HUMAN FUNCTIONING

- FUNKTIONSEVNE SOM FÆLLES PEJLEMÆRKE OG INDIKATOR

Thomas Maribo[1,2], Jette Thuesen[3,4], Claus Vinther Nielsen[1,2,5], Jan Sau Johansen[6], Ane Bonnerup Vind[3]

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.

Formålet med dette notat er at belyse, hvorfor der er behov for et øget fokus på funktionsevne i rehabilitering, samt hvordan funktionsevne kan anvendes som indikator og pejlemærke i rehabiliteringsforløb.

Notatet henvender sig primært til myndigheder og beslutningstagere. Det er udarbejdet af sekretariatet for Tænketanken om Hvidbog om Rehabilitering[1] med værdifulde input fra tænketankens medlemmer. Notatet har været i høring blandt medlemmerne, men sekretariatet har ansvaret for det samlede indhold.

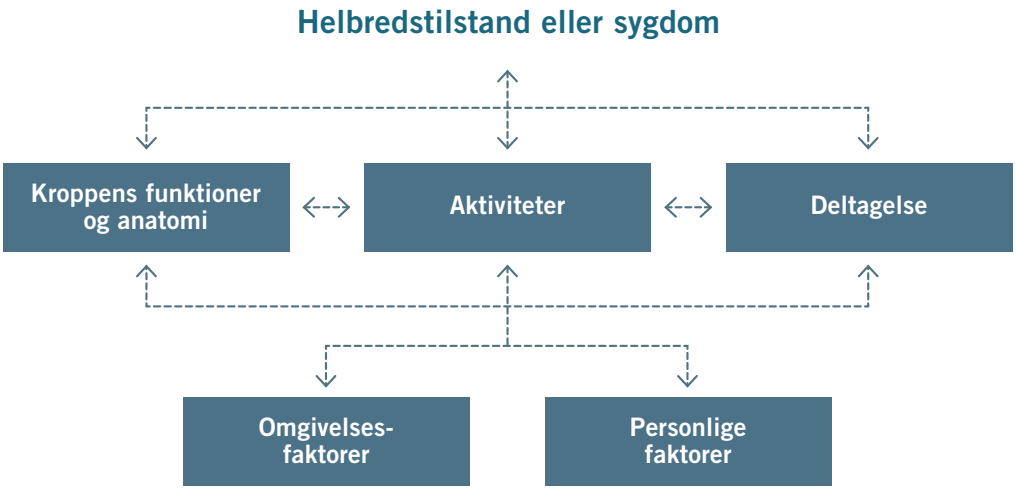
Funktionsevne er et centralt begreb i rehabilitering og beskriver hvordan vi fungerer i hverdagsliv, arbejdsliv, fritidsliv og samfundsliv. Funktionsevne handler om, hvad mennesker i praksis kan og gør.

Pejlemærke betyder i denne sammenhæng det endemål, forskellige aktører i rehabiliteringen styrer efter. Funktionsevne som begreb og pejlemærke får stigende opmærksomhed i Danmark. Det sker i forlængelse af ændringer i demografi, sygdomsmønstre og bedre behandlingsmuligheder, som gør at andelen af danskere med kroniske lidelser og nedsat funktionsevne stiger[2].

Indikator henviser i denne sammenhæng til monitorering af funktionsevne på individ- og populationsniveau.

HVAD ER FUNKTIONSEVNE?

WHO har udviklet klassifikationssystemer til registrering og monitorering af folkesundheden. Mest kendt er International Classification of Disease (ICD), som anvendes til registrering af sygelighed og dødelighed. Disse indikatorer er vigtige, men utilstrækkelige til at monitorere betydning af for eksempel rehabilitering og forebyggelse. Der er behov for en tredje indikator, der belyser, hvordan mennesker fungerer på trods af sygdom eller dens følger. WHO har derfor udviklet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), som beskriver og klassificerer funktionsevne.



ICF-modellen, WHO 2001.[3]

Funktionsevne (den danske oversættelse af *functioning*) forstås som et paraplybegreb for *kroppens funktioner og anatomi*, *aktiviteter* (personens opgaver og handlinger) og *deltagelse* (personens opgaver og handlinger i social- og samfundsmæssig kontekst). Funktionsevne betinges af både omgivelsesmæssige og personlige faktorer samt af helbredsmæssige forhold. ICF-modellen illustrerer, hvordan funktionsevne indgår i et samspil med disse kontekstuelle og helbredsmæssige faktorer. Når vi taler om funktionsevne som indikator og pejlemærke har vi særligt fokus på *aktivitets- og deltagelseskomponenten*.

Funktionsevne dækker som nævnt både, hvad en person kan og det, personen faktisk gør i sine omgivelser. Som det beskrives: "*Functioning is the bridge that links health to individual well-being and societal welfare–thereby accounting for the value of health*"[4, p.3]. Funktionsevne bygger således bro mellem individuelt velbefindende og samfundsmæssig velfærd.

Men hvordan kan vi styre med funktionsevne som fælles pejlemærke, når indsatserne leveres på tværs af lovgivning og sektorer? Hvordan kan vi monitorere befolkningens sundhed og velbefindende på en måde, der integrerer funktionsevne? For at kunne styre i retning af funktionsevne, er det nødvendigt, at vi på tværs af velfærdsområder bliver enige om, hvordan vi forstår, vurderer og måler funktionsevne.

FUNKTIONSEVNE SOM PEJLEMÆRKE OG INDIKATOR – POTENTIALER OG UDFORDRINGER

Nedenfor præsenteres et forslag til, hvordan funktionsevne kan anvendes som pejlemærke for rehabiliteringsforløb, hvordan det kan integreres i vores faglige sprog, og dette efterfølges af overvejelser om funktionsevne som indikator samt om, hvordan data om funktionsevne kan integreres i en dansk kontekst. Med inspiration fra WHO beskriver vi, hvordan fokus på funktionsevne kan styrkes i centrale dele af velfærdssamfundet[5]. Det danske velfærdssystem er kendetegnet ved en helhedsorienteret tilgang, hvor indsatser fra forskellige velfærdsområder spiller tæt sammen for at understøtte borgerens samlede livssituation.

Funktionsevne som det fælles pejlemærke for sammenhængende rehabiliteringsindsatser

Indsatser, der kan understøtte den enkeltes funktionsevne, foregår ofte på tværs af tidspunkter og steder i borgerens liv – i forskellige organisatoriske sammenhænge, efter forskellige lovgivninger, og på tværs af offentlige og civilsamfundsaktører. Hvis individers funktionsevne skal styrkes, er det afgørende, at fagpersoner og organisationer arbejder mod et fælles overordnet mål – funktionsevne som fælles pejlemærke. Dette gælder også, selv om den enkelte fagperson eller enhed primært bidrager med afgrænsede indsatser som patientrettet forebyggelse, genoptræning eller kompenserende tiltag. Med et fælles pejlemærke øges sandsynligheden for, at ydelser koordineres og bidrager til at forløb lykkes. For borgere og patienter med nedsat funktionsevne, er det særligt vigtigt at få sammenhængende hjælp og støtte til at kunne fungere i hverdagsliv, arbejdsliv og samfundsliv. Med andre ord er det centralt at modtage støtte til at fremme funktionsevnen – prioriteret ud fra den enkeltes oplevelse af, hvilke aspekter af funktionsevne, der bidrager til et meningsfuldt liv. Det forudsætter en fælles opmærksomhed på funktionsevne som overordnet pejlemærke – både på tværs af alle velfærdsområder og i rehabiliteringsindsatsen i særdeleshed.

Når funktionsevne skal understøttes eller fremmes i sammenhængende rehabilitering i praksis, er der brug for viden om de domæner og komponenter, der påvirker funktionsevne, samt hypoteser om deres samspil og betydning i personens liv. Dette inkluderer viden om funktionsevne, der er indsamlet af fagpersoner inden for rammen af ICF. Hertil kommer viden om personens behov, ønsker og mål og hvad den enkelte oplever som et godt og meningsfuldt liv, der er centralt i den personcentrerede tilgang. Denne viden er vigtig forud for planlægning af indsatser og undervejs i forløbet. Funktionsevne og funktionsevnenedsættelse er en foranderlig tilstand, ligesom personens behov, ønsker, mål og oplevelse af mening forandrer sig i et rehabiliteringsforløb. For nogle vil enkelte indsatser som fx patientrettet forebyggelse være tilstrækkeligt til at understøtte funktionsevne, men for andre vil der skulle sættes ind med andre indsatser.

Dette fordrer, at der etableres tværfaglige miljøer, som kan gennemføre undersøgelser, lægge fælles planer og tilbyde relevante koordinerede indsatser, som kan møde personers individuelle behov. Det fordrer desuden, at der arbejdes på tværs af fag, enheder, sektorer og forvaltningsområder med funktionsevne som fælles pejlemærke. Det kræver både en fælles faglig forståelse af funktionsevne og fælles rammer for dokumentation, hvor funktionsevne er et gennemgående opmærksomhedspunkt. Det fordrer endvidere en pragmatisk tilgang i dialogen med de faglige miljøer, som ikke har

rehabilitering som primær indsats, og hvor funktionsevne på nuværende tidspunkt ikke er etableret som pejlemærke. Endelig er der behov for, at alle indsatser evalueres med henblik på deres bidrag til at understøtte eller fremme funktionsevne – både inden for og på tværs af fag, enheder og sektorer.

I mange borger- og patientforløb anvendes spørgeskemaer (kaldet PRO-redskaber på sundhedsområdet), der giver mulighed for at få personens perspektiv på forskellige selvoplevede aspekter, eksempelvis egen funktionsevne, med udvalgte spørgsmål. Hvis funktionsevne skal etableres som det fælles pejlemærke for sammenhængende rehabiliteringsindsatser, er det vigtigt, at den type af spørgeskemaer altid indeholder spørgsmål om funktionsevne. Tænketanken bemærker, at funktionsevne som pejlemærke kan bidrage positivt i sektorovergange. Som professionel får man et blik ud over egen faglighed og et vist niveau af fælles faglighed, hvis der etableres en fælles forståelse og et fælles sprog om funktionsevne.

Funktionsevne som fælles fagligt pejlemærke – viden, kompetencer og fælles sprog
Implementering af funktionsevne som fælles pejlemærke for samarbejde, både i rehabilitering og på tværs af indsatser i det samlede borger- eller patientforløb forudsætter, at funktionsevne indgår i curriculum, i medarbejdernes kompetencer og i det fælles sprog i praksis som udgangspunkt for tværfaglig kommunikation og samarbejde på tværs af faggrupper, der arbejder med mennesker med nedsat funktionsevne. Det fælles fundament i ICF er centralt. ICF og den biopsykosociale forståelse af funktionsevne er en forudsætning for at kunne tilbyde individuelle indsatser ud fra hele den brede vifte af såvel edukative, restorative som kompenserende indsatser og omgivelsesmæssige tiltag, der kan understøtte funktionsevne. Der er brug for personcentrering og tværfaglighed i uddannelse og praksis, så der skabes forståelse for funktionsevne som fælles opgave og pejlemærke på tværs af professioner. Det fordrer igen en pragmatisk tilgang til indhold heri.

Der er desuden brug for ledelse, som understøtter tværfaglighed, personcentrering og fælles sprog.

Funktionsevne som indikator - data og information der understøtter og monitorerer funktionsevne
Data og information, der anvendes til monitorering af funktionsevne, kan omfatte standardiserede oplysninger om funktionsevne, som indsamles til brug i daglig praksis – både til gavn for den enkelte person, som ledelsesinformation og til kvalitetsmonitorering, for eksempel af bestemte målgrupper eller i sammenhæng med forskning. Det sker kun i begrænset omfang i dag. Funktionsevne er relevant som resultatmål og indikator i forløb inden for social-området, sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet samt til evaluering af større indsatser og politiske tiltag på samfundsniveau.

Inddragelse af funktionsevne i kvalitetsmonitorering kræver løbende opfølgning for at kunne måle ændringer over tid. Data skal indsamles struktureret og systematisk med samme redskab over tid og på tværs af forskellige målgrupper for at kunne indsamle og sammenligne aggregerede data på både organisationsniveau, kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Data vil på sigt kunne indgå i registerbaserede opgørelser af effekt af indsatser som allerede prøvet i udvalgte danske kvalitetsdatabaser, og kan i den sammenhæng indgå som relevant information i prioriteringsdrøftelser. Indikatorer for funktionsevne kunne også indgå i befolkningsundersøgelser, som fx sundhedsprofilen, og derved give et billede af funktionsevnen i befolkningen, der kunne fungere som sammenligningsgrundlag i forhold til mennesker med forskellige medfødte eller erhvervede helbredstilstande eller omstændigheder, der påvirker funktionsevnen.

Data fra kvalitetsmonitorering i de enkelte målgrupper med det samme redskab vil skabe viden, som kan kombineres med oplysninger om omgivelses- og personlige faktorer, svarende til ICF-modellen og kan indgå i information af patienter og ved fælles beslutningstagen.

Relevante oplysninger kan for eksempel indhentes via generiske spørgeskemaer om funktionsevne, som udfyldes af borgeren/patienten. Et sådant spørgeskema kan anvendes flere gange på fastlagte tidspunkter i relevante forløb på tværs af sektorer og velfærdsområder. Mange borgere/patienter har for eksempel flere samtidige diagnoser eller andre forhold, der påvirker funktionsevne, og indgår derfor i flere målgrupper. Det er derfor vigtigt med generiske redskaber, så væsentlige områder af funktionsevne monitoreres ensartet. Omvendt dækker et generisk redskab ikke alle relevante perspektiver for alle målgrupper, hvorfor det kan være nødvendigt at supplere med målgruppespecifikke spørgsmål eller redskaber.

Tænketanken peger på, at udfyldelse af et spørgeskema, som for eksempel et PRO-redskab, kan hjælpe personen med at opnå større indsigt i egen funktionsevne. Samtidig vil ikke alle personer - særligt dem med de mest komplekse funktionsevnenedsættelser og færreste personlige ressourcer - kunne medvirke til udfyldelsen. Tænketanken fremhæver, at der skal være incitamenter til både afprøvning og implementering, herunder at en god proces kræver inddragelse af medarbejderne samt tilbagerapportering af data til de leverende enheder med henblik på kvalitetsudvikling. Der er desuden behov for incitamenter, som understøtter registrering på tværs af sektorer og systemer, for eksempel gennem fælles rapporter og netværksarbejde.

HVORDAN KOMMER VI VIDERE?

For at komme videre med de forslag, der er skitseret ovenfor, er der brug for fælles handling og fælles erfaringer på tværs af ovennævnte områder.

En måde at bringe dagsordenen videre på kunne være at indsamle erfaringer med et fælles spørgeskema – eller som minimum udvalgte spørgsmål – til monitorering af funktionsevne i sundhedsvæsenet. De fælles spørgsmål bør have fokus på personens opgaver og handlinger i social- og samfundsmæssig kontekst og tager afsæt i hverdagslivet – det vil sige spørgsmål, der fokuserer på aktiviteter og deltagelse. Det er vigtigt, at spørgsmålene er i overensstemmelse med ICF som begrebslig ramme. Et næste skridt kunne være at inddrage den nationale PRO-arbejdsgruppe med henblik på at udvikle et generisk PRO-skema om funktionsevne, dette vil sikre metodisk kvalitet og på sigt understøtte bredere anvendelse.

Endelig skal der arbejdes hen imod, at funktionsevne integreres i uddannelses-curriculum for alle faggrupper, der er involveret i rehabilitering.

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. Kleist B. Kronisk sygdom i befolkningen. Analysenotat fra KL 1. september 2023. Tilgået 16-04-2025. https://www.kl.dk/media/hfoj5q5m/kronisk-sygdom-i-befolkningen.pdf.
3. WHO. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001. 228 p.
4. Bickenbach J, Rubinelli S, Baffone C, Stucki G. The human functioning revolution: implications for health systems and sciences. Frontiers in Science. 2023;1:1118512.
5. WHO. MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH SYSTEMS: A HANDBOOK OF INDICATORS AND THEIR MEASUREMENT STRATEGIES 2010 [Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf.

Rehabiliteringsforum Danmark
info@rehabiliteringsforum.dk
www.rehabiliteringsforum.dk