8		At færdes i			At komme fra et nød-	

		egen bolig			vedigt rum (køkken, bad, toilet, sove- og opholdsrum) til et andet nødvendigt rum i egen bolig og at komme omkring i det enkelte rum.	
B1-9		At sikre indkøb af hverdagens varer			At planlægge og iværksætte indkøb og transport af varer, som er nødvendige for dagligdagen såsom mad, drikke og lignende daglige varer. Endelig omfatter aktiviteten at sætte varer på plads.	
B1-10		At lave mad			Tilberede (inkl. at åbne/lukke emballage) og servere mad og drikke for sig selv, når alle ingredienser er til stede. Aktiviteten er inkl. oprydning og opvask, der er knyttet til tilberedning og servering af mad/drikke.	
B1-11		At gøre rent			Rydde op, støvsuge, bruge tunge/lettere redskaber, vand/sæbe og klude til at holde gulve og overflader i nødvendige rum rene.	
B1-12		At vaske tøj/linned			At holde beklædningsgenstande, håndklæder, viskestykker, klude og sengetøj rene. Omfatter at sortere vasketøj, vaske tøj/linned i hånden eller ved brug af vaskemaskine, tørre tøj/linned ved at hænge tøjet op/ned eller ved brug af tørretumbler. Lægge tøj/linned sammen og på plads.	
B1-13		At færdes udendørs			Komme ind og ud af egen bolig, At komme omkring udenfor, at komme ind og ud af andre bygninger.	
B1-14		At anvende kollektive transportmidler			Planlægge turen, at komme ind/ud af kollektive transportmidler såsom bus/tog, at opholde sig i kollektive transportmidler såsom bus/tog. (Brug af taxa indgår ikke i aktiviteten.).	
B1-15		At flytte sig			At flytte sig i vandret plan ved eksempelvis at skubbe sig op sengen, rykke frem og tilbage stolen. At ændre kropsstilling (mellem eksempelvis liggende, siddende, knælende og stående).	

					At fastholde kropstil- ling (at holde kroppen i samme stilling efter behov, såsom at blive liggende, siddende eller stående).	
B1-16		At forebygge sygdom/tab af funktions- evne			At planlægge, iværk- sætte og føre forvær- ring af tiltag, der nødvendige for, at der handles forsvar- ligt/passende relation til personens sygdom og helbred.	
B1-17		At sikre sam- menhæng i hverdagens aktiviteter			At planlægge og iværksætte hverda- gens aktiviteter, så hverdagen hænger sammen. Herunder passende rækkefølge af hverdagens aktivi- teter.	
B2	Den tværfag- lige journal (tælles ikke med som et be- greb)					Man kan i Den tværfag- lige journal (B2) vælge at anvende ICF-klassifikationen på kroppens funktioner til at klassificere doku- mentationen. Det er op til den enkelte kommu- ne, om man vil bruge hele ICF- klassifikationen af kroppens funktioner eller blot et udvalg af kropslige funktioner i Den tværfaglige journal (B2). Ønsker man at bruge et udvalg, kan man med fordel vælge de 29 kropslige funkti- oner <sup>35</sup> , som blev ud- valgt og brugt i relation til videreudviklingen af Fælles sprog.
B2-1		Sundhedstil- stand (tælles ikke med som et begreb)			I feltet Sundhedstil- stand (B2-1) doku- menteres forandringer i borgerens svækkelse, sygdom og/eller handicap (sundheds- tilstand). Det vil sige problemer relateret til borgerens sund- hed/helbred.	
B2-2		Mål (tælles ikke med som et begreb)			I feltet Mål (B2-2) beskrives, hvilke tiltag, der planlægges iværksat, og hvad man forventer at opnå. Der er tilfælde, hvor planer og mål udeluk- kende fremgår, så- fremt oplysningerne modtages fra eksem- pelvis praktiserende læge eller sygehuset.	
B2-3		Delresultater (tælles ikke med som et begreb)			I takt med at tiltaget udføres dokumenteres i feltet. Delresultater (B2-3). Det kan være observationer,	

					der knytter sig til en igangsæt behandling eller resultater af forskellige undersøgelser, der gennemføres som led i en samlet udredning af borgerens sundhedstilstand.	
B2-4		Resultat (tælles ikke med som et begreb)			I feltet Resultat (B2-4) dokumenteres bagudrettet (retrospektivt). Her konkluderes og samles op på, hvad der er opnået med det iværksatte tiltag.	
B3	Diagnoser (tælles ikke med som et begreb)				Diagnoser dokumenteres med eksisterende klassifikationer: ICPC og ICD-10. Der er her tale om oplysninger, som kommunen ikke selv frembringer, men modtager fra praktiserende læger og sygehuse.	
C1	Boligens indretning					
C1-1		Boligens adgangsforhold (fra boligen og ud)				
C1-2		Køkkenets indretning				
C1-3		Opholdsrummets indretning				
C1-4		Soveværelsets indretning				
C1-5		Toilettets indretning				
C1-6		Badeværelsets indretning				
C2	Personlige faktorer					
C2-1		Mestringskapacitet (tælles ikke med som et begreb)			Mestringskapacitet udtrykker, hvilke ressourcer (kapacitet) borgeren har i relation til at forholde sig til og handle på uforudsete hændelser, hvor borgeren ikke umiddelbart og automatisk ved, hvordan han/hun skal reagere. Borgerens ressourcer er bl.a. resultatet af den socialiseringsproces som mennesker gennemgår i løbet af livet dvs. påvirket af livsvilkår, opdragelse, uddannelse, religion mv. Borgerens mestringskapacitet afgør, hvordan borgeren reagerer på og	

					håndterer krav, der følger af stressende livssituationer, begivenheder og hændelser (stressorer). Det kan eksempelvis være ved opstået sygdom/handicap, død, skilsmisse eller svækkelse med deraf følgende tab i funktions-evne.	
D	Det retningsgivende mål					
D1		Udrede			At afklare behov og/eller udviklingspotentiale med henblik på at identificere relevante og nødvendige handlemuligheder i relation til den enkelte.	Her skal udfører være særligt opmærksom på at afdække, hvad borgeren kan/ikke kan og de mulige årsager til, at borgeren evt. er begrænset. Herunder vil det være væsentligt, at der er en tæt dialog mellem eksempelvis hjælper og sygeplejersken.
D2		Udvikle			At generhverve tabte eller udvikle nye funktioner/kompetencer.	Her vil borgeren ofte være bevilliget målrettet træning eller læring. Borgeren deltager aktivt, og det forventes, at borgeren på sigt kan udføre mere selv helt eller delvist.
D3		Fastholde			At fastholde eksisterende Funktioner/kompetencer. Herunder at forhindre/udsætte yderligere tab af funktioner/kompetencer.	For at fastholde borgere-rens funktionsevne er det nødvendigt at inddrage borgerens ressourcer i at udføre aktiviteter.
D4		Lindre/understøtte			At bevare borgerens livskvalitet og værdighed til trods for svækkelse/sygdom/handicap.	Livskvalitet/værdighed er subjektive størrelser – og det vil være forskelligt fra borger til borger, hvad der giver livskvalitet.
E	Kataloget over indsatsområder					
E1		Indsats med henblik på at udvikle/fastholde funktioner og kompetencer				
E1.1			Hverdagens aktiviteter			
E1.1.1				Hverdagens rutiner		
E1.1.2				Forandringsprocesser		
E1.1.3				Fremme sundhed og forebygge sygdom		
E1.1.4				Måltider, mad og drikke		

E1.1.5				Personlig hygiejne		
E1.1.6				Færden		
E1.1.7				Husførelse		
E1.1.8				Fritidsaktiviteter		
E1.2			Sociale sammenhænge og kontakt til personer i netværket			
E1.2.1				At kommunikere		
E1.2.2				At være i kontakt med andre mennesker		
E1.2.3				At udføre aktiviteter sammen med andre mennesker		
E1.2.4				Rådgive/vejlede personer i borgerens netværk, så de kan handle passende i relation til borgeren		
E2.		Indsats med henblik på at sikre/udføre opgaver				
E2.1			Praktiske opgaver			
E2.1.1				Rengøring		
E2.1.2				Tøjvask		
E2.1.3				Indkøb		
E2.1.4				Mad		
E2.1.5				Andre praktiske opgaver		
E2.2			Personlige opgaver			
E2.2.1				Personlig hygiejne		
E2.2.2				Indtagelse af mad/drikke		
E2.2.3				Helbred/sygdom/sundhedsfremme/forebyggelse		
E2.2.4				Mobilitet		
E2.2.5				Deltage i sociale sammenhænge		
E2.2.6				Struktur og sammenhæng		

## Bilag 1B: Begreber i FEM

I nedenstående tabel er samtlige begreber, spørgsmål og eksempler i FEM listet.

Funktionsevnetoden			
Kode	Emne	Spørgsmål	Eksempler
1	Basisoplysninger		
2	Den nære dagligdag	Har du problemer med at klare dig i den nære dagligdag?	
		Har du problemer med at udføre din personlige pleje? Hvilke problemer?	Fx med at vaske dig, tage bad, gå på toiletet, tage tøj af og på, stå op og gå i seng.
		Har du problemer i forbindelse med måltider? Hvilke problemer?	Fx med at lave mad, dække bord, spise og drikke, administrere medicin, tage af bord og vaske op.
		Har du problemer i forbindelse med indkøb? Hvilke problemer?	Fx med at planlægge indkøb, købe ind, betale ved brug af dankort eller mønter og sedler.
		Har du problemer i forhold til din daglige økonomi? Hvilke problemer?	Fx med at holde regnskab og betale regninger.
		Har du problemer med at tage initiativ og planlægge din hverdag?	Fx at koncentrere sig om en opgave, strukturere gøremål, foretage mere end en ting ad gangen.
		Har du problemer med at føle dig tryk i din hverdag?	Fx at være alene, være syg og færdes i mørke.
		Andet?	
3	Samvær med familie og andre	Har du problemer i dit samvær med familie og andre?	
		Har du problemer med at yde omsorg for børn, børnebørn, samlever eller ægtefælle? Hvilke problemer?	Fx hjælpe med bad, påklædning og madlavning. Lege, hygge, give lektiehjælp. Følge til børnehave og læge og tage i byen sammen.
		Har du problemer med at modtage omsorg fra andre? Hvilke problemer?	Fx hjælp og støtte fra andre i dagligdagen; ægtefælle, børn, andre familiemedlemmer, venner og naboer. Udvide mod- og medspil.
		Har du problemer med kontakt til andre? Hvilke problemer?	Fx muligheder for udfoldelse, bruge dine talenter, være sammen med andre, tage del i din families hverdagsliv.
		Andet?	
4	Fritid, arbejde og uddannelse	Har du problemer i forhold til fritid, arbejde og uddannelse?	
		Har du problemer med at deltage i fritidsaktiviteter? Hvilke problemer?	Fx muligheder, begrænsninger og ønsker i forhold til tidligere.
		Er der aktiviteter der interesserer dig, men som det er vanskeligt eller slet ikke er muligt at deltage i?	Fx tage på ferie i indland og udland.
		Har du problemer med at udføre et arbejde eller tage en uddannelse? Hvilke problemer?	Fx muligheder, begrænsninger og ønsker i forhold til tidligere.
		Har du problemer med at deltage i frivilligt arbejde? Hvilke problemer?	Fx organisationsarbejde, politisk arbejde.
		Andet?	
5	Kommunikation	Har du problemer med kommunikation?	
		Har du problemer med at føre en samtale? Hvilke problemer?	Fx med at tale, høre, forstå hvad andre siger og huske hvad der bliver sagt.

		Har du problemer med at skrive og læse? Hvilke problemer?	Fx med at læse, skrive, forstå og huske det du læser.
		Har du problemer ved at bruge informationsredskaber? Hvilke problemer?	Fx med at bruge telefon, e-mail, computer, radio og fjernsyn.
		Andet?	
6	Bolig	Har du problemer i forhold til din bolig?	
		Har du problemer med at komme rundt i dit hjem? Hvilke problemer?	Fx komme ind og ud af hoveddør, have adgang til alle rum, bruge køkken, bad og soveværelse.
		Har du problemer med at passe hjemmet? Hvilke problemer?	Fx oprydning, rengøring, indretning, lettere reparationer og pasning af have og husdyr.
		Har du problemer med at udføre aktiviteter i dit hjem? Hvilke problemer?	Fx hobbys, fritidsaktiviteter og socialt samvær.
		Andet?	
7	Transport	Har du problemer i forhold til transportmidler?	
		Har du problemer med at benytte transportmidler? Hvilke problemer?	Fx bil, offentlige transportmidler, og cykel.
		Har du problemer med at færdes udendørs? Hvilke problemer?	Fx i dit nærområde, hvor din familie bor, eller i skoven og at orientere dig og finde vej.
		Har du problemer med at komme rundt indendørs? Hvilke problemer?	Fx hos familie, venner og i offentlige rum.
		Andet?	

## Bilag 1C: Begreber i Indstillingskema og funktionsvurdering

I nedenstående tabel er samtlige begreber i indstillingskemaet og funktionsvurderingen listet.

Indstillingskema og funktionsvurdering <sup>29</sup>			
Kode	Hovedgruppe	Undergruppe (2. niveau)	Under gruppe (3. niveau)
	Indstillingskema		
		Baggrundsinformationer og overordnede beskrivelse af borgeren	
		Fysisk funktionsniveau	
			Fysiske ressourcer, udviklingsmuligheder og behandlingsbehov (3 begreber)
			Fysiske vanskeligheder
			Hvad skal borgeren have vejledning/støtte/fuld hjælp til? (tælles ikke med som et begreb)
			Evt. hjælpemidler (tælles ikke med som et begreb)
		Psykisk funktionsniveau	
			Psykiske ressourcer, udviklingsmuligheder og behandlingsbehov
			Psykiske vanskeligheder
			Hvad skal borgeren have vejledning/støtte/fuld hjælp til? (tælles ikke med som et begreb)
		Socialt funktionsniveau	
			Sociale ressourcer, udviklingsmuligheder og behandlingsbehov
			Sociale vanskeligheder
			Hvad skal borgeren have vejledning/støtte/fuld hjælp til? (tælles ikke med som et begreb)
		Kommunikation <sup>30</sup>	
			Kommunikative ressourcer
			Kommunikative vanskeligheder
			Hvad skal der specielt vejledning og evt. hjælpemidler til? (tælles ikke med som et begreb)
	Funktionsvurdering/ funktionsområde		
		ADL (almindelig daglig levevis) & sociale funktioner	
			Bad/hårvask/tænder/tandbørstning (4 begreber)
			Af- og påklædning (2 begreber)
			Toiletbesøg
			Vende sig i sengen
			Rengøring/oprydning (2 begreber)
			Vask af tøj
			Betjening af tekniske hjælpemidler (tlf., radio, TV, pc, mm.)
		Kost	
			Indkøb
			Tilberedning
			Måltider
		Helbred	

<sup>29</sup> Det skal bemærkes, at Ballerup Kommunes skema anvender samme termer, dog i en anden rækkefølge. Ballerup Kommune anvender to skemaer: et for handicappede og et for psykisk syge. I disse skemaer anvendes dog sammenlagt samme termer, som dem, der er listet i ovennævnte skema.

<sup>30</sup> Kommunikation er en gruppe Ballerup Kommune har tilføjet skemaet.

		Fysisk
		Diæt
		Medicin
		Gangfunktionen
		Tale/tegnssprog
	Psykisk/intellektuelt	
		Erkendelse af egen situation
		Selvopfattelse
		Reaktioner på krav og stress
		Humør/stemmingsleje
		Opsøgende/passiv (streg under) (2 begreber)
		Samarbejde
		Samfundsinteresse (avis, bøger, TV)
		Kommunikation
		Hukommelse
		Evne til indlæring
		Døgnrytme
		Grænsesætning
		Strukturerer hverdag
	Færden udenfor hjemmet	
		Dag-/fritidstilbud (2 begreber)
		Læge-/tandlæge (2 begreber)
		Familie/pårørende/bekendte (3 begreber)
		Offentlig myndighed
		Indkøb (gaver, tøj mv.)
		Brug af transportmiddel
		Andet (skrives):
	Økonomi	
		Forståelse af penges værdi
		Økonomisere
	Beskæftigelse	
		Uddannelse
		Dagbeskæftigelse/job
		Fritidsbeskæftigelse
		Gruppeaktivitet
	Behandling	
		Fysioterapi/ergoterapi (§86) (2 begreber )
		Sygeplejemæssig bistand (§86)
		Fodterapeut (§86)
		Psykolog/psykiater (2 begreber)

## Bilag 1D: Begreber i Funktionsudredningsmetoden

I nedenstående tabel er samtlige begreber og eksempler i funktionsudredningsmetoden listet.

Funktionsudredningsmetoden			
Kode	Hovedgruppe	Undergruppe	Eksempler/udbyning
A	Generelle oplysninger		
B	Personlige faktorer		
B1		Kontakt til familie	
B2		Rolle i familie	
B3		Kontakt til venner	
B4		Hverdagens rytmer/ikke-programmede aktiviteter	Hvad går hverdagen med – ud over at spise, sove etc.
B5		Religion	Religiøst stædet og dets rolle og betydning
B6		Seksualitet	
C	Helbredsmæssige faktorer		
C1		Ryning og rygevaner	
C2		Alkohol og alkoholvaner	
C3		Andre misbrugsproblemstillinger	
C4		Mad og madvaner, herunder forståelse af ernæringens betydning	
C5		Fysisk aktivitet	
C6		Vægt	
D	Kroppen – fysiske forhold		
D1		Fysiske handicaps	Manglende lemmer, f.eks.
D2		Ledbevægelighed	Hvor meget og hvor godt kan leddene bevæges?
D3		Muskelfunktion	Brugen af musklerne, f.eks. i hvilken grad kan personen skubbe, trække, løfte, etc.
D4		Muskeltonus	Spænding i musklen, f.eks. giver lav spænding hypermobilitet eller langsomme bevægelser
D5		Balance	
D6		Helbredsproblemer i øvrigt	
D	Kroppen - Sanser		
D7		Syn	
D8		Hørelse	
D9		Følesans	
D10		Lugtesans	
D	Kroppen – Mentale faktorer		
D11		Hukommelse	
D12		Søvnrytme	
D13		Kommunikativ forståelse	Skriftligt, verbal som nonverbal
D14		Kommunikative evner	Skriftligt, verbal som nonverbal
D15		Struktureringssevne	Hænger hverdagen sammen?, kommer personen f.eks. ud af døren til tiden, etc.
D16		Opfattelse af egen situation	
D17		Følelsesmæssig habitus	Udadreagerende adfærd, til skade for sig selv, kontaktform, adfærdsmæssige problemstillinger, stemningsleje, impuls kontrol, psykisk ligevægt – føle sig deprimeret eller føle angst og ængstelse
D18		Virkelighedstolkning	Opfattelse og forståelse af virkeligheden og f.eks. af tid og sted, evt. vrangforestillinger, evner til at skelne mellem virkelighed og fantasi, usammenhængende tanker, psykotiske tanker
D19		Livsindstilling	Humor, optimistisk/pessimistisk grundsyn, etc.
E	Omgivelserne		
E1		Boligens egnethed	
E2		Tilgængelighed	Herunder rums indretning, barrieren ved storrør, at skulle gennem fællesarealer inden indgangen til egen dør, eller kulturelle barrierer

E3		Befordring	Hvilke transportmidler kan brugeren anvende? begrænsninger og muligheder for at befordre sig med de hjælpemidler, brugeren har?, indenfor og udenfor?
F	Aktivitet og deltagelse – almene daglige opgaver		
F1		Personlig pleje (vaske sig, tage bad, lægge make-up, gå på toiletet, tage tøj af og på, gå i seng, stå op etc.)	
F2		Måltider	Planlægning af måltider, lave mad, dække bord, spise og drikke, tage af bordet, vaske op mm.
F3		Vedligeholdelse af bolig	Herunder oprydning, rengøring, skifte sengetøj, indretning, letter reparationer (skifte elpære, sætte billeder op) og evt. pasning husdyr og have
F4		Indkøb	Planlægning, købe f.eks. husholdningsartikler, madvarer, tøj, større ting. Herunder også brug af mønter og sedler, kontrol af kassebon mv.
F5		Økonomi	Lave og holde regnskab, sørge for betaling af regninger, forståelse for penges værdi
F	Aktivitet og deltagelse – at komme omkring, fritiden, dagligdagen		
F6		Mobilitet	Evne til at komme omkring
F7		Gangfunktion og gangdistance	
F8		Hobbies og interesser	Herunder evnen til at engagere sig i aktiviteterne
F9		Håndteringsevne	F.eks. evne til at benytte telefon, spørge om hjælp og søge oplysninger
F	Aktivitet og deltagelse – uddannelse og arbejdsliv, sociale relationer		
F10		Uddannelse og aktuelt job	
F11		Arbejdskapacitet	Herunder omstillingsevne
F12		Interaktion	Evne til at indgå i sociale relationer med andre, f.eks. professionelle, familie, venner, andre brugere af sociale tilbud

## Bilag 1E: Begreber i Tilbudsportalen

I nedenstående tabel er samtlige begreber i Tilbudsportalen listet.

Tilbudsportalen						
Kode	Hovedgruppe	Undergruppe (2. niveau)	Undergruppe (3. niveau)	Undergruppe (4. niveau)	Undergruppe (5. niveau)	Undergruppe (6. niveau)
	Målgruppe					
0		Aldersgruppe				
			0 år			
			1 år			
			2 år			
			3 år			
			4 år			
			5 år			
			6 år			
			7 år			
			8 år			
			9 år			
			10 år			
			11 år			
			12 år			
			13 år			
			14 år			
			15 år			
			16 år			
			17 år			
			18-23 år			
			24-29 år			
			30-39 år			
			40-49 år			
			50-59 år			
			60-66 år			
			67-74 år			
			75-79 år			
			80-84 år			
			85 -			
1		Funktionsnedsættelse				
1.1			Fysisk			
1.1.1				Hørelse		
1.1.2				Kommunikation		
1.1.3				Mobilitet		
1.1.4				Syn		
1.2			Psykisk			
1.2.1				Intellektuel/kognitiv forstyrrelse		
1.2.1.1					Demens	
1.2.1.2					Hjerneskade	
1.2.1.3					Udviklingsforstyrrelse	
1.2.1.3.1						ADHD
1.2.1.3.2						Autismespektret
1.2.1.4					Udviklingshæmning	
1.2.2				Kommunikation		
1.2.3				Sindslidelse		
1.2.3.1					Angst	
1.2.3.2					Depression	
1.2.3.3					Forandret virkelighedsopfattelse	
1.2.3.4					Personlighedsforstyrrelse	
1.2.3.5					Spiseforstyrrelse	
2		Socialt problem				

2.1			Adfærd		
2.1.1				Indadreagerende	
2.1.2				Selvskadende	
2.1.3				Udadreagerende	
2.2			Hjemløshed		
2.3			Kriminalitet		
2.3.1				Ikke personfarlig	
2.3.2				Personfarlig	
2.4			Misbrug		
2.4.1				Alkohol	
2.4.2				Stof	
2.5			Prostitution		
2.6			Særlige grupper		
2.6.1.				Problemer begrundet i forældres forhold	
2.6.2				Seksuelt krænkende	
2.6.3				Seksuelt krænkede	
2.6.4				Tilknytningsforstyrrelse	
2.6.5				Voldsramt	
0	Tilbud				
1		Ambulante behandlingstilbud			
1.1			Ambulant for børn og unge		
1.2			Ambulant for voksne		
2.		Dagtilbud			
2.1			Dagtilbud for børn og unge		
2.1.1				Særlige dagtilbud	
2.1.2				Særlige klubtilbud	
2.2			Dagtilbud for voksne		
2.2.1				Aktivitets- og samværstilbud	
2.2.2				Beskyttet beskæftigelse	
3		Døgntilbud			
3.1			Botilbud til børn og unge		
3.1.1				Aflastning	
3.1.2				Døgninstitution	
3.1.3				Efterværn	
3.1.4				Eget værelse	
3.1.5				Husholdnings-, håndarbejds- og efterskole	
3.1.6				Kollegium	
3.1.7				Kostskole	
3.1.8				Opholdssted	
3.1.9				Plejefamilie	
3.1.10				Sikret døgninstitution	
3.1.11				Skibsprojekt	
3.1.12				Udslusningsbolig	
3.2			Botilbud til voksne		
3.2.1				Længerevarende botilbud	
3.2.1.1					Botilbud
3.2.1.2					Plejebolig
3.2.1.3					Plejhjem
3.2.1.4					Sikret botilbud
3.2.2				Midlertidige botilbud	
3.2.2.1					Aflastning
3.2.2.2					Behandlingstilbud
3.2.2.3					Botilbud
3.2.2.4					Forsorgshjem/herberg
3.2.2.5					Krisecenter
3.2.2.6					Udslusningsbolig
0	Ydelser				
0.1	Hovedydelse				
1		Afklaring			

1.1			Anden undersøgelse			
1.2			Arbejdsprøvning			
1.3			Forældrevneundersøgelse			
1.4			Observation m.h.p. erklæring			
2.		Aktivitets- og samværsindsats				
2.1			Idræt			
2.2			Køkken/café			
2.3			Land- og skovbrug			
2.4			Samværsaktivitet			
2.5			Værksted			
3		Behandling/træning				
3.1			Alkoholbehandling			
3.2			Familiebehandling			
3.3			Fysisk			
3.3.1				Fysio-/ergoterapi		
3.3.2				Fysisk træning		
3.4			Psykiatri/speciallæge			
3.5			Psykologisk behandling			
3.6			Socialpædagogisk behandling			
3.7			Socialpædagogisk behandling underkastet ungdomssanktion			
3.8			Socialpædagogisk støtte			
3.9			Stofbehandling			
3.10			Talepædagogisk behandling			
3.11			Terapi			
4		Beskyttet beskæftigelse				
4.1			Afklaringsforløb			
4.2			Egen produktion			
4.3			Job på særlige vilkår			
4.4			Praktik/projektforløb			
4.5			Produktion			
4.6			Service			
5		Fritidsaktiviteter				
5.1			Ferie/lejr tur			
5.2			Idrætsaktivitet			
5.3			Kulturel aktivitet			
5.4			Værkstedaktivitet			
6		Ophold				
6.1			Ophold			
7.		Praktisk og personlig hjælp				
7.1			Praktisk og personlig hjælp			
0.2	Delydelse					
1		Afklaring				
1.1			Anden undersøgelse			
1.2			Arbejdsprøvning			
1.3			Forældrevneundersøgelse			
1.4			Observation m.h.p. erklæring			
2.		Aktivitets- og samværsindsats				
2.1			Idræt			
2.2			Køkken/café			
2.3			Land- og skovbrug			
2.4			Samværsaktivitet			
2.5			Værksted			
3		Behandling/træning				
3.1			Alkoholbehandling			

3.2			Familiebehandling		
3.3			Fysisk		
3.3.1				Fysio-/ergoterapi	
3.3.2				Fysisk træning	
3.4			Psykiatri/speciallæge		
3.5			Psykologisk behandling		
3.6			Socialpædagogisk behandling		
3.7			Socialpædagogisk behandling underkastet ungdomssanktion		
3.8			Socialpædagogisk støtte		
3.9			Stofbehandling		
3.10			Talepædagogisk behandling		
3.11			Terapi		
4		Beskyttet beskæftigelse			
4.1			Afklaringsforløb		
4.2			Egen produktion		
4.3			Job på særlige vilkår		
4.4			Praktik/projektforløb		
4.5			Produktion		
4.6			Service		
5		Fritidsaktiviteter			
5.1			Ferie/lejr tur		
5.2			Fritidsjob		
5.3			Idrætsaktivitet		
5.4			Kulturel aktivitet		
5.5			Værkstedsaktivitet		
6		Ophold			
6.1			Ophold		
7		Personlig hjælp			
7.1			Indtagelse af mad/drikke		
7.2			Ledsagelse		
7.3			Medicinadministration		
7.4			Personlig hygiejne		
7.5			Sondeernæring		
7.6			Sundhedsfremme		
7.7			Transport		
8		Praktisk hjælp			
8.1			Kost		
8.2			Rengøring		
8.3			Tøjvask		
9		Rådgivning/vejledning			
9.1			Rådgivning/vejledning		
10		Uddannelse			
10.1			0. klasse		
10.2			Intern skole 1.-7. klasse		
10.3			Intern skole 8. – 9. klasse		
10.4			Intern skole 10. klasse		
10.5			Hjemmeundervisning		
10.6			Lektiehjælp		
10.7			Specialundervisning		