

# ➔ Hovedresultater

Effekter og implikationer for implementering efter Team Fokuseret Rehabiliterings første projektår med afprøvning af World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)



# Hovedresultater fra Team Fokuseret Rehabilitering

## Indhold

Forord .....	3
Forkortelser .....	3
Baggrund .....	4
Sådan gjorde vi .....	4
Den rehabiliterende indsats .....	4
Hovedresultater .....	5
Beregnete effekter .....	5
Anvendelse af WHODAS 2.0 – mere end forventet .....	5
Den udviklede arbejdsgang .....	5
Implementering i praksis .....	6
Visning som samarbejdsgrundlag .....	6
Tekniske udfordringer .....	6
Omregningsmodel fra WHODAS 2.0 til CFS .....	7
Implikationer for skalering .....	7
Værdien fra Team Fokuseret Rehabilitering .....	8
Fakta om projektet .....	8

# Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne fra det første projektår med Team Fokuseret Rehabilitering (TFR) i Pleje og Rehabilitering (P&R) i Århus Kommune. Baggrunden for projektet er en stigende kompleksitet i borgerforløb og et behov for at styrke rehabiliterende indsatser i hjemmepleje og rehabilitering. Med ændringer i Ældreloven og Sundhedsreformen er der skabt nye rammer, hvor fokus flyttes fra kompensation til helhedsorienteret rehabilitering med vægt på funktionsevne, tværfaglighed og borgerinddragelse.

TFR blev etableret for at understøtte denne omstilling og sikre, at borgere med komplekse behov kan leve et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Projektet bygger på et værdibaseret perspektiv, hvor ressourcer prioriteres, så indsatsen skaber størst mulig værdi for borgeren og for kommunen. Et vurderingsredskab, World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), blev indført som faglig kvalitetsindikator og dialogværktøj for at dokumentere funktionsevne og understøtte en fælles forståelse i personcentreret rehabilitering.

Det er håbet, at rapporten giver indblik i både de opnåede resultater og de erfaringer, der er gjort undervejs, og at den kan inspirere til videre udvikling af rehabiliteringspraksis i Århus Kommune.

## Forkortelser

Følgende forkortelser anvendes i rapporten.

- › TFR – *Team Fokuseret Rehabilitering*  
Nyetableret tværfagligt team i Århus Kommune med fokus på rehabilitering i komplekse borgerforløb.
- › P&R – *Pleje og Rehabilitering*  
Kommunal enhed, der varetager hjemmepleje og rehabilitering.
- › WHODAS 2.0 – *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*  
WHO's anbefalede redskab til vurdering af funktionsevne og helbred.
- › ICF - *International Klassifikation of Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbred*  
WHO's begrebslige grundlag for den interaktive dynamik mellem helbred, funktionsevne og kontekst.
- › CFS – *Clinical Frailty Scale*  
Skala i 9 niveauer til vurdering af skrøbelighed hos ældre borgere.
- › Barthel-20 – *Barthel Index (20 point-version)*  
Skala til vurdering af selvhjulpethed i daglige aktiviteter.
- › CAS – *Cumulated Ambulation Score*  
Skala til vurdering af basismobilitet ud fra tre aktiviteter (seng, stol, gang).
- › FAC – *Functional Ambulation Categories*  
Klassifikation af gangfunktion og behov for støtte.

# Baggrund

Team Fokuseret Rehabilitering (TFR) blev etableret i 2024 Pleje & Rehabilitering (P&R) for at styrke rehabiliterende indsatser i komplekse borgerforløb og understøtte et kulturskifte fra plejefokus til helhedsorienteret rehabilitering. Projektet er forankret i Ældreloven og Sundhedsreformen, som stiller krav om helhed, funktionsevne og borgerinddragelse. Formålet er at fremme et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet, deltagelse og livskvalitet for borgere med komplekse behov.

## Sådan gjorde vi

For at finde ud af, om en fokuseret rehabiliterende indsats kunne gøre en forskel, fulgte vi de borgere, der modtog indsatsen, før og efter deres forløb. Når en borger blev henvist til TFR, blev forløbet indledt med en samtale om hverdagslivet og de ting, der havde mest betydning for borgeren. Samtalen foregik oftest i borgerens hjem, men kunne også ske med en kontaktperson fra P&R, hvis et hjemmebesøg ikke var muligt.

Samtidig brugte TFR det internationalt anerkendt spørgeskema WHODAS 2.0 til at få et samlet billede af borgerens funktionsevne – ikke kun fysisk, men også socialt og mentalt. Spørgeskemaet gav en samlet talværdi fra 0-100. På baggrund af samtalen og vurderingen blev indsatsen tilpasset den enkelte borgers behov. Nogle forløb kunne klares med et enkelt besøg og koordinering med det lokale team, mens andre strakte sig over uger eller måneder, hvis der var behov for forskellige afprøvninger eller relationsopbygning. Forløb blev afsluttet, når der forelå en samlet vurdering af borgerens livssituation og funktionsevne samt anbefalinger til det videre arbejde for de lokale teams. Efter afslutning blev borgerens funktionsevne vurderet igen for at se, om der var sket ændringer. Vi kiggede også på, hvor meget støtte borgeren fik i hverdagen, og om behovet havde ændret sig.

Ud over at indsamle talværdierne talte vi med fagpersonerne i teamet for at høre, hvordan det var at arbejde med den nye tilgang, og hvad der fungerede godt eller var udfordrende. På den måde blev tal og erfaringer kombineret for at få et helhedsbillede af, hvordan indsatsen virkede – både for borgerne og for dem, der arbejdede med den rehabiliterende indsats.

## Den rehabiliterende indsats

Team Fokuseret Rehabiliterings Indsats havde til formål at styrke borgerens funktionsevne og livskvalitet gennem en helhedsorienteret tilgang. Rehabilitering blev forstået som en samarbejdsproces, hvor borgerens samlede livssituation, ressourcer og personlige mål var udgangspunktet for planlægning og handling. Det understreges, at rehabilitering **ikke er sidestillet med træning eller terapi** – træning kan indgå, men sjældent på en central måde.

### Indsatsen omfattede

**Personcentrering:** Borgerens personlige ressourcer, håb, drømme og værdier indgik som fundament for plan og målsætning

**Helhedsperspektiv:** Funktionsevne blev vurderet bredt (herunder fysisk, mental og social kapacitet) med fokus på udførelse af aktivitet og deltagelse i hverdagslivet i samspil med omgivelserne

**Tværfaglig koordinering:** Fagpersoner samarbejdede om at skabe sammenhængende forløb og understøtte borgerens mestring med møder, samtaler, konferencer og opfølgning

**Standardiseret vurdering:** WHODAS 2.0 blev anvendt til at vurdere og dokumentere funktionsevne og skabe et fælles sprog i dialogen om borgerens fungeren i hverdagslivet

**Praktisk støtte og tilpasning:** Nye rutiner blev indøvet i borgerens eget hjem, og der blev arbejdet med tryghedsskabende strategier og kompenserende tilgange.

# Hovedresultater

I det følgende er hovedresultater fra projektet gengivet. Resultaterne præsenteres i en sammenfattet form for at give et kommunikerbart overblik over de vigtigste fund. For en grundig gennemgang af metode, datagrundlag og detaljerede analyser henvises til den fulde rapport, hvor både kvantitative beregninger og kvalitative indsigter er beskrevet indgående.

## Beregnete effekter

I projektets første år blev der gennemført 101 forløb, hvoraf 62 borgere blev vurderet med WHODAS 2.0 ved opstart og 49 ved opfølgning. Ved opstart havde borgerne moderat til svær funktionsevnenedsættelse (median proxy 55; selvrapportering 48). På gruppeniveau blev der ikke fundet en statistisk signifikant ændring, men blandt borgere med opfølgning opnåede 60 % en gennemsnitlig forbedring på ca. 10 point ( $p < 0,000$ ). Samtidig fik 60 % færre leverede timer, hvilket indikerer en værdibaseret effekt, selv om gennemsnitsændringen ikke var signifikant. WHODAS 2.0 korrelerede stærkt med skrøbelighed (CFS), mens sammenhængen med selvhjulpethed (Barthel-20) og mobilitet (CAS) var svag.

## Anvendelse af WHODAS 2.0 – mere end forventet

WHODAS 2.0 blev oprindeligt indført som et afgrænset måleredskab til at dokumentere funktionsevnenedsættelse på baggrund af 12 spørgsmål med fem svarmuligheder. Det var tænkt som en standardiseret vurdering, der kunne give et talbaseret udgangspunkt for at følge udviklingen i borgerens funktionsevne. Undervejs i projektet viste det sig imidlertid, at redskabet fik en langt bredere anvendelse end planlagt. Ud over at levere en måling blev WHODAS 2.0 brugt som en strukturerende samtaleramme, der åbnede for dybere dialog om borgerens livsvilkår, værdier og ønsker. Denne ekstra gevinst – at skabe plads til essentielle samtaler om hverdagsliv og personlige mål – var ikke forudset, men blev af fagpersonerne oplevet som en betydelig styrke i indsatsen.

## Den udviklede arbejdsgang

Alle fagpersoner i TFR udviklede uafhængigt af hinanden en ensartet, parallel arbejdsgang for at håndtere situationer, hvor borgeren havde svært ved at svare inden de faste svarkategorier. Arbejdsgangen bestod af to trin:

### 1. Afprøvning af selvrapportering:

Fagpersonen startede med at gennemføre WHODAS 2.0 som et struktureret interview, hvor borgeren blev præsenteret for de 12 spørgsmål og de fem svarkategorier (ingen, mild, moderat, svær, ekstrem). Hvis borgeren kunne placere sine svar inden for kategorierne, blev skemaet udfyldt som selvrapportering.

### 2. Fleksibel samtale og proxyvurdering:

Hvis borgeren ikke kunne svare inden for kategorierne – typisk på grund af kognitive udfordringer, sproglige barrierer eller følelsesmæssig belastning – fraveg fagpersonen den standardiserede form. I stedet blev samtalen brugt til at indhente borgerens perspektiv i en friere form, og efterfølgende udførte fagpersonen en proxyvurdering baseret på observationer og faglig vurdering. Tilgangen sikrede, at borgerens oplevelse og værdier stadig blev inddraget i planlægning og målsætning, samtidig med at der blev registreret en sammenlignelig værdi for borgerens funktionsevne.

Denne praksis blev beskrevet som en balance mellem struktur og fleksibilitet: WHODAS 2.0 gav rammen, men fagpersonerne tilpassede metoden for at bevare validitet og respekt for borgerens situation. Resultatet var, at redskabet både fungerede som måleinstrument og som dialogværktøj, der styrkede personcentreringen i rehabiliteringsforløbene.

## Implementering i praksis

Implementeringen af WHODAS 2.0 blev understøttet teknisk fra begyndelsen af projektet. Digitaliseringsenheden opsatte redskabet i dokumentationssystemet Columna CURA, så fagpersonerne kunne registrere vurderinger direkte i borgerens journal. For at gøre resultaterne anvendelige i dialog og opfølgning udviklede Faktacenteret en Business Intelligence-visning, hvor resultaterne blev præsenteret grafisk som en spiderweb-figur. Visningen kunne tilgås via et link. Det gav mulighed for at bruge data som et visuelt dialogværktøj både sammen med borgeren og på tværfaglige konferencer.

### Visning som samarbejdsgrundlag

Den grafiske spiderweb-visning gjorde det muligt at se både borgerens egen vurdering og fagpersonens proxyvurdering i samme billede. De to datasæt kunne præsenteres som overlappende figurer, hvor hver akse repræsenterede et svar fra WHODAS 2.0 – om eksempelvis mobilitet, egenomsorg, social deltagelse og kognition.

Visningen kunne give en umiddelbar og intuitiv forståelse af ligheder og forskelle mellem borgerens oplevelse og fagpersonens vurdering. Når figurerne lå tæt, signalerede det en fælles opfattelse af borgerens funktionsevne. Når der var tydelige afstande, blev det et konkret udgangspunkt for dialog: Hvorfor ser vi forskelligt på dette område? Hvad betyder det for indsatsen?

Spiderweb'et blev dermed mere end en grafisk præsentation – det blev et samarbejdsværktøj, der skabte gennemsigtighed og styrkede borgerinddragelsen. Det gjorde det muligt at tale om komplekse forhold på en enkel måde og gav fagpersonerne et visuelt fundament for at planlægge målrettede indsatser sammen med borgeren.

### Tekniske udfordringer

Selv med den tekniske understøttelse krævede implementeringen oplæring og tid til at opbygge rutine. Fagpersonerne fremhævede behovet for træning i spørgeteknik og forståelse af redskabets formål. De oplevede, at konteksten for interviewet havde stor betydning for validiteten: Privatliv og ro gav mere autentiske svar, mens mødesituationer med flere tilstedeværende kunne hæmme borgerens åbenhed.

En vigtig erfaring var, at fagpersonerne havde en klar forventning om at udvide implementeringen, så WHODAS 2.0 kunne anvendes bredt i P&R – ikke kun af TFR, men også af kolleger i de borgernære teams. De forestillede sig også, at en tidlig og systematisk anvendelse af redskabet i Sundhedsenhederne ville give en betydelig gevinst med bedre koordinering, ensartet dokumentation og et fælles sprog om funktionsevne på tværs af enheder. Dette blev set som en mulighed for at styrke personcentreret rehabilitering og skabe mere målrettede indsatser, hvor ressourcerne i de borgernære indsatser kunne anvendes, hvor de gør størst forskel.

## Sammenhæng med andre måleredskaber

Analysen viste en stærk lineær sammenhæng mellem WHODAS 2.0 og Clinical Frailty Scale (CFS), hvilket indikerede, at WHODAS 2.0 kan fungere som et indirekte mål for skrøbelighedsskalaen. Denne sammenhæng blev dokumenteret med en regressionsmodel, hvor skrøbelighedsvurderingen med CFS kunne estimeres ud fra WHODAS 2.0 med høj forklaringskraft ( $R^2 \approx 0,66$ ). Der blev udviklet en omregningsmodel, hvor WHODAS 2.0 kan bruges til at beregne et forventet CFS-niveau. En sådan model kan styrkes i robusthed og forklaringskraft, hvis WHODAS 2.0 og CFS i en periode anvendes samtidig for en række borgere. En bredere anvendelse af WHODAS 2.0 i P&R kunne generere flere data at beregne sammenhængen ud fra, og således kunne omregningsmodellen udvides til flere borgergrupper end de komplekse forløb, der hører under TFR's målgruppe.

## Omregningsmodel fra WHODAS 2.0 til CFS

$$WHODAS = -27,83 + 13,43 \times CFS$$

( $R^2 \approx 0,66$ ; 95% konfidensinterval for hældning: 10,79–16,06)

### Omvendt beregning:

$$CFS = (WHODAS + 27,83) / 13,43$$

### Eksempler:

- CFS = 5 → WHODAS 2.0  $\approx$  39,3
- WHODAS 2.0 = 39 → CFS  $\approx$  5

### Anvendelse:

Modellen kan bruges til at estimere skrøbelighed for borgere, der har samme kompleksitet som borgerne i TFR's målgruppe, når WHODAS 2.0 foreligger, og omvendt. Robustheden forventes at stige, hvis flere data fra WHODAS 2.0 foreligger, herunder hvis WHODAS 2.0 implementeres bredt i P&R og dermed dækker flere borgergrupper.

Sammenhængen med Barthel-20 og CAS var svag, hvilket afspejler forskelle i, hvad redskaberne måler. WHODAS 2.0 vurderer funktionsevne bredt inden for seks forskellige livsområder, herunder også socialliv og følelsesmæssig påvirkning, imens Barthel-20 fokuserer på selvhjulpenhed i basale aktiviteter, og CAS måler mobilitet. Disse resultater understreger WHODAS 2.0's styrke som helhedsorienteret indikator, der kan supplere mere snævre målinger.

Hvis WHODAS 2.0 anvendes systematisk i kommunal praksis, kan data over tid bruges til at udvikle præcise beregningsmodeller, der gør det muligt at beregne klassifikation af skrøbelighed uden at gennemføre begge vurderinger separat. Det vil give en organisatorisk gevinst ved at reducere dobbeltregistrering og samtidig styrke kvaliteten af beslutningsgrundlaget for indsatser i praksis, som skal ske i forbindelse med skrøbelighed, fx i triageringsøjemed.

## Implikationer for skalering

WHODAS 2.0 er i dette projekt afprøvet i en afgrænset kontekst med et specialiseret team og en målgruppe af borgere med komplekse forløb. Erfaringerne viser, at redskabet kan fungere som både faglig kvalitetsindikator og dialogværktøj, men det er vigtigt at understrege, at resultaterne bygger på et begrænset datagrundlag og en specifik organisatorisk ramme. Skalering til en bredere praksis kræver derfor en velovervejet tilgang.

For at lykkes med en udbredelse skal der udvikles en klar implementeringsstrategi, der sikrer

- 3. Oplæring med fokus på formål og spørgeteknik:** Erfaringerne viser, at forståelsen af, hvad WHODAS 2.0 måler, og hvordan spørgsmål stilles neutralt, er afgørende for validitet. Træning bør omfatte både teknisk brug og den dialogiske dimension, som redskabet har vist sig at understøtte.
- 4. Organisatorisk forankring:** WHODAS 2.0 skal indgå som en naturlig del af arbejdsgange, så det ikke opleves som en ekstra opgave, men som et naturligt værktøj, der skaber værdi for borgeren og teamet.
- 5. Teknisk understøttelse:** Opsætningen i Columna CURA og spiderwebvisningen har været en styrke i projektet. Ved skalering bør der sikres nem adgang til visuelle præsentationer af data, så resultater kan bruges aktivt i borgernære og tværfaglige drøftelser.
- 6. Integration i styringsdata:** En bred implementering giver mulighed for at anvende WHODAS 2.0-data til ledelsesrapportering og kvalitetsudvikling. Over tid kan data bruges til at dokumentere effekter og prioritere indsatser, hvor de skaber størst værdi.

Erfaringerne peger på, at en udbredelse til andre teams og borgergrupper kan styrke en ensartet, evidensbaseret praksis i P&R. Samtidig åbner det for nye muligheder, fx at udvikle robuste beregningsmodeller, hvor WHODAS 2.0 kan bruges som proxy for skrøbelighed (CFS).

Skaleringen bør dog ske med respekt for konteksten: WHODAS 2.0 er trods gevinster med øget fokus på borgercentrering og tværfagligt samarbejde ikke en hurtig løsning, men et redskab, der kræver tid, oplæring og en kultur, hvor data omsættes til meningsfuld dialog. Det er kombination af tal og værdibaseret samtale, der har vist sig at være den største gevinst ved anvendelsen.

## Værdien fra Team Fokuseret Rehabilitering

TFR blev etableret for at styrke rehabiliterende indsatser i komplekse borgerforløb og understøtte et skifte fra plejefokus til helhedsorienteret rehabilitering. Projektet har vist, at en målrettet indsats kan skabe værdi – ikke kun for borgerne, men også ved en værdibaseret frigørelse af ressourcer til andre dele af organisationen. Det må tilskrives fagpersonernes engagement og forandringsparathed, at det er lykkedes at indføre WHODAS 2.0 som faglig kvalitetsindikator og dialogværktøj. Deres indsats viser, at redskabet kan bidrage til struktur, dokumentation og et fælles sprog på tværs af fagligheder.

### Fakta om projektet

**Projektperiode:** Ultimo 2024 – december 2025

**Kontekst:** Pleje og Rehabilitering, Århus Kommune

**Design:** Pragmatisk follow-up uden kontrolgruppe, baseret på RE-AIM-rammen for evaluering af implementering og effekt

#### Datagrundlag:

- › Kvantitative data: WHODAS 2.0 (12-item version), Clinical Frailty Scale (CFS), Barthel-20, Cumulated Ambulation Score (CAS), leverede timer
- › Kvalitative data: Tre semistrukturerede interviews med teammedlemmer om implementering, oplevet nytte og barrierer ved anvendelse af WHODAS 2.0

#### Analyse:

- › Statistiske analyser i Stata 19 (median, IQR, korrelationer, regressionsmodeller)
- › Tematisk analyse af interviewdata

#### Måleredskaber:

- › WHODAS 2.0: WHO's standardiserede redskab til vurdering af funktionsevne (Skala 0–100 indeksværdi). Lav værdi er positivt
- › CFS: Skrøbelighedsskala (Skala 1–9). Lav værdi er positivt
- › Barthel-20: Vurdering af selvhjulpethed i daglige aktiviteter (Skala 0-20)
- › CAS: Mobilitetsscore (Skala 0–6)



SUNDHED OG OMSORG  
Århus Kommune

Tlf. 29425815 | [helhon@aarhus.dk](mailto:helhon@aarhus.dk) | [www.aarhus.dk](http://www.aarhus.dk)