

# Team Fokuseret Rehabilitering

Statusrapport med resultater efter første projektår.

Udarbejdet af Helene Honoré, MSc in Health Science, PhD. Specialkonsulent i Pleje og Rehabilitering, Distrikt Nord, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

## 1.0 Opsummering

Team Fokuseret Rehabilitering (TFR) blev etableret i Pleje og Rehabilitering (P&R), Magistraten for Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune for at styrke rehabiliterende indsatser i komplekse borgerforløb og understøtte et kulturskifte fra plejefokus til helhedsorienteret rehabilitering. I projektets første år er der gennemført 101 forløb, hvoraf 62 borgere er vurderet med WHODAS 2.0 ved opstart og 49 ved opfølgning. WHODAS 2.0 blev indført som faglig kvalitetsindikator for funktionsevne og som dialogværktøj i tværfaglige drøftelser. **Kvantitative resultater** viser, at borgerne havde moderat til svær funktionsevnededsættelse ved opstart (median proxy 55; selvrapportering 48). På gruppeniveau sås ingen signifikant ændring, men 60 % af borgere med opfølgning opnåede 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 statistisk signifikant. WHODAS 2.0 korrelerede stærkt med skrøbelighed (CFS), mens sammenhæng med selvhjulpethed og mobilitet var svag, hvilket understreger redskabets helhedsorienterede karakter. Distrikt var den eneste signifikante effektmodifikator for ændring i leverede timer. **Kvalitative indsigter** peger på, at WHODAS 2.0 efter en indledende skepsis blev oplevet som et nyttigt redskab, der skaber struktur, dokumentation og et fælles sprog. Det understøtter borgerinddragelse og meningsfuld dialog om livsværdier, men kræver oplæring, organisatorisk forankring og teknisk understøttelse. Informanterne fremhævede, at kontekst og spørgeteknik påvirker validitet, og at balancen mellem standardisering og fleksibilitet er afgørende for anvendelighed. **Diskussionen** viser, at WHODAS 2.0 ikke blot er et måleredskab, men et strategisk værktøj til værdibaseret rehabilitering. Det muliggør prioritering af indsatser, hvor de skaber størst værdi, og kan over tid anvendes til at dokumentere både kliniske effekter og organisatoriske gevinster. For at realisere dette potentiale kræves en implementeringsstrategi med fokus på oplæring, IT-understøttelse og integration i styringsdata, så tal omsættes til meningsfuld viden og kvalitetsudvikling. **Konklusion** for projektet er, at WHODAS 2.0 er anvendeligt som faglig kvalitetsindikator og dialogværktøj i kommunal rehabiliteringspraksis. På trods af indledende skepsis blev redskabet efter oplæring oplevet som en styrke, der skaber struktur, dokumentation og et fælles sprog på tværs af fagligheder. Det understøtter kerneværdier i rehabilitering – borgerinddragelse, helhedsperspektiv og tværfaglig koordinering – og

fungerer i praksis som ramme for meningsfuld dialog om borgerens livssituation. Implementering kræver dog oplæring, organisatorisk forankring og teknisk understøttelse for at sikre validitet og bæredygtig anvendelse.

## 2.0 Baggrund

P&R varetager hjemmepleje og rehabilitering for borgere i eget hjem i Århus Kommune. Historisk set har indsatserne været plejende for at kompensere borgere med nedsat funktionsevne, men med øget fokus på rehabilitering, sundhedsfremme og forebyggelse, er en styrket indsats for ældre borgere med komplekse forløb etableret med TFR.

Formålet med indsatserne fra TFR er at understøtte de igangværende indsatser hos de lokale teams i P&R for at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet for borgerne jf. definitionen på rehabilitering i Hvidbog om Rehabilitering [1].

Tidligere blev borgerne kompenseret for nedsat funktion eller sygdom ved at opgaver i hjemmet blev løst af "hjemmeplejen". Med en demografisk udvikling i retning af flere borgere med nedsat funktionsevne og færre rekrutterbare medarbejdere fra de traditionelle omsorgsfag, ville et fortsat fokus på at afhjælpe tab medføre risiko for kvalitetstab for den enkelte borger, når et stigende opgaveomfang skulle håndteres med færre ressourcer.

For at bevare en høj kvalitet, har P&R aktivt understøttet omstillingen til en rehabiliterende tilgang, hvor der tages udgangspunkt i borgerens helhedssituation, potentiale og ressourcer, og hvor en medicinsk tilstand, aldring eller kronisk sygdom antages at påvirke funktionsevnen forskelligt og at kræve individuelt tilpassede indsatser.

### 2.1 Ændringer i kraft af nye reformer

I den nye Ældrelov, som trådte i kraft den 1. juli 2021 [2,3], stilles krav om et fokus på helhed, funktionsevne, tværfaglighed og selvbestemmelse. Fokus ændres fra at være, at enkelte personer kan tilbydes et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb (jf. den nu historiske Servicelov §83a) til at alle ældre med behov skal tilbydes pleje- og omsorgsindsatser med et forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte.

Den også nyligt vedtagne Sundhedsreform [4] har til formål at styrke sundhedsvæsenet og bringe det tættere på borgerne. Reformen introducerer fire regioner og 17 lokale sundhedsråd med kommunal repræsentation for at sikre en bedre fordeling af sundhedsressourcer. Den sigter mod at reducere ulighed i sundhed ved at sikre adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet og bedre behandling for borgere med kroniske sygdomme.

Med sundhedsreformen indføres også ændringer i specifikke kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom [5]. Helt eksplicit fremgår det heraf, at kommunens indsats skal være baseret på en

sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold for at sikre en ensartet og høj kvalitet af sundhedstilbud.

## 2.2 Helhedspleje med et rehabiliterende sigte

Formålet med en rehabiliterende indsats er at understøtte, at borgeren kan leve et meningsfuldt liv [1]. Det handler om at skabe de bedste forudsætninger for, at borgeren kan fungere i hverdagen, mobilisere sin mestringsevne og opleve livskvalitet. Når borgeren opnår meningsfuldhed og styrket mestring, har det direkte betydning for helbredstilstanden og reducerer behovet for kompenserende indsatser. I et værdibaseret sundhedssystem betyder dette, at ressourcer kan prioriteres til borgere med størst behov, hvor indsatsen skaber størst værdi. På individniveau sikrer en rehabiliterende tilgang, at borgere med nedsat funktionsevne kan indfri deres potentiale og leve et mere meningsfuldt liv. Samfundsøkonomisk er rehabilitering en strategisk investering: Når borgerens evne til at fungere i hverdagen styrkes, mindskes risikoen for sygdom, og borgernes muligheder for aktiv deltagelse og bidrag til samfundet øges.

Høj kvalitet sikres således ved en værdibaseret rehabilitering, hvor hensigten er at målrette de mest effektive indsatser for den laveste omkostning med borgerens behov på rette tid. På den måde understøttes, at sundhedsressourcer anvendes, hvor borgeren opnår bedst mulige udbytte.

P&R ønsker som foregangsekempel at tilbyde en helhedsorienteret og sammenhængende indsats, der tager højde for den enkelte borgers behov, nye lovgivningsmæssige rammer og nationale kvalitetsstandarder med afprøvning af en helhedspleje med et rehabiliterende sigte jf. Ældreloven. I den forbindelse indføres pga. manglende faglige kvalitetsindikatorer i kommunal praksis [6] et nyt internationalt anerkendt mål for funktionsevne som faglig kvalitetsindikator og effektmål [7].

## 2.3 Projektgruppen

- **Team Fokuseret Rehabilitering (TFR)** er et nyetableret, tværfagligt team, som er sammensat af fire sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter med højt erfarings- og kompetenceniveau.
- **Personaleleder for teamet og tre distriktsansvarlige ledere** har været beslutningstagere i hele processen, sikret fremdrift og inklusion af borgere i projektet og koordineret teamets daglige arbejde og indsatser.
- **Projektgruppe** med ledelsesrepræsentanterne nævnt ovenfor, stabsansat specialkonsulent med overordnet ansvar for projektrapportering på baggrund af politisk beslutningsgrundlag, enhedsforankrede specialister og distriktschef for område Nord i P&R.

- **Projektansat specialkonsulent** i P&R, Distrikt Nord, med erfaring i brug af WHODAS 2.0 i både praksis og forskning har varetaget sparring med teamet i praksisanvendelighed af WHODAS 2.0, udarbejdelse af tekniske løsninger til visning af resultater samt indeværende analyse og rapportering.

## 2.4 Team Fokuseret Rehabiliterings indsatser

For at understøtte en rehabiliterende tilgang i P&R's 32 hjemmeplejeteams, er TFR etableret. Deres opgave er at understøtte lokale teams i at have en rehabiliterende tilgang gennem specifikke, borgernære forløb. Opgaven løftes med kompetenceudvikling, vidensdeling og koordinering. TFR har ved en temadag identificeret følgende centrale indsatsområder:

- At styrke bevidstheden om, hvordan rehabiliteringskompetencer omsættes til konkrete handlinger og arbejdsgange i praksis, særligt med fokus på personcentrering.
- At understøtte, at borgers samlede livssituation er beskrevet under "generelle oplysninger" i CURA som udgangspunkt for al hjemmepleje og rehabilitering.
- At borgers mål fremgår under "generelle oplysninger – motivation" i CURA, og at målene er baseret på borgerens personlige perspektiv, ressourcer og ønsker.
- At beskrive borgers funktionsevne som mere end fysisk kapacitet, herunder at inkludere mental og social kapacitet, samt at anskueliggøre divergens mellem borgers kapacitet og udførelse, og at etablere positive narrativer om borgerens motivation og mestring. (Udvikling fra den ellers hyppige betragtning "Han/hun KAN godt. Han/hun VIL bare ikke til "Hvordan kan vi skabe følgeskab/tryghed/gøre borgeren klar over sine egne ressourcer").
- At systematisk anvende et standardiseret redskab til vurdering af funktionsevne for bl.a. at kunne vurdere, om borger er i risiko for generel forværring i hverdagslivet ved observeret variation i helbred og funktion.
- At styrke teamets muligheder for at fremme borgerens funktionsevne med personcentrerede indsatser, herunder at understøtte tilgange med udgangspunkt i borgers livssituation, kompenserende tilgange, tryghedsskabende strategier og lignende, samt at indøve nye rutiner i borgers eget hjem.

For en god ordens skyld skal det understreges, at rehabilitering ikke er sidestillet med træning eller terapi. Rehabilitering er en samarbejdsproces, ikke en træningsproces. Det er ej heller en forudsætning, at der er fysio- og ergoterapeuter eller andre specifikke faggrupper involveret. Træning kan være en del af rehabilitering, men ofte vil det ikke være centralt. Rehabilitering indebærer de ovenfor beskrevne indsatser, en tværfaglig koordinering og en grundlæggende forståelse for borgerens individuelle behov og livssituation [1].

## 2.5 Afprøvning af WHODAS 2.0

Blandt de nye tiltag er det ønsket at indføre en systematisk vurdering af borgernes funktionsevne med verdenssundhedsorganisationens (WHO's) anbefalede redskab til vurdering af helbred og funktionsevnenedsættelse, World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 [8,9].

Funktionsevne er et begreb, som tager udgangspunkt i borgerens situation og dermed er det ikke fagspecifikt. At arbejde rehabiliterende for at understøtte borgerens funktionsevne til at opretholde et meningsfuldt hverdagsliv, samt at kunne indgå værdigt i sociale og samfundsrettede aktiviteter, indebærer et biopsykosocialt helhedssyn på personen, vedkommendes helbred, funktion, aktiviteter, deltagelse, omgivelser og personlige faktorer jf. WHO's internationale klassifikation af funktionsevne og helbred, ICF [10].

Afprøvningen af WHODAS 2.0 skulle afdække, om redskabet var egnet til at undersøge en eventuel funktionsevnenedsættelse og bidrage til en helhedstilgang til borgeren, samt om borgerne havde funktionsevnenedsættelse.

Med henblik på i en værdibaseret kontekst at afdække sammenhæng mellem borgerens funktionsevne målt med WHODAS 2.0 og indsatser fra P&R, belyses følgende med resultaterne:

- 1) Kan WHODAS 2.0 anvendes i en kommunal kontekst i helhedsplejeforløb med et rehabiliterende sigte i Pleje & Rehabilitering?
- 2) Hvilke ulemper og gevinster opstår der ved anvendelsen af WHODAS 2.0 i helhedspleje?
- 3) Hvordan er borgernes funktionsevne før og efter forløb?
- 4) Hvilke værdibaserede resultater opnås?
- 5) Hvad modificerer effekten af indsatsen?

## 3.0 Metode

Denne afrapportering finder sted efter afprøvning i praksis, etablering af datagrundlag, samt afsluttende analyse, evaluering og rapportering jf. RE-AIM-metoden og retningslinjer fra Proctor et al. om udfaldsmål i implementering (6-8). I overensstemmelse med The Medical Research Councils reviderede retningslinje for komplekse interventioner [11] blev der valgt et pragmatisk follow-up-design frem for et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT). Retningslinjen understreger, at komplekse interventioner er kontekstafhængige og interagerer med organisatoriske og individuelle faktorer, hvilket gør fleksible og iterative designs mere hensigtsmæssige end kontrollerede forsøg. Fraværet af kontrolgruppe er begrundet i retningslinjens anbefaling om at prioritere kontekstforståelse, implementeringsprocesser og realistisk praksisanvendelighed frem for isoleret effektmåling. Det pragmatiske design muliggør evaluering af både interventionens virkning og anvendelsens kvalitet, herunder accept og anvendelighed i praksis.

WHODAS 2.0 blev anvendt til at vurdere borgernes funktionsevne og dermed dokumentere effekten af den rehabiliterende indsats. Redskabet blev gradvist implementeret i praksis. Først blev WHODAS 2.0 introduceret til fagpersoner i TFR-teamet i en læringsperiode, og derefter blev det systematisk anvendt til alle borgere i forløb. Da

implementeringen skete under projektets udviklingsfase, blev WHODAS 2.0 ikke anvendt på alle borgere i begyndelsen af projektet.

Efter inklusion af en borger til TFR's forløb blev WHODAS 2.0 udført som interview med borgeren, når det var muligt, suppleret med en proxyvurdering af en fagperson. Resultatet blev indtastet i Columna CURA som en såkaldt observation. En visualisering af resultatet i en såkaldt spiderweb-graf blev udviklet som en Business Intelligence-baseret løsning som dialogværktøj på tværfaglige konferencer for at understøtte fælles forståelse af funktionsevne.

## 3.2 Projektperiode

TFR blev etableret ultimo 2024. Indeværende rapport svarer således til rapportering efter 1 årsværk, hvor der er sket en gradvis udvikling fra indledende udvikling, etablering og forløbsafklaring til et stigende erfaringsgrundlag i praksis med konkrete borgerforløb.

## 3.3 Datagrundlag

Kvalitative data bestod af tre semistrukturerede interviews afholdt af projektansat specialkonsulent med medlemmerne af TFR ved evaluering ultimo november 2025. Kvantitative data er opgjort d. 20. december 2025. Første dataregistrering fandt sted d. 15. november 2024. Data er indtastet af TFR i Microsoft Forms (Microsoft Corporation, 2024) ved afslutning af hver borgers forløb. Data om funktionsevne blev registreret i Columna Cura (Systematic A/S, 2024). Alle data er pseudonomiseret med kodenøgle, behandlet og analyseret i Stata, version 19 (StataCorp LLC, 2023). Indeværende rapport indeholder således resultater fra alle forløb, der er på dataopgørelsestidspunktet ultimo december 2025 er afsluttede i TFR.

### 3.3.1 Semistrukturerede interviews

Interviews blev afholdt i semistruktureret form fra en interviewskabelon, som forud for afholdelse blev sendt til informanterne. Interviewguiden omfattede temaer som implementering, anvendelse, oplevet nytte, oplevede barrierer, validitet og tværfaglighed. Spørgestilen var dialogisk og undersøgende med fokus på at indhente både positive og kritiske erfaringer. Der blev efterstræbt en balance mellem fleksibel og struktureret dialog for at give mulighed for refleksion og praksisnære beskrivelser. Der blev anvendt åbne spørgsmål, opfølgende prompts og konkretiserende eksempler for at få dybde i svarene. Kritiske spørgsmål om barrierer og ulemper indgik som en væsentlig del af samtalen med henblik på at kunne opnå et læringsperspektiv. Der blev anvendt opsummeringer for at sikre fælles forståelse.

De tre interviews blev afholdt med en varighed på 30 minutter per informant. Interviews blev lydoptaget og transskriberet verbatim. Derefter blev der foretaget en tekstkondensering og tematisk analyse af transskriptionerne. Der fandtes støtte til analyse med AI-baseret gennemgang for at styrke potentielt blinde vinkler i analysen og for at kompensere for potentiel positivt ladet forforståelse om redskabet hos analyseansvarlig specialkonsulent. Efterfølgende blev fremkomne tematikker drøftet som en member

validation med deltagerne, der havde mulighed for rejse kritik af resultaterne eller supplere med yderligere perspektiver.

### 3.3.2 Deskriptive oplysninger om borgeren

Borgerens alder og køn blev udregnet og angivet på baggrund af CPR-nummer. TFR registrerede borgernes boform, geografiske tilhørsforhold (distrikt), hvem der havde henvendt sig vedrørende borgeren, kontaktform, kontaktårsag, borgerens forløbstype ved opstart samt varighed af forløbet før kontakt. Borgerens skrøbelighed, selvhjulpethed og mobilitet forud for forløbet blev vurderet ved hjælp af Clinical Frailty Scale (CFS), som er et 9-punkt instrument til vurdering af skrøbelighed [12]; Barthel-20 Indeks, der måler grad af selvhjulpethed i aktiviteter [13] og Cumulated Ambulation Score (CAS), der vurderer basismobilitet (Kristensen et al., 2009) [14]. Målereskaberne er supplerende beskrevet i Bilag 1. Derudover blev antallet af indlæggelser og registrerede fald inden for henholdsvis tre og tolv måneder før forløbets start dokumenteret på baggrund af rutinebaserede registreringer herom i Columna CURA.

### 3.3.2 Borgernes funktionsevnenedsættelse

Fagpersoner vurderede borgerens funktionsevne ved hjælp af WHODAS 2.0 (4). WHODAS 2.0 blev valgt på grund af, at det målte construct (begreb) matchede teamets ønsker for måling, da den både dækker komponenterne aktivitet (i dimensionerne kognition, mobilitet, egenomsorg og aktiviteter i hverdagslivet) og deltagelse (i dimensionerne samvær og social deltagelse) og er WHO's anbefalede måleredskab som et globalt og generisk værktøj til vurdering af funktionsevnenedsættelse generelt [8] og anerkendt særligt til anvendelse i ældre populationer [15]. WHODAS 2.0 har ligeledes fremragende test-retest egenskaber på tværs af funktionsevne, diagnoser og kontekster [9]. Til alle vurderinger blev 12 item-versionen anvendt med en faglig proxyvurdering og suppleret med interviewbaseret selvrapportering, hvis borgeren kunne medvirke. Den kortere 12-item version forklarer 81% af variansen i den oprindelige 36-item version af WHODAS 2.0 og kan udføres på 5 minutter [8].

Sværhedsgraden af hvert item blev vurderet på en 5-punkts Likert-skala (0, ingen vanskeligheder; 1, mild; 2, moderat; 3, svær; 4, ekstrem eller kan ikke udføre. Summen af funktionsevnenedsættelse blev konverteret til indekssværdier fra 0 til 100, hvor 0 svarede til ingen funktionsevnenedsættelse og 100 til total funktionsevnenedsættelse, hvilket muliggjorde sammenligning af funktionsevnenedsættelse før og efter TFR's indsatser. Følgende gradienter af funktionsevnenedsættelse blev anvendt som en praksisanvendelig fortolkning af indekssværdien [16].

For at muliggøre sammenligning af funktionsevne over tid blev der for hver borger konstrueret én samlet WHODAS 2.0-vurdering ved baseline (WHODAS\_start) og én ved opfølgning (WHODAS\_follow-up). Den samlede vurdering blev baseret på en prioriteret tilgang, hvor den proxyvurderede WHODAS 2.0-score blev anvendt, hvis den forelå, og ellers blev selvrapportering benyttet. Denne datamanagementstrategi sikrede, at alle borgere indgik med én vurdering pr. tidspunkt, baseret på den bedst tilgængelige kilde.

### 3.3.3 Leverede timer hos borgeren

Ved støtte i hverdagslivet fra P&R registreres de timer, som det nære team leverer hos borgeren. Timerne kan omfatte personlig pleje, praktisk hjælp, rengøring og andre indsatser. I hvert individuelt forløb er det ikke et mål i sig selv at reducere antallet af timer hos borgeren. Rehabilitering handler om at styrke funktionsevne og livskvalitet – ikke om at reducere støtte. Set i et værdibaseret rehabiliteringsperspektiv kan en reduktion af timer dog have en vigtig betydning: Når en borger får mindre behov for støtte, frigøres ressourcer, som kan anvendes der, hvor behovet og nytten er størst. På den måde understøtter en reduktion af leverede timer en mere værdibaseret indsats, hvor ressourcerne fordeles til gavn for alle borgere samlet set.

Til beregning af antal leverede timer blev der anvendt et gennemsnit af de ugentlige timer i den måned, hvor WHODAS 2.0-vurderingen blev indtastet i Columna CURA. Denne metode blev valgt for at sikre robusthed i forhold til variationer, der kan opstå ved planlagt støtte, som kun ydes hver 14. dag, eller mindre udsving som følge af organisatoriske forhold. For at reducere risikoen for, at få ekstreme værdier påvirker resultaterne uforholdsmæssigt, blev der gennemført følsomhedsanalyser med fjernelse af outliers. Ekstreme outliers blev defineret som observationer, hvor forskellen mellem leverede timer før og efter forløbet lå uden for  $1,5 \times$  interkvartilafstanden (IQR-reglen) eller havde en robust z-score større end 3 baseret på median absolut afvigelse (MAD).

En analyse af timer fordelt på forskellige typer af indsatser (fx personlig hjælp vs. rengøring) var ikke mulig pga. begrænset datamængden er begrænset.

## 3.4 Analyse

### 3.4.1 Kvalitativ analyse

Interviewene blev gennemført med udgangspunkt i Brinkmanns principper for kvalitativ interviewpraksis [17]. Analysen blev gennemført som en induktiv, tematisk indholdsanalyse uden prædefinerede kategorier, inspireret af principperne beskrevet af Elo og Kyngäs [18]. Temaerne blev udviklet i tæt dialog med materialet og uden brug af forhåndsdefinerede, deduktive rammer. Processen fulgte en systematisk tilgang, hvor lange udsagn først blev kondenseret til kortere formuleringer, der fastholdt essensen af informanternes perspektiver. Disse kondenseringer blev organiseret i foreløbige emner og gennem iterativ sammenligning og refleksion samlet i overordnede temaer.

Analysen blev udført på dansk, og citater er gengivet ordret for at underbygge de analytiske pointer. Der blev lagt vægt på at identificere både fælles træk og nuancer, herunder modsatrettede oplevelser. For yderligere at styrke pålidelighed af resultaterne blev disse præsenteret for de tre fagpersoner i form af et "member check". Dette gav mulighed for at afprøve indholdsvaliditeten og sikre, at resultaterne afspejlede deres reelle erfaringer.

### 3.4.2. Statistisk analyse

Antal gennemførte WHODAS 2.0-undersøgelser blev rapporteret sammen med andel og procentvis opgørelse af borgere med hvert niveau af funktionsevnenedsættelse, samt gennemsnitlig indekssværdi med median og interkvartil spredning (IQR).

For hver borger, der havde gennemført to WHODAS 2.0-undersøgelser (før og efter indsatsen), blev ændringen i funktionsevne beregnet som forskellen mellem indekssværdien ved opfølgning og indekssværdien ved baseline:

$$\Delta WHODAS = WHODAS_{\text{efter}} - WHODAS_{\text{før}}$$

- Forbedring blev defineret som en negativ ændring (dvs. lavere indekssværdi efter indsatsen), hvilket indikerer mindre funktionsevnenedsættelse.
- Ingen forbedring omfattede både uændret indekssværdi og positiv ændring (dvs. højere indekssværdi efter indsatsen).

Den gennemsnitlige ændring blev rapporteret for alle borgere, og for hver gruppe (med hhv. forbedring eller ingen forbedring) som:

- Middel differens ( $\bar{\Delta}$ ) mellem opfølgning og baseline.
- 95 % konfidensinterval (CI) for middel differens, beregnet under antagelse af normalfordeling af differenser:

$$CI_{95\%} = \bar{\Delta} \pm t_{(0.975, n-1)} \times \frac{s_{\Delta}}{\sqrt{n}}$$

hvor  $s_{\Delta}$  er standardafvigelsen for differenserne, og  $n$  er antal borgere med begge målinger.

Ved lineære sammenhænge mellem funktionsevne før og efter forløb og mellem antal leverede timer før og efter forløb blev en korrelationskoefficient for graden af sammenhæng beregnet.

Områder med væsentlig funktionsevnenedsættelse blev identificeret ved analyse af WHODAS 2.0 på itemniveau ved baseline. For hvert item blev antallet af borgere, der rapporterede moderate eller svære vanskeligheder, opgjort separat for selvrapportering og proxyvurdering. Herefter blev items prioriteret efter hyppigheden af rapporterede vanskeligheder.

#### 3.4.2.1 Sammenhæng med andre variable

For at undersøge, hvordan funktionsevnenedsættelse relaterede sig til andre centrale aspekter af borgernes helbred og hverdagsfunktion, blev der udført en deskriptiv analyse af sammenhængen mellem WHODAS 2.0 og vurderinger af skrøbelighed (Clinical Frailty Scale, CFS), selvhjulpethed (Barthel-20) og mobilitet (CAS). Sammenhænge blev visualiseret med scatterplots og tendenslinjer for at vurdere mønstre og spredning. Sammenhænge blev angivet med en korrelation efter modelkontrol for robuste standardfejl (for at tage højde for heteroskedasticitet). Q-Q plot og residual-vs-fitted værdier blev vurderet visuelt. Der blev ikke beregnet korrelationskoefficienter for komponenter, der ikke opfyldte modelkontrol.

### 3.4.2.2 Multivariat analyse

Multipel lineær regression anvendt til at undersøge sammenhængen mellem ændring i funktionsevnenedsættelse (målt som WHODAS 2.0-indeksværdi før og efter forløb) justeret for potentielle effektmodificerende faktorer. Den anvendte model kan udtrykkes som:

$$\Delta\text{WHODAS } 2.0_i = \beta_0 + \beta_1(\text{Leverede timer}_i) + \beta_2(\text{Køn}_i) \\ + \beta_3(\text{Alder}_i) + \beta_4(\text{CFS}_i) + \beta_5(\text{Barthel}_i) + \beta_6(\text{Samlivsstatus}_i) + \beta_6(\text{Distrikt}) + \varepsilon_i$$

hvor:

- $\beta_0$  er skæringspunktet (intercept),
- $\beta_1, \beta_2, \beta_3$ , etc. er regressionskoefficienter for hver uafhængig variabel,
- $\varepsilon_i$  er fejlløbet.

Tilsvarende blev en multipel regressionsmodel anvendt til at undersøge sammenhænge mellem gennemsnitligt ændring pr. uge og funktionsevne og potentielle effektmodificerende faktorer:

$$\text{Leverede timer}_i = \beta_0 + \beta_1(\Delta\text{WHODAS } 2.0_i) + \beta_2(\text{Køn}_i) \\ + \beta_3(\text{Alder}_i) + \beta_4(\text{CFS}_i) + \beta_5(\text{Barthel}_i) + \beta_6(\text{Samlivsstatus}_i) + \beta_6(\text{Distrikt}) + \varepsilon_i$$

Resultaterne blev præsenteret grafisk i koefficientplot som regressionskoefficienter ( $\beta$ ) med 95 % konfidensintervaller og p-værdier.

## 4.0 Resultater

I det følgende præsenteres først resultater fra de kvalitative interviews og dernæst fra de kvantitative beregninger.

### 4.1 Fagpersonerne i Team Fokuseret Rehabilitering

Fire teammedlemmer fra TFR deltog oprindeligt i etablering af indsatsen og dataindsamlingen: Én sygeplejerske med 35-40 års erfaring, én ergoterapeut med 15-16 års erfaring og to fysioterapeuter med henholdsvis 16-20 og 25-30 års erfaring. Den 30. juni 2025 ophørte den ene fysioterapeuts ansættelse. Den 1. oktober blev en ny ergoterapeut ansat. Den 1. 12. ophørte den anden fysioterapeuts ansættelse.

De tre informanter ansat på interviewtidspunktet deltog alle i interviews. De beskrev deres faglige opgavee som forankret i rehabilitering og med forskellige faglige afsæt som hhv. sygeplejerske og ergoterapeuter. De beskrev at supplere hinanden med forskellige roller og erfaringsgrundlag. To havde arbejdet med WHODAS 2.0 i omkring et år og havde opbygget solid rutine, og én var nyansat og havde anvendt redskabet i praksis i få måneder.

Fælles for informanterne var, at de havde et stærkt fokus på at understøtte borgerens perspektiv og skabe meningsfuld forståelse for borgeren i forløbene. For de to informanter med længst ansættelse i TFR var WHODAS 2.0 blevet en integreret del af praksis, imens den nyeste informant pegede på stadig at være i gang med oplæring og var i gang med at blive fortrolig med redskabet. Alle tre beskrev, hvordan WHODAS 2.0 påvirkede arbejdsgange og samarbejde for dem med borgere og kollegaer. Det var gået fra at være et nyt og uvant redskab til at blive et værktøj, der gav struktur, dokumentation og et fælles sprog.

## 4.2 Temaer fra interviews

Gennemgangen af informanternes udsagn pegede på fem centrale temaer, der tilsammen belyste både implementering, anvendelse og oplevet værdi af WHODAS 2.0 i praksis. Det drejede sig om emnerne Implementering, oplæring og arbejdspraksis; Borgerinddragelse, samtaleramme og etik; Metoder, validitet og spørgeteknik; Dokumentation, visning og evaluering og afslutningsvist Oplevet nytte, sammenligning og anvendelse af redskaber. De fem hovedtemaer uddybes i det følgende.

### 4.2.2 Implementering, oplæring og arbejdspraksis

I alle tre interviews tegnede der sig et tydeligt mønster, hvor WHODAS 2.0 blev mødt med en indledende modstand i begyndelsen. Efter overkommelse af dette blev det dog italesat, hvordan WHODAS 2.0 burde bringes ind i praksis – herunder blev emner som oplæring og kompetenceudvikling adresseret samt den påvirkning af arbejds gange, tidsrammer og organisatoriske vilkår, der ville ske med implementering af et nyt redskab.

#### 4.2.2.1 Fra skepsis til accept – og videre til fastholdelse

En indledende skepsis knyttede sig til bekymringer om tid, kompleksitet og særlig til relevans i forhold til, om WHODAS 2.0 overhovedet kunne bidrage til de eksisterende arbejds gange og redskaber.

*“Jeg tænkte, endnu et redskab, der måske ikke kan bruges til noget” (Interview 2, Informant B).*

*“Jeg var noget skeptisk i starten” (Interview 1, Informant A).*

*”Jeg tænkte, hvordan kan man indfange nogen helhed med 12 spørgsmål?” (Interview 1, Informant A).*

Med erfaring og oplæring ændrede holdningen sig. Informanterne fremhævede alle, at WHODAS 2.0 efterhånden bidrog med struktur, et fælles sprog og en dybere forståelse af borgerens perspektiv.

*“Jeg har begrænset erfaring, men kan se, at det giver mening, når man får tid og oplæring”*

*(Interview 3, Informant C).*

*“Jeg er blevet virkelig gode venner med det” (Interview 1, Informant A).*

*“Jeg er rigtig glad for det – det giver ét stort billede af, hvad det er for et menneske, man sidder overfor”*

*(Interview 2, Informant B).*

Informanterne så WHODAS 2.0 som et værdifuldt redskab, der burde fastholdes og endda med fordel udbredes til kolleger og andre dele af praksis.

*“Jeg synes, det er et fantastisk redskab, og jeg ville nødigt undvære det i min praksis”*

*(Interview 1, Informant A).*

*“Jeg tænker også den dag, hvor Sundhedsenhederne kommer med, hvor de kan tage det fra en start, og så når de slutter deres forløb efter 12 uger, så kan de virkelig se noget, der rykker, og hvad de arbejder hen imod”*

*(Interview 2, Informant B).*

Udviklingen i fagpersonernes opfattelse illustrerede, at implementering af WHODAS 2.0 ikke kun handlede om introduktion af et nyt værktøj, men om en læringsproces, hvor erfaring og praksisanvendelse i borgernære forløb fremmede ejerskab og forståelse.

#### 4.2.2.2 Oplæring og introduktion er en forudsætning for anvendelse

Informanterne forholdt sig også til refleksioner over faglig diversitet og erfaringsopbygning i brugen af WHODAS 2.0. Alle tre informanter understregede, at WHODAS 2.0 krævede oplæring og tid til opbygning af rutine. Det handlede både om at forstå redskabets intention og at mestre spørgeteknikken.

*“Altså, jeg tror, at hvis man bliver lært op i det, så tænker jeg, at det er et redskab, som alle faktisk godt kan bruge” (Interview 3, Informant C).*

*“For at blive lidt dus med redskabet, men også for at lære, hvordan man skal spørge” (Interview 3, Informant C).*

*“Jeg tænker, at man skal vide, hvad WHODAS måler på, og hvad vi kan bruge det til – ellers bliver det svært” (Interview 2, Informant B).*

*“Det kræver, at praksis har en grundforståelse af WHODAS. Ellers tager det tid at komme i gang” (Interview 1, Informant A).*

Kerneindsigten om implementering var, at oplæring ikke kunne ske ved blot at opnå kendskab til redskabet, men også om at skabe organisatoriske rammer, hvor oplæring, tid og fælles forståelse kunne understøtte anvendelsen af WHODAS 2.0 i rehabiliteringsforløb.

### 4.2.3 Borgerinddragelse, samtaleramme og etik

Alle informanter fremhævede, at for dem var WHODAS 2.0 ikke kun et måleredskab, men en faglig samtaleramme, der åbnede for borgerens perspektiv.

#### 4.2.3.1 WHODAS 2.0 som ramme for dialog og borgerens stemme

Redskabet gav struktur til en afgrænset vurdering af borgerens funktionsevne, men åbnede samtidig mulighed for at skabe en meningsfuld dialog om hverdagsliv og mestring.

*“Dialogen under et interview med WHODAS 2.0 giver værdifuld indsigt i borgerens liv” (Interview 3, Informant C).*

*“Jeg bruger det til at få borgerens ord på, hvad det er, de oplever” (Interview 1, Informant A).*

#### 4.2.3.2 Etik og psykosociale hensyn i samtalen

Informanterne pegede på, at konteksten og rammen for interviewet havde stor betydning for borgerens oplevelse og mulighed for at svare. Borgeren kunne begrænse sine svar og ikke give sine vanskeligheder til kende, hvis spørgsmålene blev oplevet som alt for personlige eller følelsesmæssigt krævende. Det kunne ske, hvis der ikke blev givet den fornødne tid eller plads til svarene, fx hvis WHODAS 2.0 blev anvendt ved et møde med mange

fagpersoner. Når WHODAS 2.0 derimod blev gennemført i en tryk atmosfære uden flere tilhørere, blev svarene mest autentiske.

*“Jeg tænker, at hun måske har brug for lidt privatliv omkring sine svar. Og lidt refleksionstid og et trykt følelsesmæssigt rum” (Interview 3, Informant C).*

*“Borgeren lukker ret hurtigt ned for spørgsmålene, der kommer tæt på hende”  
(Interview 3, Informant C).*

Det var til gengæld oplevelsen, at WHODAS 2.0 netop kunne skabe en ramme, der gjorde det lettere at tale om følsomme emner, når formålet og samtalekonteksten var klar. Det understøttede pointen om, at psykosociale hensyn og konteksten for interviewet var afgørende for borgerens mulighed for at svare.

*“Jeg har oplevet uden WHODAS, at det har været lidt svært for eksempel at komme ind på det der følelsesmæssige, men ved at man har det, så kommer jeg ind og kan præsentere det som et spørgeskema, og at jeg snakker ud fra det, og så de er jo med på, hvad de skal” (Interview 1, Informant A).*

#### *4.2.3.3 WHODAS 2.0 som grundlag for samarbejde*

WHODAS 2.0 skabte et fælles, borgernært sprog for informanterne og understøttede en tværfaglig drøftelse af borgerens situation. Informanterne beskrev, at WHODAS 2.0 gav et konkret udgangspunkt for koordinering og planlægning som en styrkelse borgercentreringen i komplekse forløb.

*“Jeg bruger det til at få min kollega med ombord – det giver et fælles udgangspunkt”  
(Interview 1, Informant A).*

Den fælles opmærksomhed gjorde det muligt at drøfte livsværdier og hverdagsudfordringer, som var nødvendige at forholde sig til i rehabilitering i helhedspleje, hvor udgangspunktet var at beskæftige sig med det hele menneske.

*“Det er en indgangsvinkel til nogle dybere snakker om, hvad det er for en person”  
(Interview 2, Informant B).*

Informanternes udsagn viste, hvordan WHODAS 2.0 kunne åbne for samtaler om livsværdier og svære emner, som ellers var sjældent berørt i praksis.

*“Jo, men det er jo det, fordi hvor mange af de der gamle tutter, vi kommer ud til, har den her snak.  
Det er jo de færreste. Ikke engang egen læge tager sig sammen til at spørge, fx vil du genopgives?  
Nej. Det er ligesom om, det er farligt at snakke om” (Interview 2, Informant B).*

WHODAS 2.0 fungerede således for informanterne som en dialogisk og personcentreret ramme, der ikke alene løftede borgerens stemme, men også skabte et fælles fagligt udgangspunkt for samarbejde. Redskabet gav

struktur til samtaler, hvor komplekse og psykosocialt sensitive emner kunne adresseres på en måde, der blev oplevet som meningsfuld for både borger og fagperson.

#### 4.2.4 Metoder, validitet og spørgeteknik

Som en metodisk udfordring oplevede informanterne, at resultater fra WHODAS 2.0 kunne variere afhængigt af rammerne for interviewet.

##### 4.2.4.1 Kontekst påvirker validiteten

Når samtalen foregår i et møde med flere tilstedeværende, kunne borgeren have vanskeligt ved at forholde sig til personlige spørgsmål, mens en tryk ramme med tid og privatliv opleves at give svar i bedre overensstemmelse med borgerens egentlige funktionsevne. En informant rapporterede en specifik situation, hvor to WHODAS 2.0-interviews med samme borger gav forskellig vurderinger – de varierede med 8-10 points, hvilket af informanten blev tilskrevet forskelle i kontekst og setting.

*“Jeg tænker, at hun måske har brug for lidt privatliv omkring sine svar. Og lidt refleksionstid og et trygt følelsesmæssigt rum” (Interview 3, Informant C).*

*“Borgeren lukker ret hurtigt ned for spørgsmålene, der kommer tæt på hende”  
(Interview 3, Informant C).*

##### 4.2.4.2 Udfordringer med svarkategorier og fortolkning

Flere informanter fremhævede, at borgerne havde svært ved at klassificere deres svar i kategorierne i WHODAS 2.0's svarskala. Dette rejste spørgsmål om validitet af borgerens egen vurdering og kunne føre til, at fagpersonen enten forsøgte at tolke på borgerens intention eller anvendte en proxy-vurdering.

*“Jeg oplever, at der er nogle borgere, der har virkelig svært ved at score de her” (Interview 3, Informant C).*

*“Jeg har oplevet, at det var rigtig svært i starten at få borgerens egne vurderinger. Der er jeg kommet til at guide dem for meget: ‘Jeg hører, du siger, at du oplever, at vi er nok i denne ende af skalaen?’ – og alligevel var det svært”  
(Interview 1, Informant A).*

Også fagpersonerne oplevede svarkategorierne som uklare - især i begyndelsen.

*“Det er mere det der, om det er mildt eller moderat, jeg tænker for de to der. Hvad er det lige? Hvor meget er det?” (Interview 2, Informant B).*

##### 4.2.4.3 Spørgeteknik og eksempler – en balancegang

Ikke bare svarkategorierne, men også spørgsmålenes udformning blev indimellem oplevet som abstrakte. Så brugte informanterne eksempler for at hjælpe borgeren med at forstå. Men eksemplerne kunne skabe misforståelser, når borgeren hæftede sig ved det konkrete i eksemplet frem for det overordnede spørgsmål.

*“Nogle WHODAS-spørgsmål opleves som uklare, fx om læring og huslige pligter”*

*(Interview 3, Informant C).*

*“Eksemplerne kan bare også skabe misforståelser, når borgeren hæfter sig for meget ved dem”*

*(Interview 3, Informant C).*

*“Hvis jeg ikke kommer med eksemplerne, så forstår de faktisk ikke spørgsmålet”*

*(Interview 3, Informant C).*

Alle tre informanter havde udviklet den samme arbejdsgang, hvor de afprøvede at anvende spørgeskemaet i interviewform sammen med borgeren, og hvis det viste sig, at borgeren ikke kunne forstå spørgsmålene eller svare inden for kategorierne, så fraveg de spørgeskemaets struktur med faste svarkategorier og tilpassede det til en mere fleksibel samtaleform. Det reducerede behovet for eksempler, men krævede en faglig styring. Som struktureret samtaleredskab opleves WHODAS 2.0 som en yderst positiv dialogramme.

*“Jeg bruger det jo nærmest altid som sådan et semistruktureret interview, så det er jo egentlig bare et spørgsmål, jeg ser som en overskrift på noget, jeg dykker ned i”*

*(Interview 1, Informant A).*

*“Det er en indgangsvinkel til nogle dybere snakker om, hvad det er for en person”*

*(Interview 2, Informant B).*

Samlet set viste informanternes udsagn, at WHODAS 2.0's styrke som struktureret redskab afhænger af en dynamisk balance mellem den metodiske struktur og samtaleværdien i praksis.

## 4.2.5 Dokumentation, visning og evaluering

Informanterne delte forskellige erfaringer med at anvende WHODAS 2.0 til dokumentation af funktionsevne.

### 4.2.5.1 WHODAS 2.0 som grundlag for evaluering og klinisk ræsonnering

Informanterne oplevede, at WHODAS 2.0 gav et konkret, talbaseret udgangspunkt for at følge progression i forløb og skabe et fælles sprog i de teams, de koordinerede med. De fremhævede, at beregningen af indeksværdien kunne bruges til at dokumentere udvikling og understøtte beslutninger om indsats.

*“Det der med at have et redskab, hvor de ligesom kan score, det har jo stor betydning i forhold til, at der faktisk er noget, man kan tage med videre og lægge i teamet”*

*(Interview 3, Informant C).*

### 4.2.5.2 Udfordringer med visning og IT-understøttelse

Informanterne havde opnået forskelligt erfaringsgrundlag med den udviklede teknologiske visning af WHODAS 2.0 i spiderweb. En af informanterne havde ikke haft adgang til den visuelle præsentation pga. begrænsninger i tekniske adgangsveje. Det havde begrænset hendes formidlingsmulighed, mens andre havde oplevet, at den teknisk udviklede visning havde løftet formidlingen betydeligt.

*“Indtil videre har jeg bare vist dem et stykke papir. Men det der med at have et visuelt billede, det ville bare gøre noget helt andet” (Interview 3, Informant C).*

*“Jeg indtaster altid WHODAS i CURA, og for mig giver det en visning. Men jeg tænker, at for dem, der modtager det ude i teamsene, giver det ikke synderligt meget. Det er mere, når jeg kommer ud og formidler det, og det er spiderweb’et, vi snakker ud fra” (Interview 1, Informant A).*

For informanterne ville det være en styrke, hvis alle havde adgang til visning af resultatet – også deres kollegaer i andre teams og andre dele af praksis.

#### *4.2.5.3 Grafisk visning af resultater som styrke – med varierende erfaringer*

Mens WHODAS 2.0 blev oplevet som en hjælp til struktur og dokumentation, rejste informanterne spørgsmål om, hvorvidt resultatet som talværdi alene gav mening uden den grafiske visning og dialogen om borgerens behov og udvikling.

*“Jeg tænker, at det er spiderweb’et, vi snakker ud fra. Det er ikke selve observationen i CURA, der gør en forskel” (Interview 2, Informant B).*

*“Ja, det tænker jeg, at jeg gør, for ellers så ville det bare være et tal, og hvad siger det tal?” (Interview 1, Informant A).*

En af informanterne havde fundet frem til en dokumentationsform, hvor hun med ord beskrev borgerens udvikling i et kommentarfelt, så hun uden brug af den grafiske visning kunne dele sin kliniske ræsonnering med kollegaerne, der ikke havde adgang til spiderweb-visningen.

*“Jeg bruger kommentarfeltet, når jeg laver en evaluering. Så skriver jeg altid, hvor vi kom fra, altså om funktionsevnen er blevet bedre eller værre” (Interview 1, Informant A).*

WHODAS 2.0 blev oplevet som en styrkelse af dokumentation af faglige vurderinger og gav et alueringsgrundlag, men oplevelsen af IT-understøttelse og visning varierede.

## **4.2.6 Sammenligning, oplevet nytte og anvendelse af redskaber**

Informanterne delte deres oplevelse af WHODAS 2.0 som redskab i en praksis, hvor de tidligere havde anvendt andre redskaber.

### *4.2.6.1 WHODAS 2.0 blev oplevet som mere konkret og struktureret end andet redskab*

To af informanterne havde erfaring med Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og sammenlignede COPM med WHODAS 2.0. Én informant oplevede WHODAS 2.0 som en klar forbedring, mens en anden så det som et supplement snarere end en erstatning. Dette peger på, at redskabets styrke kan ligge i kombinationen af struktur og dialog – ikke i at udelukke andre metoder.

*”Nej jeg kan ikke lige finde et andet redskab, der giver det hele billede, der bygger på ICF.*

*Jeg synes, at COPM’en er god, men ikke til den borgergruppe.*

*Der er COPM’en for kompleks. Så mister jeg hurtigt fundamentet eller drivkraften, og vi går i stå.*

*Borgerne forstår det ikke. Den er bare abstrakt, ja. Hvor WHODAS den er så konkret.”*

*(Interview 1, Informant A)*

*“Altså, jeg tænker, at den er meget mere konkret.*

*At det er et nemmere redskab at bruge. Hvor jeg jo førhen var vant til at bruge COPM”*

*(Interview 3, Informant C).*

*“Altså, jeg tænker, at jeg bruger dem lidt på samme måde som tankegang,*

*men der er meget mere en rettesnor i forhold til WHODAS.*

*Altså hvad man skal spørge ind til.”*

*(Interview 3, Informant C).*

De fremhævede begge, at WHODAS 2.0 gav en mere klar rettesnor for samtalen og afdækkede funktionsevne bredere end det andet, aktivitetsfokuserede redskab.

#### *4.2.6.2 Oplevet nytte og tilfredshed*

Informanterne var alle tre enige om, at WHODAS 2.0 tilførte en stor værdi i praksis, men deres forståelsesrejse havde været forskellig. For nogle havde det krævet tid og oplæring at se nytteværdien, mens andre hurtigt oplevede redskabet som en styrke. En vigtig pointe, som især fremhævedes af den senest tilkomne fagperson i teamet, var, at WHODAS 2.0 afdækkede funktionsevne i bredere forstand end aktivitetsfokuserede redskaber. Det betød, at redskabet ikke kun fokuserede på, hvad borgeren kunne udføre af konkrete aktiviteter, men også på deltagelse, sociale dimensioner og ressourcer, som var afgørende for rehabiliteringens helhedsperspektiv:

*“Det kan være, at de faktisk er rigtig gode med andre mennesker,  
men de kan ikke komme ud i lokalsamfundet for eksempel”*

*(Interview 3, Informant C).*

*“Man finder jo deres ressourcer, der hvor de scorer, at de faktisk godt kan  
eller måske har milde vanskeligheder.*

*Det kunne være, at de egentlig fungerer godt med andre mennesker,  
eller at de godt kan gå en kilometer.*

*Jamen, så gør det jo faktisk, at man kan bygge videre der” (Interview 3, Informant C).*

Denne bredere afdækning blev oplevet som en styrke, fordi den gav et mere nuanceret billede af borgerens livssituation og muligheder for at deltage i hverdagslivet – noget alle informanterne generelt italesatte som centralt for at planlægge meningsfulde indsatser.

*“Det er jo for at være sikker på at få den borgercentrerede rehabilitering ind i forløbet.”*

*(Interview 1, informant A).*

#### *4.2.6.3 Tværfaglig anvendelse – potentiale og udfordringer*

WHODAS 2.0 blev set som et redskab, der kunne bruges på tværs af fagligheder, men informanterne pegede på, at implementering ville kræve, at fagpersoner, der blev introduceret, kunne forstå formålet og se meningen med redskabet.

*“Det kan jo både bruges af hjælperne og fysioterapeuten og sygeplejersken og ergoterapeut.*

*Alle kan bruge det. For at få en snak” (Interview 2, Informant B).*

Modsat blev det fremhævet som en nuance, at WHODAS 2.0 ikke nødvendigvis kunne anvendes ligeligt af alle fagpersoner, hvis det ikke indgik i deres faglige opdrag at forholde sig til testresultater som en del af deres ræsonnering.

*“Man skal kunne se meningen med det – ellers bliver det svært.” (Interview 1, Informant A)*

*“Jeg tænker ikke frontpersonalet, fordi de er meget i drift.*

*Bag WHODAS 2.0 er noget teori, og allerede der vil man opleve nogle barrierer.”*

*(Interview 2, Informant B).*

Nogle faggrupperes refleksionsstil blev primært anskuet som oplevelsesbaseret, og disse fagpersoner kunne i informanternes øjne opleve strukturerede måleredskaber som mindre relevante for deres praksis. En fælles faglig anvendelse ville forudsætte en forståelse af, hvordan resultater fra WHODAS 2.0 kunne omsættes til handling i forskellige faglige kontekster – og implementering skulle tage højde for disse forskelle i opdrag og arbejdsmetoder.

### **4.3 Borgerne i forløb hos Team Fokuseret Rehabilitering**

Oplysninger om borgerne i projektet er opgjort herunder. Af de 101 afsluttede forløb blev 3 ekskluderet som genhenviste, og datagrundlaget omfatter derfor 98 unikke forløb. Tabel 1 viser demografiske og funktionelle karakteristika for borgere, der deltog i projektet. Borgergrundlaget var i alt 101 personer, der havde haft et forløb med TFR. Heraf var 40% mænd. Borgerne havde ved opstart af forløb generelt en høj alder (medianen var 78 år) og ofte moderat til alvorlig skrøbelighed (median for CFS var 6). Der var meget få indlæggelser eller fald forud for indsatsen, som kunne matche dette niveau af skrøbelighed (median 0-1). En Barthel-20-median på 13 indikerede, at borgerne generelt havde betydelig nedsat selvhjulpethed, hvilket var forventeligt i konteksten, hvor de netop modtog hjemmepleje og rehabilitering til støtte i hverdagslivet. Der var dog variation, hvor data indikerede, at nogle klarede sig bedre (med en Barthel-20-værdi op mod 17), mens andre data afspejlede et større behov for støtte (med en værdi ned til 8). Dette var i overensstemmelse med borgernes nedsatte mobilitet, vurderet med CAS med en median på 5,5.

**Tabel 1: Borgernes demografi og karakteristika ved opstart af forløb**

| Karakteristika  | Borgere n = 98 | Missing |
|---|----------------|---------|
| Køn mænd, n (%)   | 39 (40)        | 0       |
| Alder i år, median(25.-75. percentil)                       | 78 (70-85)     | 0       |
| Bor sammen med nogen, ja (%)                                | 30 (31)        | 2       |
| Boform, n(%)  | Hus            | 35 (36) |
|   | Lejlighed      | 29 (30) |
|   | Rækkehus       | 14 (14) |
|   | Ældrebolig     | 19 (20) |
| Barthel-20-indeks, median(25.-75. percentil)                | 13 (8-17)      | 21      |
| Clinical Frailty Score (CFS), median(25.-75. percentil)     | 6 (5-7)        | 20      |
| Cumulated Ambulation Score (CAS), median(25.-75. percentil) | 5,5 (3-6)      | 20      |
| Function Ambulation Categories (FAC)                        | 2,5 (0-4)      | 20      |
| Indlæggelse 3 mdr. før forløb, median(25.-75. percentil)    | 1 (0-1)        | 3       |
| Indlæggelse 12 mdr. før forløb, median(25.-75. percentil)   | 1 (0-3)        | 2       |
| Fald 3 mdr. før forløb, median(25.-75. percentil)           | 0 (0-1)        | 3       |
| Fald 12 mdr. før forløb, median(25.-75. percentil)          | 1 (0-3)        | 2       |

**Tabel 1.** Tabellen viser demografiske og funktionelle karakteristika for borgerne, der deltog i projektet, herunder alder, køn og boform samt oplysninger om, hvorvidt borgeren boede sammen med nogen. Selvhjulpethed og skrøbelighed blev vurderet ved hjælp af Barthel-20-indeks, Clinical Frailty Score (CFS) og Cumulated Ambulation Score (CAS). Derudover er der registreret antal fald inden for henholdsvis 3 og 12 måneder før forløbet. Ikke-normalfordelte data er beskrevet med median og 25.-75. percentiler.

### 4.3.1 Tendenser i forløbskoordinering og henvisning

Flertallet af borgerne kom fra Distrikt Nord (70%), og hovedparten af henvisningerne kom fra fysio- eller ergoterapeuter (53%). Den mest anvendte rekrutteringsform var via tværfaglig koordinering i CURA (41%), og de hyppigste kontaktårsager relaterede sig til kroppens funktioner (42%) og kognitive udfordringer (20%). Ved opstart var forløbene jævnt fordelt mellem enkeltstående, sammensatte og varige forløb med en lille underrepræsentation fra enkle forløb (27%). Borgernes forløb forud for kontakt til TFR var for 38% af mere end 17 ugers varighed. Data er opgjort i Tabel 2.

**Tabel 2. Forløbskoordinering og organisering**

|                                     |                               | Borgere n= 98 | Missing |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------------|---------|
| Borgerdistrikt n (%)                | Nord                          | 69 (70)       | 0       |
|                                     | Midt                          | 16 (16)       | 0       |
|                                     | Syd                           | 13 (13)       | 0       |
| Henvendelse fra n (%)               | Fysio-/ergoterapeut           | 52 (53)       | 0       |
|                                     | Hjælper/ass/ufaglært          | 5 (5)         | 0       |
|                                     | Sygeplejerske                 | 16 (16)       | 0       |
|                                     | Leder/viceleder               | 18 (18)       | 0       |
|                                     | Borger                        | 7 (7)         | 0       |
|                                     |                               |               |         |
| Kontaktform n (%)                   | Mail                          | 13 (13)       | 0       |
|                                     | Telefon                       | 18 (18)       | 0       |
|                                     | Tværfaglig konference         | 27 (28)       | 0       |
|                                     | CURA                          | 40 (41)       | 0       |
| Kontaktårsag n (%)                  | Kroppens funktioner           | 41 (42)       | 0       |
|                                     | Kognitive funktioner          | 20 (20)       | 0       |
|                                     | Aktivitet og deltagelse       | 16 (16)       | 0       |
|                                     | Motivation for rehabilitering | 9 (9)         | 0       |
|                                     | Omgivelsesfaktorer            | 5 (5)         | 0       |
|                                     | Personlige faktorer           | 7 (7)         | 0       |
|                                     |                               |               |         |
| Borgers forløbstype ved opstart     | Enkelt                        | 35 (36)       | 0       |
|                                     | Sammensat                     | 27 (27)       | 0       |
|                                     | Varigt                        | 36 (37)       | 0       |
| Forløbsvarighed før kontakt til TFR | 1-4 uger                      | 26 (27)       | 2       |
|                                     | 5-8 uger                      | 13 (14)       | 2       |
|                                     | 9-12 uger                     | 14 (15)       | 2       |
|                                     | 13-16 uger                    | 7 (7)         | 2       |
|                                     | ≥17 uger                      | 36 (38)       | 2       |

**Tabel 2.** Oversigt over borgernes geografiske tilhørsforhold (distrikt), hvem der havde henvendt sig vedrørende borgeren, kontaktform og kontaktårsag. Derudover fremgår borgerens forløbstype ved opstart samt varighed af forløbet før kontakt til Team Fokuseret Rehabilitering.

### 4.3.2 Borgernes funktionsevnenedsættelse før og efter forløb

Den gennemsnitlige varighed af forløb var 48 dage fra første til sidste vurdering af WHODAS 2.0 (fremgår ikke af tabel). I Tabel 3 præsenteres resultater for de 62 borgere i projektet, hvis funktionsevnenedsættelse blev vurderet med WHODAS 2.0. Tabellen giver overblik over ændringer i funktionsevne før og efter projektet. Af de 62 forløb blev i alt 49 unikke borgeres funktionsevnenedsættelse revurderet.

**Tabel 3: Vurdering af funktionsevnenedsættelse**

| Baseline          | Unikke borgere n=62 |        |     |     |     |      |
|-------------------|---------------------|--------|-----|-----|-----|------|
|                   | Antal               | Median | P25 | P75 | Min | Maks |
| Selvrapporteret   | 27                  | 48     | 30  | 57  | 18  | 68   |
| Proxy             | 57                  | 55     | 39  | 66  | 2   | 84   |
| <b>Opfølgning</b> |                     |        |     |     |     |      |
| Selvrapporteret   | 12                  | 45     | 35  | 50  | 27  | 57   |
| Proxy             | 45                  | 48     | 36  | 70  | 7   | 91   |

**Tabel 3.** Vurdering af funktionsevnenedsættelse for borgerne i projektet med World Health Organisation Disability Assessment Schedule med indekssværdi fra 0-100. Indekssværdierne er opgjort med antal, median, 25.-75. percentil, minimum og maksimum., Vurderingerne er både selvrapporterede og proxybaserede (vurderet af fagpersoner) og opgjort ved begyndelsen af forløb (baseline) samt efter afsluttet forløb (opfølgning).

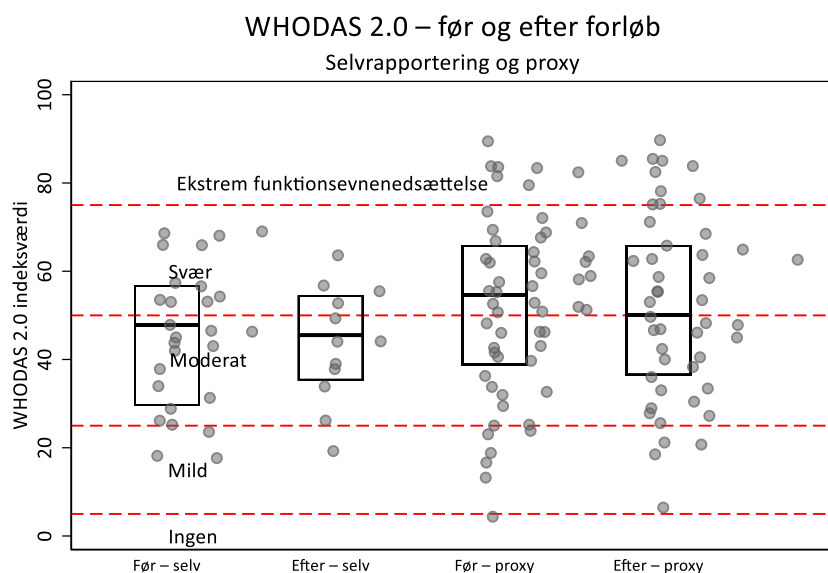
De selvrapporterede vurderinger ved baseline (median 48, 25%-75% percentil 30-57) kan kategorisk fortolkes sådan, at størstedelen af borgerne har angivet moderate til svære begrænsninger med at fungere i hverdagslivet. Proxyvurderingerne ligger højere (median 55, 25%-75% percentil 39-66).

Forbedringer på tværs af den samlede borgergruppe ses ikke aktuelt med den nuværende datamængde. For sammenhæng mellem WHODAS 2.0 ved baseline og opfølgning sås en stærk korrelation ( $r = 0,744$ ; 95 % CI: 0,583–0,849), hvilket indikerer en tydelig lineær sammenhæng og stabil rangordning af funktionsevnenedsættelse. Blandt de 49 par af vurderinger (før/efter) viste middeldifferensen 0,54 (95 % CI: –3,62 til 4,71), hvilket ikke tyder på en systematisk ændring på gruppeniveau. Der sås ingen proportionalitets bias, idet differensen ikke var relateret til gennemsnitsniveauet. En statistisk sammenligning af kun selvrapporterede WHODAS 2.0-vurderinger ved baseline og opfølgning viser en gennemsnitlig forværring på 1 point, som ikke er statistisk signifikant ( $p = 0,79$ ), og konfidensintervallet spænder fra -7 (forbedring) til 9 (forværring). Der ses således ingen klar tendens til forbedring eller forværring ud fra selvrapporterede data, og den endnu lave datamængde på 12 evalueringer vanskeliggør videre analyse.

En tilsvarende analyse af forskellen for de 45 borgere, der har fået vurderet funktionsevne af fagpersonen som proxy viste samme udfordring. Her var en ikke-signifikant gennemsnitlig forbedring på 0,4 point med konfidensinterval fra -4 (forbedring) til 5 (forværring),  $p=0,847$ .

Alle indeksberegninger for vurdering af borgernes funktionsevnenedsættelse er visualiseret i Figur 1.

**Figur 1 Funktionsevnenedsættelse før og efter forløb for selvrapportering og proxyvurdering**

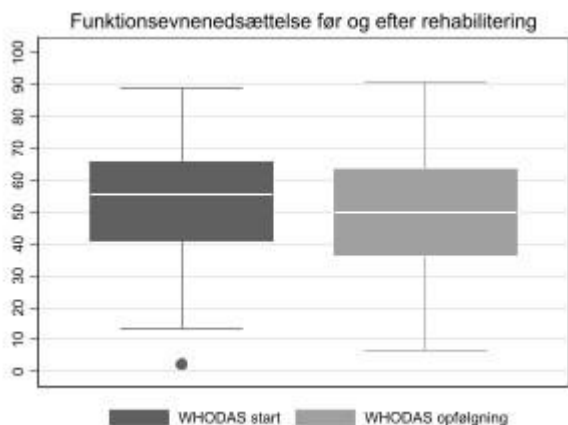


**Figur 1** viser et plot baseret på vurderingerne fra Tabel 3 med World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 indekssværdier fra 0-100). På X-aksen ses fire grupper: borgernes selvrapporterede funktionsevnenedsættelse ved opstart (Før - selv), ved første opfølgning (Efter - selv), samt fagpersonens vurdering af funktionsevnenedsættelse ved opstart (Før - proxy) og ved opfølgning (Efter - proxy). Hver grå prik repræsenterer én borgers funktionsevnenedsættelse. De hvide kasser viser den centrale fordeling af data:

den sorte streg i midten angiver medianen, mens kassens øvre og nedre kant viser 25%- og 75%-percentilerne. Det betyder, at 50% af vurderingerne ligger inden for hver kasse. De stiplede røde linjer markerer grænserne for de kategorier af funktionsevnenedsættelse, som WHODAS 2.0-indekssværdierne svarer til.

I Figur 2 er data fra selvrapportering og proxyvurderinger samlet i én boks, så sammenligning af funktionsevne før og efter rehabilitering muliggøres.

**Figur 2 Funktionsevnenedsættelse – før og efter rehabiliteringsforløb**

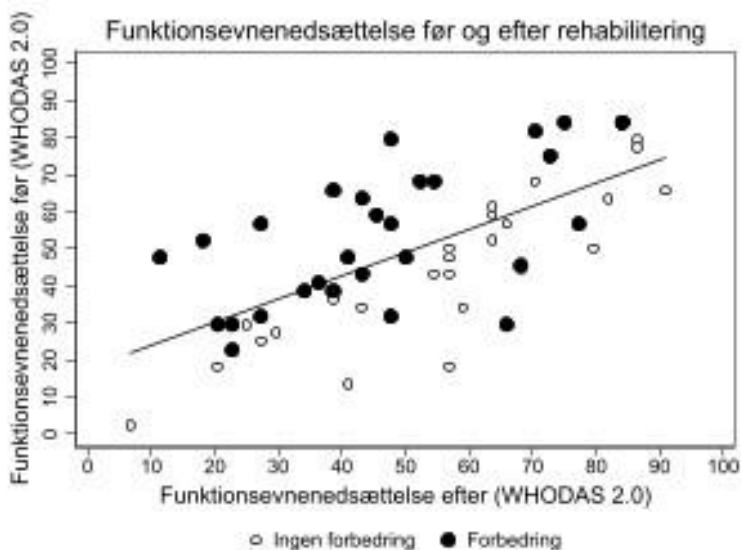


**Figur 2** viser et plot til sammenligning af World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 indekssværdier fra 0-100) før (*WHODAS start*) og efter (*WHODAS opfølgning*) rehabiliteringsforløbene. Hver boks repræsenterer den centrale fordeling af data, hvor den hvide linje angiver medianen, og boksens øvre og nedre kant viser henholdsvis 75%- og 25%-percentilerne.

#### 4.3.2.1 Andel med forbedret funktionsevnenedsættelse

Sammenhæng mellem funktionsevnenedsættelse før og efter rehabiliteringsforløb er angivet i Figur 3. Når der differentieres mellem dem, der har opnået forbedring og ingen forbedring, ses at 27 borgere (60%) har opnået en gennemsnitlig forbedring på 10 point (95 % CI: 6,74–14,42), hvilket var signifikant ( $p < 0,000$ ). For disse var WHODAS 2.0 ved baseline og opfølgning stærkt korrelerede ( $r = 0,865$ ; 95 % CI: 0,718–0,938), hvilket indikerer en udtalt lineær sammenhæng og stabil rangordning. Spredningen i forbedringen var også inden for denne gruppe moderat (SD = 9,51), med normalbaserede 95 % grænser fra ca. -8,1 til 29,2. Der sås ingen evidens for proportionalitetsbias, idet differensen ikke var relateret til gennemsnitsniveauet ( $p > 0,4$ ).

**Figur 3 Funktionsevnenedsættelse før og efter rehabiliteringsforløb**



**Figur 3.** Et plot af World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 indekssværdier fra 0-100) ved start og opfølgning for 25 borgere. Sorte prikker angiver forbedring i funktionsevne, mens hvide prikker viser uændret eller forværret funktionsevne. En regressionslinje er indtegnet som en visuel indikator for sammenhængen mellem vurderingerne, og hældningen på linjen svarer til den forventede sammenhæng mellem WHODAS 2.0 før og efter forløb ( $r = 0,744$ ; 95 % CI: 0,583–0,849).

#### 4.3.2.1 Områder med væsentlig funktionsevnenedsættelse

Nedenfor ses en oversigt over WHODAS 2.0-items prioriteret efter, hvor mange borgere der har rapporteret moderate eller svære vanskeligheder ved første vurdering svarende til baseline i Tabel 3. Oversigten i Tabel 4 muliggør en betragtning af, hvilke vigtighedsområder der er defineret for målgruppen set fra et selvrapporert og fagligt perspektiv. De mest udfordrede områder omfatter gående og stående aktiviteter, hvilket er i overensstemmelse med behovet for hjemmepleje og rehabilitering. Tredje- og fjerdemest udfordrende for borgerne var deres følelsesmæssige påvirkning og mulighed for at deltage i aktiviteter i lokalområdet på lige fod med andre, hvilket vedrører livsområder som mental trivsel og socialliv. Det, som færrest borgere rapporterede at have svære vanskeligheder med, var at have med mennesker at gøre, de ikke kender.

**Tabel 4: Vigtighedsområder for funktionsevnenedsættelse**

| #  | Beskrivelse                            | Antal vurderinger = 56 |       |
|----|--|------------------------|-------|
|    |  | Selvrapportering       | Proxy |
| 1  | Gå langt, fx 1 km                      | 20                     | 42    |
| 3  | Stå op i lang tid, fx 30 min           | 19                     | 39    |
| 6  | Følelsesmæssig påvirkning              | 16                     | 25    |
| 2  | Deltage i aktiviteter i lokalområdet   | 15                     | 36    |
| 5  | Varetage husholdningsopgaver i hjemmet | 14                     | 37    |
| 4  | Vaske sig på hele kroppen              | 9                      | 23    |
| 7  | Tage tøj på                            | 8                      | 22    |
| 8  | Lære noget nyt                         | 5                      | 22    |
| 9  | Opretholde et venskab                  | 4                      | 13    |
| 10 | Koncentrere sig i 10 min               | 3                      | 15    |
| 11 | Have med ikke-kendte mennesker at gøre | 1                      | 9     |

**Tabel 4.** Oversigt over borgernes funktionsevnenedsættelse ved opstart af forløb, baseret på World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). Tabellen viser, hvor mange borgere der har angivet enten moderate eller svære vanskeligheder på hvert item ved første vurdering, fordelt på selvrapportering og proxyvurderinger. Items er prioriteret efter hyppighed set fra borgernes perspektiv.

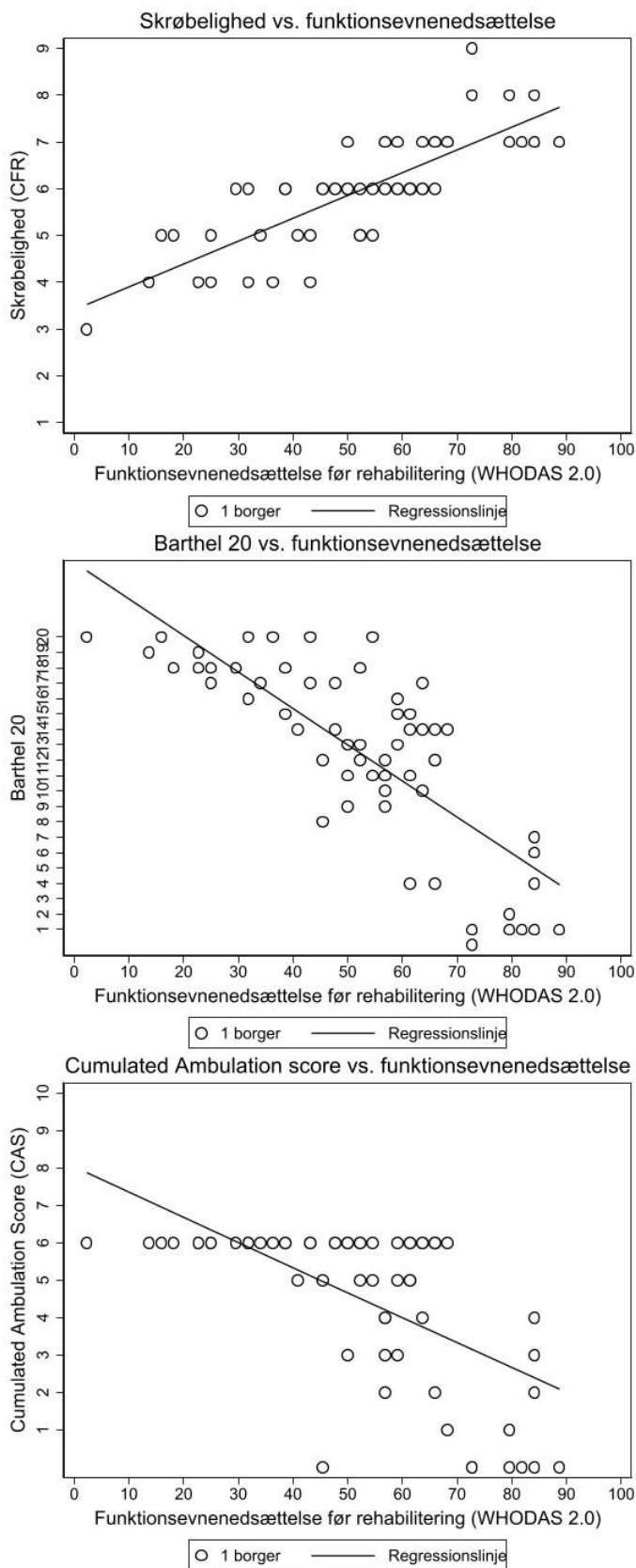
#### 4.3.2.2 Sammenhæng mellem funktionsevnenedsættelse og andre vurderinger

For at undersøge, hvordan funktionsevnenedsættelse relaterede sig til andre centrale aspekter af borgernes helbred og hverdagsfunktion, blev funktionsevnenedsættelse (målt med WHODAS 2.0) vurderet i sammenhæng med komponenter for skrøbelighed (CFS), selvhjulpethed (Barthel 20) og mobilitet (CAS). Sammenlignende datavisninger er illustreret i Figur 4. Spredningen omkring tendenslinjerne var ikke ensartede nok til, at man med rimelighed kunne antage en korrelation hvad angik andre komponenter end skrøbelighed. Der blev observeret en stærk lineær sammenhæng mellem CFS og WHODAS 2.0 ved baseline (Pearson  $r = 0,815$ ; 95 % CI: 0,707–0,886;  $p < 0,001$ ), hvilket bekræftedes af en tilsvarende høj Spearman-korrelation som robusthedstest ( $\rho = 0,829$ ;  $p < 0,001$ ). WHODAS 2.0 ved start blev modelleret som afhængig af CFS og viste en klar, positiv hældning:

$$\widehat{\text{WHODAS}} = -27,83 + 13,43 \cdot \text{CFS}$$

Hældningen var 13,43 ( $SE = 1,32$ ; 95 % CI: 10,79–16,06;  $p < 0,001$ ), og modellen forklarede 66,5% af variationen ( $R^2 = 0,6646$ ;  $Root\ MSE \approx 11,43$ ). Det betød, at for hver 1 point højere CFS forventedes ca. 13,4 point højere WHODAS (dvs. større funktionsevnenedsættelse). Til illustration: CFS=3 → forventet WHODAS 2.0  $\approx 13,5$ . CFS=5 → forventet WHODAS 2.0  $\approx 39,3$ . CFS=7 → forventet WHODAS 2.0  $\approx 66,1$

**Figur 4. Sammenhæng mellem funktionsevnedensættelse og skrøbelighed, selvhjulpethed og mobilitet**

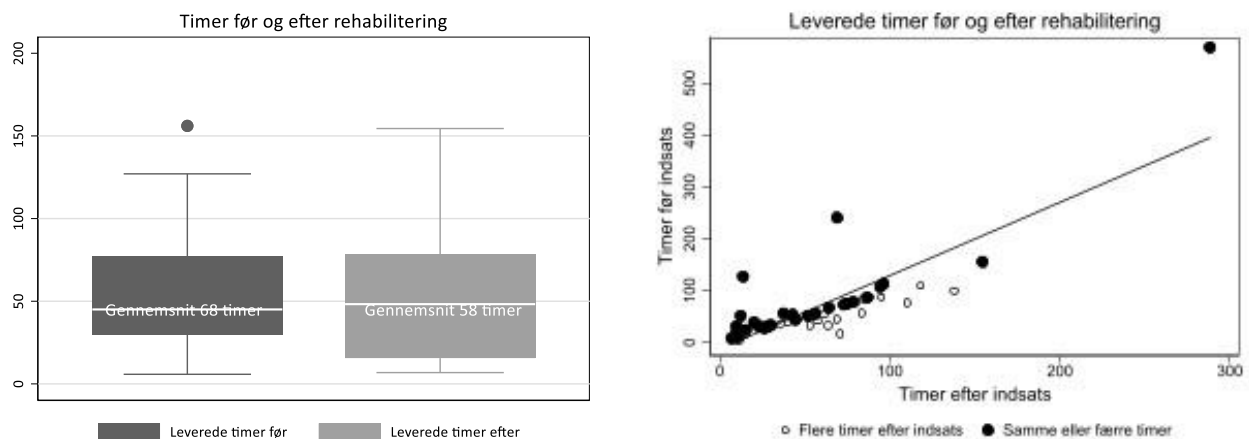


**Figur 4.** I tre plots ses sammenhængen mellem funktionsevnedensættelse vurderet med World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 indekssværdier fra 0-100) og tre andre vurderinger ved baseline. Øverst ses en positiv sammenhæng med Clinical Frailty Scale (CFS), hvor en højere WHODAS-værdi er lineært forbundet med højere grad af skrøbelighed. I midten ses for Barthel 20 en negativ sammenhæng, hvor høj funktionsevnedensættelse hænger sammen med lavere grad af selvhjulpethed. Der ses dog stor spredning omkring linjen, og sammenhængen vurderes ikke lineær. Nederst ses for Cumulated Ambulation Score (CAS) en mulig negativ sammenhæng, hvor nedsat funktionsevne er relateret til reduceret mobilitet, men her ses ingen lineær sammenhæng, hvilket er kendetegnet ved stor og forskelligartet spredning omkring linjen.

### 4.3.3 Leverede timer før og efter forløb

For 48 borgere blev antallet af leverede timer opgjort før og efter forløbet. Af disse havde 29 borgere (60 %) færre timer efter indsatsen, mens 19 havde flere timer. Dette viser en tydelig tendens til, at behovet for støtte faldt for størstedelen af borgerne efter et rehabiliteringsforløb. Den gennemsnitlige reduktion i leverede timer mellem start og opfølgning var 9,9 timer (95%CI -5,3 til 25,1 timer), hvilket indikerede en gennemsnitlig reduktion, men med stor variation, som ikke var statistisk signifikant ( $p = 0,197$ ). Den store spredning skyldtes primært enkelte borgere med meget høje timetal, som trak gennemsnittet op som ekstreme outliers. Efter identifikation af outliers blev analyserne gentaget uden disse observationer for at vurdere robustheden af resultaterne. Resultaterne uden outliers viste samme overordnede tendens som hovedanalysen med reduktion af timetal, men med langt mindre konfidensinterval (1,98 timer (95 % CI: -0,84 til 4,80 timer)), og tendensen vurderedes som robust på tværs af analyser. De leverede timer før og efter rehabiliteringsforløb inklusive outliers kan ses i Figur 5.

**Figur 5 Leverede timer før og efter rehabiliteringsforløb**



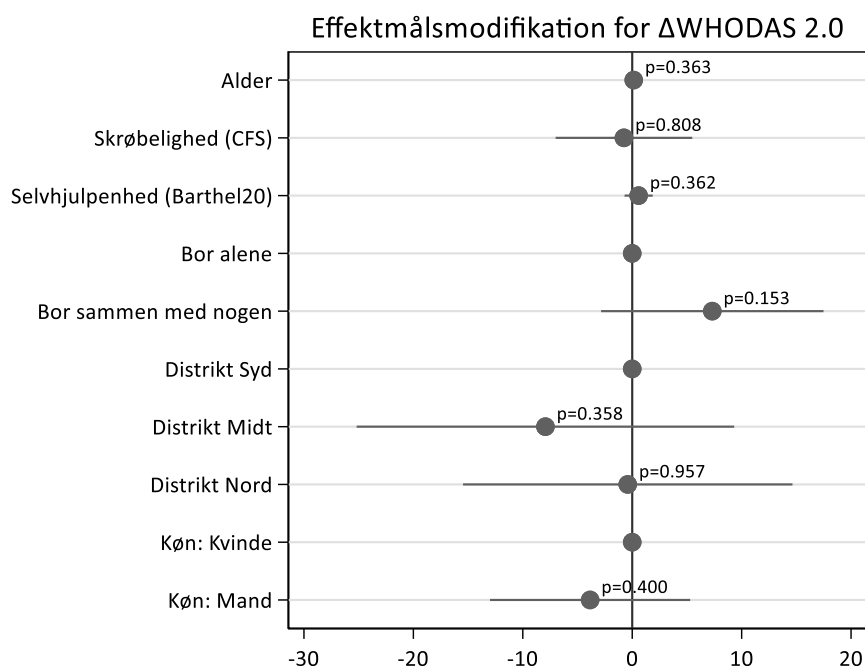
Figur 5a og 5b. 5a (venstre) viser et plot til sammenligning af antallet af leverede timer hos borgeren før og efter rehabiliteringsforløbene. Hver boks repræsenterer den centrale fordeling af data, hvor den hvide linje angiver medianen, og boksens øvre og nedre kant viser henholdsvis 75%- og 25%-percentilerne. Gennemsnitsværdi er anført for hvert tidspunkt. 5b (højre) illustrerer andelen af borgere med færre timer. Plottet viser et plot af antallet af leverede timer ved start og opfølgning for 48 borgere. Sorte prikker angiver samme eller færre antal timer, mens hvide prikker viser flere leverede timer efter indsatsen. En tendenslinje er indtegnet som en visuel indikator for en mulig sammenhæng mellem vurderingerne – der er dog ikke tale om en regression.

### 4.3.4 Effektmålsmodifikation

Der er foretaget multipel lineær regression af ændring i funktionsevne ( $\Delta$ WHODAS 2.0) og for ændring i leverede leverede timer ( $\Delta$ leverede timer). Formålet var at identificere, om der var mønstre, der kunne understøtte en bredere forståelse af, hvilke borgere, der havde effekt af forløbene. Signifikante faktorer kunne have en indflydelse på effekten af rehabiliteringsforløbene i form af ændring i funktionsevne, såfremt der ikke var væsentlig

residualconfounding eller øvrig effektmålsmodifikation. Figur 6 og 7 nedenfor viser koefficientplot baseret på en lineær regressionsanalyse, hvor den afhængige variabel er henholdsvis ændring i WHODAS 2.0 og leverede timer før og efter forløb. Der var groft sagt ingen sammenhæng mellem funktionsevnedssættelse vurderet med WHODAS 2.0 og nogen af de forklarende variable. Punktestimaterne antydede enkelte retninger (fx mindre forbedring ved højere alder og hos borgere der bor sammen; større forbedring i distrikt Midt og hos kvinder), men alle effekter havde brede konfidensintervaller og p-værdier over 0,05, hvilket understregede usikkerhed og begrænset forklaringskraft med den nuværende gruppestørrelse.

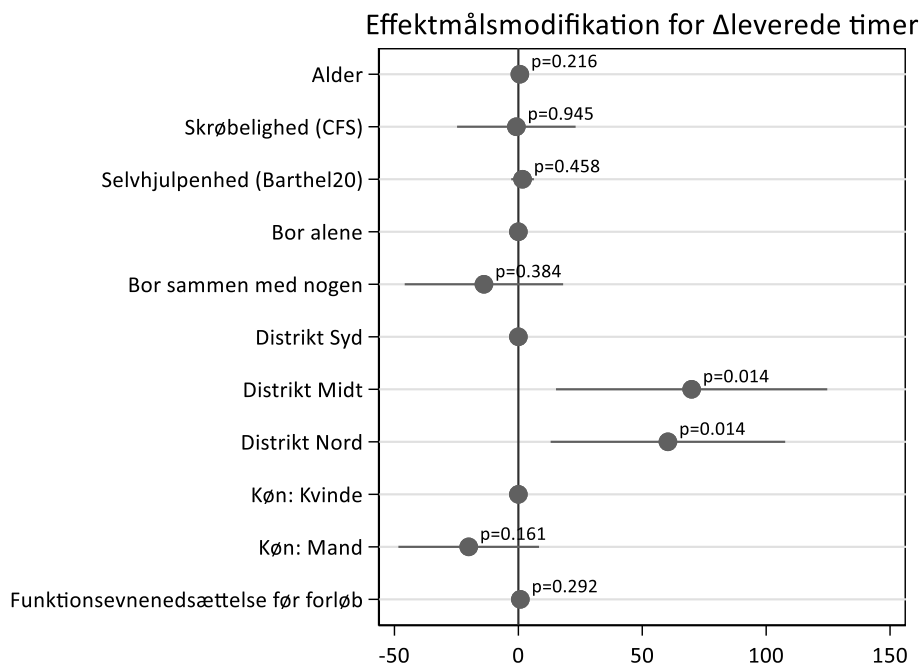
**Figur 6 Koefficientplot for ændring i funktionsevnedssættelse**



**Figur 6.** Hver prik repræsenterer et koefficientestimat, og de horisontale linjer angiver 95 % konfidensintervaller. Den lodrette linje markerer nulpunktet for at kunne vurdere, hvilke variable der har en statistisk signifikant effekt på ændring i WHODAS 2.0. Der ses ingen signifikante sammenhænge i denne model, men den kan stadig have klinisk relevans.

Hvad angår ændring i leverede timer viste den multivariate model, at borgerens distrikt var den eneste signifikante effektmødikator. Sammenlignet med referencekategorien Syd havde borgere i distrikt Midt en gennemsnitlig positiv ændring på 69,9 timer (95 % CI: 15,2 til 124,7;  $p = 0,014$ ), og borgere i distrikt Nord havde en gennemsnitlig positiv ændring på 60,3 timer (95 % CI: 13,0 til 107,7;  $p = 0,014$ ). Alle øvrige testede faktorer - alder, skrøbelighed (CFS), selvhjulpnehed (Barthel-20), samlivsstatus, køn samt funktionsevnedssættelse ved start - var ikke signifikante i modellen ( $p > 0,15$ ).

**Figur 7 Koefficientplot for ændring i leverede timer**



**Figur 7.** Hver prik repræsenterer et koefficientestimat, og de horisontale linjer angiver 95 % konfidensintervaller. Den lodrette linje markerer nulpunktet for at kunne vurdere, hvilke variable der har en statistisk signifikant effekt på ændring i leverede timer.

Der ses signifikant sammenhæng mellem distrikt og effekt af leverede timer

Resultaterne indikerer, at ændringen i leverede timer i højere grad afhænger af organisatorisk og kontekstuel variation mellem distrikter end af systematiske forskelle i borgernes karakteristika. Med andre ord tydede effekten på, at forskelle i enten registreringspraksis eller lokale arbejdsgange i Midt og Nord kan have påvirket timetallene relativt til Syd, snarere end at forskellene kan tilskrives borgernes alder, skrøbelighed, funktionsevne eller samlivsforhold. Samtidig bør fortolkning tage højde for den lille datamængde og residualkonfounding, og først ved større grupper er der belæg for at antage reelle forskelle.

## 5.0 Diskussion

Hovedfund var, at WHODAS 2.0 blev anvendt, selv om den i starten mødt med skepsis. Efter oplæring oplevede fagpersonerne redskabet som nyttigt til struktur, dokumentation og borgerinddragelse. Identificerede udfordringerne var behov for oplæring, uklare svarkategorier og udfordring med teknisk at vise resultaterne. Kvantitativt havde borgerne moderat til svær funktionsevnenedsættelse ved opstart (median proxy 55; selvrapporing 48). På gruppeniveau sås ingen signifikant ændring, men 60% af borgere med opfølgning forbedrede funktionsevnen med ca. 10 point ( $p < 0,000$ ). 60% fik færre leverede timer, dog uden statistisk signifikans. WHODAS korrelerede stærkt med skrøbelighed (CFS), mens andre sammenhænge var svage. Ingen effektmodificerende faktorer var signifikante.

Resultaterne i denne rapport indgår i en organisatorisk afrapportering med fokus på implementering og praksisanvendelighed. Derfor diskuteres de ikke op imod forskningsfund fra videnskabelige studier. En sådan sammenligning ville være metodisk uhensigtsmæssig, da projektet er designet som et pragmatisk udviklings- og implementeringsforløb uden kontrolgruppe og med kontekstspecifikke rammer. Formålet er at belyse anvendelighed, oplevet nytte og lokale effekter – ikke at teste hypoteser under kontrollerede betingelser. At fastholde denne afgrænsning sikrer, at resultaterne fortolkes i den rette organisatoriske kontekst.

## 5.1. Implementering og organisatoriske forudsætninger

Afprøvningen af WHODAS 2.0 viste, at redskabet er anvendeligt i en kommunal kontekst, og at implementering vil kræve organisatorisk understøttelse til teknologisk understøttelse af spiderweb-visning, samt etablering af gode rammer for kompetenceudvikling og vedligeholdelse af færdigheder til at udføre vurderingerne og anvende dem i personcentrerede forløb. Fagpersonerne oplevede en rejse fra skepsis til accept, hvilket understreger, at oplæring og tid til erfaringsopbygning er afgørende.

## 5.2. Gevinster og barrierer ved WHODAS 2.0

Gevinsterne er tydelige: WHODAS 2.0 giver struktur, et fælles sprog og understøtter borgerinddragelse. Det dokumenterer progression og afdækker funktionsevne bredt, hvilket styrker personcentreret rehabilitering. Barriererne omfatter svarkategorier, kontekstafhængig validitet og behov for oplæring.

### 5.2.2 Valg af redskab til målgruppen

Det er ikke overraskende, at informanterne oplever WHODAS 2.0 som mere struktureret end COPM, idet forskellen afspejler redskabernes design. COPM er et semistruktureret interview, der udfolder borgerens aktivitetsproblemer og prioritering heraf, mens WHODAS 2.0 er et standardiseret spørgeskema med faste svarkategorier og bredere dækning af funktionsevne (som samspillet mellem kropsfunktioner, aktivitet, deltagelse i den levede kontekst).

Resultaterne tyder på, at netop for målgruppen af ældre borgere i Pleje & Rehabilitering med komplekse forløb kan det være en fordel at anvende den tydelige rettesnor i et struktureret spørgeskema. Flere informanter beskriver, at nogle borgere har svært ved at indgå i semistrukturerede interviews, fordi de kan have vanskeligheder med at italesætte egne vanskeligheder eller formulere egne behov uden stilladsering. Her giver WHODAS 2.0, som informanterne siger, "noget at tale ud fra"; det åbner samtalen, uden at borgeren skal bære strukturen selv. For informanterne bliver valget ikke nødvendigvis til et enten-eller, men et både-og, hvor WHODAS 2.0 bidrager med en systematik og sammenlignelighed over tid, som kan indgå i praksisrefleksioner sammen med andre redskaber.

### 5.2.3 Validitet i praksis

Resultaterne viser, at kontekst og setting påvirker borgerens mulighed for at svare. En rolig ramme, privatliv og tid giver mere autentiske svar; en mødesituation med mange tilhørere kan gøre, at borgeren "lukker ned". Tilsvarende er svarkategorierne (fx "mild" vs. "moderat") udfordrende for både nogle borgere og fagpersoner, og fagpersoner kan med gode intentioner komme til at guide for meget. Disse forhold er kendte i målepraksis og kalder ikke på at opgive WHODAS 2.0, men på opmærksomhed og træning i spørgeteknik med neutrale opfølgninger og forklaringer, der ikke "leder" svaret. Når selv den bedste spørgeteknik ikke giver et klart svar, må en borgerens usikkerhed medføre, at interview-baseret selvrapportering må vige for proxy-vurderingen.

Det afgørende er åbenhed om metodevalg og konsekvenser for tolkning. Som flere informanter er inde på, kan spørgeteknik og eksempler hjælpe forståelsen, men også skabe bias, hvis borgeren fastlåser sin forståelse på baggrund af ét eksempel. Det kliniske interview-håndværk består i at støtte uden at styre, og det synes informanterne at have fundet en uproblematisk vej i.

### 5.2.4 WHODAS 2.0 som samtaleredskab

Informanterne anvender WHODAS 2.0 som samtaleramme og oplever, at det kan åbne for følsomme og vigtige temaer (deltagelse, social tilstedeværelse, værdier, menneskelige behov) – også dér, hvor yderkataloger i kommunal praksis ikke "fanger" borgerens egentlige problem. Dette er en værdifuld ekstraanvendelse i praksis, særligt når formålet er at forstå borgerens livsverden og skabe fælles forståelse i teamet.

Samtidig må denne brug afgrænses metodisk: WHODAS 2.0 er oprindeligt udviklet som et standardiseret spørgeskema, og dets måleegenskaber (sammenlignelighed, skalaer, fortolkning) forudsætter, at man ikke ændrer i rækkefølgen af items og ikke fraviger svarkategorierne. Her markerer informanterne selv en vigtig skillelinje i praksis: Når borgeren kan kategorisere sine svar, fastholdes den standardiserede administrationsform. Når borgeren ikke kan svare (fx pga. kognitive, følelsesmæssige eller kommunikative barrierer), gennemføres samtalen for at sikre forståelse og respekt for borgerens perspektiv, men så udfyldes WHODAS 2.0 efterfølgende som en proxy-vurdering på et fagligt, observeret grundlag.

Denne praksis kompromitterer ej heller validiteten. Adresseret nøgternt repræsenterer den et læringsperspektiv for praksisanvendelse af redskabet, hvor det væsentlige er at angive kilden korrekt (selvrapportering vs. proxy-vurdering). Særligt i test-retest situationer ved evalueringer vil det være nødvendigt at sikre, at der ved opfølgning anvendes samme kilde.

### 5.2.5 Tværfaglig anvendelse

Informanterne vurderer, at WHODAS 2.0 kan bruges på tværs af alle fagligheder, men at alle faggrupper ikke nødvendigvis har et fagligt opdrag, hvor man vanligt indarbejder testresultater i den daglige ræsonnering. Nogle faggrupper arbejder mere erfarings- og oplevelsesbaseret. Det peger på, at en implementering af WHODAS 2.0 vil kræve en målrettet oplæring og meningsgskabelse – og at adgang til skemaet i en dokumentationsramme som CURA ikke vil være tilstrækkelig. I praksis vil man sandsynligvis få størst udbytte ved at placere ansvar for

administration, scoring og tolkning hos fagpersoner, der har kendskab til at anvende målinger i deres kliniske repertoire, og lade andre faggrupper invitere ind i forståelsen via formidling og fælles drøftelser (fx spiderweb-visning kombineret med dialog). Der er ikke belæg for at afgrænse skarpt på baggrund af faglighed, idet alle kan anvende WHODAS 2.0, og interesserede fagpersoner fra alle faggrupper bør generelt inviteres til anvendelse.

## 5.3 Effekter på funktionsevne og ressourcer

Resultaterne viste ingen signifikant ændring på gruppeniveau, men 60% af borgere med opfølgning havde en gennemsnitlig forbedring på 10 point. Samtidig fik 60% færre leverede timer, hvilket indikerer en værdibaseret effekt. Alene det, at det var muligt at påvise effekt af rehabilitering med en faglig kvalitetsindikator for funktionsevnenedsættelse må anses for at være et relevant resultat. Målgruppens resultat skal ses i lyset af flere vilkår, herunder at teamets etablering var i gang løbende. Resultaterne skal ses i forhold til forventninger til resultatet. Da målgruppens medianalder var 78 år, og da det må antages at det er en gruppe af ældre med store behov for hjemmepleje og rehabilitering, der falder inden for målgruppen for TFR, må både andelen med forbedring og effektstørrelsen anses for at være både overraskende og betydelig.

Med de etablerede arbejdsgange, dataflow og analysemodeller, der nu foreligger, vil det være relevant at gentage analyserne efter andet projektår. Samtidig vil det være relevant at indføre samme effektmål for andre teams og i andre borgerforløb for at fremme en borgercentreret og tværfaglig koordinering, og for også at kunne lave lignende analyser for andre grupper af ældre.

Hvad angår den stærke sammenhæng mellem vurderinger af skrøbelighed og funktionsevnenedsættelse ser det ud til, at WHODAS 2.0 kan fungere som et proxymål for skrøbelighedsvurderinger. Dette kan være en organisatorisk gevinst, idet der vil være indikation for at undlade at udføre vurderinger af skrøbelighed, når funktionsevnen foreligger. Over tid kan beregningsmodellen optimeres, når flere borgeres WHODAS 2.0-vurderinger indgår. Den manglende direkte sammenhæng mellem WHODAS 2.0 og redskaber som Barthel-20 og CAS skyldes, at de måler forskellige begreber. WHODAS 2.0 vurderer funktionsevne bredt og inkluderer fysiske, mentale og sociale aspekter – herunder deltagelse og relationer – mens Barthel-20 fokuserer på selvhjulpenerhed i basale ADL-opgaver, og CAS måler mobilitet. En borger kan derfor have begrænset mobilitet, men stadig deltage i sociale aktiviteter, hvilket WHODAS 2.0 fanger, men de andre redskaber ikke gør. Dette understreger, at WHODAS 2.0 bidrager med et helhedsperspektiv, som er centralt i rehabilitering.

### 5.3.1 Værdibaseret perspektiv

Resultaterne understøtter, at WHODAS 2.0 kan fungere som en central faglig kvalitetsindikator i en værdibaseret rehabiliteringspraksis. Ved at synliggøre borgerens funktionsevne på tværs af livsområder skaber redskabet et grundlag for at prioritere indsatsen, hvor de skaber størst værdi for borgeren og for kommunen. I et sundhedssystem med begrænsede ressourcer er det afgørende at kunne dokumentere, hvor indsatsen gør en

forskel – ikke alene i form af kliniske forbedringer, men også i form af frigjorte ressourcer, der kan omfordeles til borgere med størst behov.

Selv om den gennemsnitlige reduktion i leverede timer ikke var statistisk signifikant, viser fordelingen, at 60 % af borgerne modtog færre timer efter forløbet. Dette er væsentligt i et værdibaseret perspektiv. Små reduktioner hos mange borgere kan samlet frigøre betydelige ressourcer. Samtidig opnåede 60% af borgerne med opfølgning en forbedring i funktionsevne på ca. 10 point, hvilket indikerer, at indsatsen ikke blot reducerer støttebehov, men også styrker borgerens mestring og deltagelse i hverdagslivet.

WHODAS 2.0 giver dermed mulighed for at forbinde kliniske resultater med organisatoriske gevinster. Over tid kan data anvendes til at beregne cost-efficacy for udvalgte grupper og til at dokumentere effekter på tværs af teams og distrikter. For at realisere dette potentiale bør WHODAS 2.0 integreres i styringsdata og ledelsesrapportering, ikke som et kontrolredskab, men som et kvalitetsudviklingsværktøj, der understøtter læring og prioritering. Det forudsætter en praksis, hvor data formidles i dialog og kontekst, så tal omsættes til meningsfuld viden om borgerens livssituation og rehabiliteringsbehov.

## 5.4 Fremtidige skridt

Resultaterne peger på et betydeligt potentiale for at styrke både kvalitet og effektivitet i kommunal rehabilitering gennem systematisk anvendelse af WHODAS 2.0. For at realisere dette potentiale kræves en strategisk indsats på flere niveauer. Først og fremmest bør der etableres en klar implementeringsplan, der sikrer, at WHODAS 2.0 integreres i P&R's arbejdsgange som både en fast kvalitetsindikator og et fagligt dialogværktøj. Dette indebærer teknisk understøttelse, så data kan visualiseres og anvendes meningsfuldt i tværfaglige drøftelser, samt organisatoriske rammer for oplæring og kompetenceudvikling. Derudover bør der udvikles en strategi for dataanvendelse, hvor WHODAS 2.0 ikke kun bruges til dokumentation, men til læring og kvalitetsudvikling. Data skal kunne indgå i ledelsesrapportering og politisk beslutningsgrundlag, så effekter af rehabiliteringsindsatser synliggøres både på individ- og systemniveau. Dette vil styrke en værdibaseret tilgang, hvor ressourcer prioriteres til borgere med størst behov, og hvor små forbedringer hos mange borgere kan omsættes til organisatoriske gevinster.

Endelig bør der arbejdes med at udbrede WHODAS 2.0 til andre teams og borgergrupper, så erfaringerne fra TFR kan danne grundlag for en mere ensartet og evidensbaseret praksis i hele kommunen. Med en større datamængde vil det være muligt at gennemføre mere robuste analyser af effektmodifikation og dermed målrette indsatsen yderligere. Følgende kommunikerbare læringspunkter anbefales.

### **Den store gevinst: Helhed og struktur i ét redskab**

WHODAS 2.0 giver et samlet billede af borgerens funktionsevne – ikke kun aktiviteter, men også deltagelse og livskontekst. Det skaber et fælles sprog og gør rehabiliteringsindsatsen mere målrettet.

### **God oplæring vil være en styrke**

Oplæring i spørgeteknik og forståelse af WHODAS 2.0's rolle i borgerens forløb vil være nøglen til at undgå bias og skabe meningsfuld anvendelse – og solide data.

### **Skab rammer, der virker for borgeren**

Privatliv, ro og tid giver bedre svar. Undgå "publikumssituationer", hvor borgeren ikke kan svare frit.

### **Balancen mellem struktur og fleksibilitet**

Hold fast i skemaets standardiserede form ved selvrapportering – og skift til en faglig proxyvurdering, når borgeren ikke kan svare.

### **Tal og dialog går hånd i hånd**

WHODAS 2.0 giver ikke kun et tal. Data om funktionsevne skal forbindes til samtaler om borgerens liv.

### **Tværfaglighed med mening**

Ikke alle faggrupper elsker skemaer. Skab fælles forståelse via visning og dialog – og placer ansvaret hos dem, der tør bære målekompetencen.

Samlet set viser analysen, at WHODAS 2.0 ikke blot er et måleredskab, men et strategisk værktøj, der kan forankre kerneværdier i rehabilitering, skabe fælles faglig forståelse og understøtte en helhedsorienteret tilgang – forudsat at implementeringen ledsages af oplæring, organisatorisk støtte og en kultur, hvor data omsættes til meningsfuld dialog.

## Konklusion

WHODAS 2.0 er anvendeligt og kan bidrage værdifuldt i kommunal hjemmepleje og rehabilitering til fremme af et borgercentreret perspektiv og med mulighed for at effektevaluere indsatsen. WHODAS 2.0 måler ikke kun måler fysisk funktion, men også sociale og mentale aspekter. Implementering af WHODAS 2.0 kræver oplæring og organisatorisk understøttelse. Det giver gevinster i struktur, dokumentation og særligt inden for borgerinddragelse. Der blev observeret en stærk lineær sammenhæng mellem skrøbelighed (CFS) og funktionsevne (WHODAS 2.0), og funktionsevnenedsættelse vurderet med WHODAS 2.0 har en betydelig forklaringskraft i forhold til skrøbelighed på tværs af borgere. Effekten af rehabiliteringsindsatser i TFR ses tydeligt på ændring i funktionsevne på individ og gruppeniveau, ligesom der ses tendens til reduktion i timetal for størstedelen af borgerne, men ikke på gruppeniveau endnu. Der blev ikke fundet klare modificerende faktorer for effekten.

## Referencer

1. Maribo, T. *Hvidbog om rehabilitering*, 1. udgave ed.; Rehabiliteringsforum Danmark: Aarhus, 2022.
2. Ældreministeriet. Vejledning om Ældreloven – VEJ nr. 9398 af 07/05/2025. **2025**.
3. Ældreministeriet. Ældreloven, Lov nr. 1651 af 30. december 2024. **2024**.
4. Sundhedsministeriet, I.-o. Lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (Overgangsloven). **2025**.
5. Sundhedsstyrelsen. *Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom : kvalitetsstandarder*; Sundhedsstyrelsen: Copenhagen, 2024.
6. Landsforening, K. *Kortlægning af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering*; KL (Kommunernes Landsforening): 27. juni 2025 2024.
7. Maribo, T.; Thuesen, J.; Nielsen, C.V.; Johansen, J.S.; Vind, A.B. *Human Functioning – Funktionsevne som fælles pejlemærke og indikator*; Tænketank om Hvidbog om Rehabilitering: Danmark, 27. juni 2025 2025.
8. Organization, W.H.; Kostanjsek, N.; Chatterji, S.; Rehm, J. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*; World Health Organization: Albany, 2010.
9. Federici, S.; Bracalenti, M.; Meloni, F.; Luciano, J.V. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and rehabilitation* **2017**, *39*, 2347-2380, doi:10.1080/09638288.2016.1223177.
10. *ICF: International classification of functioning, disability and health*; WHO: Geneva, 2001; p. 299.
11. Skivington, K.; Matthews, L.; Simpson, S.A.; Craig, P.; Baird, J.; Blazeby, J.M.; Boyd, K.A.; Craig, N.; French, D.P.; McIntosh, E.; et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *The BMJ* **2021**, *374*, doi:10.1136/bmj.n2061.
12. Rockwood, K.; Song, X.; MacKnight, C.; Bergman, H.; Hogan, D.B.; McDowell, I.; Mitnitski, A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Journal of Public Health* **2005**, *96*, S131-S134, doi:10.1007/BF03403706.
13. Mahoney, F.I.; Barthel, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* **1965**, *14*, 61-[sic].
14. Kristensen, M.T.; Andersen, L.; Bech-Jensen, R.; Moos, M.; Hovmand, B.; Ekdahl, C.; Kehlet, H. High intertester-reliability of the Cumulated Ambulation Score for the evaluation of basic mobility in patients with hip fracture. *Clinical Rehabilitation* **2009**, *23*, 1116-1123.
15. Ciamarra, P.; Corbi, G.; Gimigliano, F.; Feola, A.; Campobasso, C.P. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) as a measure among elderly population: A review. *Disability and Rehabilitation* **2024**.
16. Lange, L.f. *ICF - den danske vejledning og eksempler fra praksis : international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*, Version: 1,0 ed.; Sundhedsstyrelsen: 2005.
17. Brinkmann, S.; Kvale, S. *Doing interviews*, Second edition. ed.; SAGE: Los Angeles, 2018.
18. Elo, S.; Kyngäs, H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* **2008**, *62*, 107-115, doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

# Bilag I - Beskrivelse af supplerende måleredskaber

## **Barthel-20-indeks**

Barthel-20 er et funktionsevneindeks, der vurderer borgerens evne til at udføre daglige aktiviteter som personlig hygiejne, mobilitet og ernæring. Skalaen går fra 0 til 20, hvor højere score indikerer større grad af selvhjulpenhed.

## **Clinical Frailty Scale (CFS)**

CFS er et klinisk vurderingsredskab, der klassificerer graden af skrøbelighed hos ældre borgere på en skala fra 1 (meget rask) til 9 (terminalt syg). Vurderingen er baseret på observationer af fysisk funktion, komorbiditet og behov for støtte i hverdagen. CFS kan indikere borgeres generelle helbredstilstand og skrøbelighedsniveau.

## **Cumulated Ambulation Score (CAS)**

CAS vurderer gangfunktion og mobilitet ud fra tre aktiviteter: At komme ud af sengen, rejse sig fra en stol og gang med eller uden hjælpemidler. Hver aktivitet scores fra 0 til 2, hvilket giver en samlet score fra 0 til 6. CAS anvendes her som indikator for borgerens mobilitet.