

KVALITET I REHABILITERING

- BEHOV FOR NATIONALE KVALITETSINDIKATORER, DER FOKUSERER PÅ RESULTATET AF INDSATSEN

Thomas Maribo^{1,2}, Jette Thuesen^{3,4}, Claus Vinther Nielsen^{1,2,5}, Jan Sau Johansen⁶, Ane Bonnerup Vind³

1: Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. 2: DEFACTUM, Region Midtjylland. 3: REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Region Syddanmark. 4: Klinisk Institut, Syddansk Universitet. 5: Socialmedicin og Rehabilitering, Region Midtjylland. 6: MarselisborgCentret - center for forskning og udvikling i rehabilitering, Aarhus.

Rehabilitering af høj kvalitet forudsætter effektive og personcentrerede indsatser, der muliggør, at den enkelte opnår bedst mulig funktionsevne. I Danmark defineres kvalitet på sundhedsområdet traditionelt gennem indikatorer og standarder. Inden for rehabilitering er indikatorerne primært fokuseret på struktur og proces. Der er behov for at udvikle valide resultatindikatorer, der kan belyse kvaliteten af rehabiliteringsindsatser.

Dette indlæg redegør for grundlaget for måling af kvalitet i og af rehabilitering, identificerer centrale udfordringer og skitserer principper for udviklingen af nationale kvalitetsindikatorer og standarder. Indlægget er primært målrettet sundhedsområdet, men ideerne kan med fordel finde anvendelse også på andre velfærdsområder.

BAGGRUND, BEHOV OG UDFORDRINGER

Rehabilitering er en tværfaglig og tværsektoriel opgave, der omfatter indsatser inden for forvaltningsområderne sundhed, beskæftigelse, uddannelse og social¹.

Måling og dokumentation af kvalitet i rehabilitering er udfordret på flere områder:

- Kompleksitet og variation i indsatser:** Rehabilitering dækker alt fra korte indsatser med fokus på fysisk genoptræning til længerevarende, helhedsorienterede indsatser til personer med komplekse problemstillinger. Det er ikke muligt at beskrive kvalitetsindikatorer og tilhørende standarder, der dækker alle indsatser i alle sammenhængende rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Men det er muligt og nødvendigt at beskrive kvalitetsindikatorer og standarder for udvalgte rehabiliteringsindsatser.
- Dataindsamling og registrering:** Der mangler systematisk registrerede data, og det kan være administrativt tungt at etablere nye registreringspraksisser uden at belaste de professionelle urimeligt.
- Tidsperspektiv:** Resultatet af rehabiliteringsindsatser viser sig ofte først over tid, hvilket kræver langsigtet opfølgning, som kan være vanskelig at organisere.

DERFOR ER DER BEHOV FOR NATIONALE KVALITETSINDIKATORER FOR REHABILITERING

Etableringen af nationale kvalitetsindikatorer skal understøtte:

- øget gennemsigtighed i kvalitet af rehabiliteringsindsatser
- kvalitetsudvikling på tværs af forvaltningsområder og lovgivninger
- ensartet kvalitet gennem monitorering af udvalgte indikatorer
- muligheden for læring på tværs af rehabiliteringsindsatser
- bedre grundlag for styring og prioritering.

BEGREBER

Kvalitetsstandarder skal bidrage til en mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatser og fungerer som realistiske udviklingsmål, der definerer det ønskede niveau for hver enkelt indikator²⁻⁴.

Kvalitetsindikatorer er målbare variable, der afspejler kvaliteten, og som anvendes til at følge denne over tid.

- **Strukturindikatorer** beskriver de ressourcer og rammer, som er forudsætningen for indsatsen, fx antal medarbejdere, senge eller apparatur.
- **Procesindikatorer** beskriver de aktiviteter, der leveres i en indsats, fx efterlevelse af kliniske retningslinjer, levering af specifikke ydelser eller overholdelse af forløbstider.
- **Resultatindikatorer** beskriver personens sundhedstilstand efter en indsats, fx funktionsevne, overlevelse, fysisk og psykisk helbred eller livskvalitet.

RESULTATINDIKATORER I REHABILITERING

I Danmark monitoreres kvaliteten på rehabiliteringsområdet gennem (få) struktur- og procesindikatorer. Der er brug for at videreudvikle de eksisterende indikatorer - og der skal desuden udvikles gode resultatindikatorer, der kan belyse resultatet af rehabiliteringsindsatsen. Resultatindikatorer bør udvikles med henblik på at belyse sammenhængen mellem rehabiliteringsindsatser og funktionsevne, mestring eller livskvalitet på gruppeniveau. I dette indlæg fokuseres på funktionsevne, der er et centralt begreb i rehabilitering og beskriver, hvordan vi fungerer i hverdagsliv, arbejdsliv, fritidsliv og samfundsliv. Funktionsevne handler om, hvad mennesker i praksis kan og gør.

Ifølge WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) skal funktionsevne vurderes både på kropsniveau (fx muskelstyrke), på aktivitetsniveau (fx evnen til at klare påklædning eller gangfunktion) og på deltagelsesniveau (en persons udførelse af opgaver og handlinger i en social og samfundsmæssig kontekst)^{5,6}. Der findes allerede flere valide redskaber til vurdering af funktionsevne på kropsniveau og aktivitetsniveau. Der eksisterer registre, der belyser visse aspekter af deltagelse, eksempelvis tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet (uddannelsesregistret og DREAM-registeret). WHO har udviklet et redskab - WHODAS 2.0, der fokuserer på både aktivitet og deltagelse, men der savnes undersøgelser, der vurderer dets anvendelighed i en dansk kontekst. Der vil formentlig også være behov for at oversætte og validere redskaber med fokus på deltagelse og eventuelt udvikle nye, så de kan anvendes i forskellige sammenhænge i Danmark.

Eksempler på resultatindikatorer kunne være andelen af personer med en bestemt helbredstilstand, som opnår en foruddefineret og relevant forbedring i funktionsevne eller opnår tilknytning til uddannelse eller arbejde efter en rehabiliteringsindsats. Standarder for opfyldelse af indikatorer vil belyse de realistiske mål i en given gruppe. Udviklingen af sådanne indikatorer med tilhørende standarder kræver imidlertid nøje metodiske og praktiske overvejelser, da rehabilitering ofte er kompleks, involverer flere aktører og påvirkes af mange faktorer i den specifikke kontekst.

Rehabilitering involverer flere forvaltningsområder, der hver især er reguleret af egen lovgivning, herunder beskæftigelses-, sundheds-, social- ældre- og undervisningsområdet.

Det er derfor afgørende, at indikatorer udvikles med respekt for de forskellige formål og rammer, der gør sig gældende i hvert forvaltningsområde – og i forhold til, hvad der er muligt inden for den givne lovgivning. Indikatorerne skal afspejle både lovgivningsmæssige krav, faglige traditioner og samtidig fremme en helhedsorienteret tilgang til rehabilitering med fælles overordnede mål.

DET INDIVIDUELLE ENGAGEMENT UNDERSTØTTES AF STRUKTUR- OG PROCESINDIKATORER

Resultatet af en rehabiliteringsindsats afhænger i væsentlig grad af personens eget engagement. Rehabilitering adskiller sig fra mange andre sundheds- og velfærdsindsatser ved, at det netop ikke er noget, der "gøres ved" personen – men noget, personen selv skal deltage aktivt i.

Denne forståelse bør afspejles i kvalitetsindikatorerne. Strukturindikatorer kan fx belyse, om institutionen er tværfagligt bemandet og om tværfagligt arbejde er muligt. Procesindikatorer belyser fx, om der afholdes målsætningssamtaler, og om der følges systematisk op på individuelle mål.

Sådanne procesindikatorer fremmer personcentreret rehabilitering ved at understøtte det personlige engagement. Hvis personen oplever målene som uvedkommende falder personens engagement, og sandsynligheden for manglende resultat øges. Omvendt styrker samarbejde om løsning af individuelle mål personens ejerskab og dermed sandsynligheden for et vellykket resultat.

Samarbejde, relationel praksis, fælles beslutningstagning og løbende justering af mål i takt med personens udvikling er ikke blot etisk vigtige, men også afgørende for resultatet af indsatsen. Derfor bør måling af kvalitet i rehabilitering også omfatte indikatorer, der kan belyse i hvilket omfang rehabilitering er organiseret og afviklet på en måde, der fremmer dette.

Der er således behov for både struktur-, proces- og resultatindikatorer, der kan supplere hinanden.

ANBEFALINGER TIL UDVIKLING OG IMPLEMENTERING

Det anbefales, at der fastlægges fælles, tværgående principper for kvalitetsudvikling på rehabiliteringsområdet – om muligt på tværs af forvaltningsområder og lovgivninger. Det kan bl.a. omfatte inddragelse af de ovenfor nævnte eksempler på resultatindikatorer, og et princip om, at der i videst muligt omfang udvikles og implementeres resultatindikatorer. Forskellig lovgivning kan give udfordringer, det er derfor vigtigt at tænke i forløb på tværs af forvaltningsområder og lovgivninger når indikatorer og standarder udvikles.

For at sikre en vellykket udvikling og implementering anbefales:

- **Tværasektorielt samarbejde:** Udviklingen skal ske i tæt samarbejde mellem relevante myndigheder, forvaltningsområder, fagmiljøer og brugerorganisationer.
- **Pilotprojekter:** Indikatorerne og de tilhørende standarder skal udvikles og testes i pilotprojekter før videre implementering.
- **Brugerinddragelse:** Personen/brugerens perspektiv skal systematisk inddrages både i udviklingen af indikatorer og i den løbende evaluering.
- **Løbende justering:** indikatorer og standarder skal kunne justeres over tid i takt med ændrede behov og erfaringer.

Rehabilitering i relation til de nye pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom kunne være en oplagt arena for udvikling af kvalitetsindikatorer for rehabiliteringsindsatser.

AFSLUTNING

Der er en klar og nødvendig bevægelse i retning af et styrket fokus på kvalitet og resultater i rehabiliteringsindsatser. Etableringen af nationale kvalitetsindikatorer vil være et væsentligt skridt i retning af et mere sammenhængende, gennemsigtigt og personcentreret rehabiliteringssystem. For at lykkes kræver det, at kompleksiteten i rehabiliteringsopgaven anerkendes, og at udviklingen sker med et fast blik på både faglig kvalitet og personens perspektiv.

Referencer

1. Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen J, Vind AB. Hvidbog om rehabilitering. 1. udgave. ed. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2022.
2. Dansk Selskab for Kvalitet i S. Kvalitetsguiden : begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet. Kbh: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2022.
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder. 2024 [cited 2025 July]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/ita/2024/138>.
4. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Klinisk kvalitetsudvikling og indikatorsæt i RKKP's kliniske kvalitetsdatabaser. 2021 [cited 2025 July]. Available from: <https://www.sundk.dk/media/iubi4vwd/kvalitetsudvikling-og-det-gode-indikatorsat-oktober-2021.pdf>.
5. Maribo T, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen J, Vind AB. Human functioning – funktionsevne som fælles pejlemærke og indikator. 2025 [cited 2025 July]. Available from: https://www.rehabiliteringsforum.dk/siteassets/tanketank/notat-human-functioning_2025.pdf.
6. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001. 228 p.

**Rehabiliteringsforum Danmark**

info@rehabiliteringsforum.dk

www.rehabiliteringsforum.dk

