

# Tidlig Rehabiliterende Hjælpemiddelformidling

Et pilotprojekt i Fredericia Kommune

Rapport



Publikationen er udgivet af

Socialstyrelsen

Edisonsvej 18, 1.

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)

[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Forfatter: Åse Brandt

Download eller se sti til rapporten på [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93052-89-5

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>TRH projektet kort fortalt</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduktion</b> .....	<b>6</b>
Tidlig Rehabiliterende Hjælpemiddelformidling.....	7
<b>Formål</b> .....	<b>9</b>
Delmål.....	9
<b>Metode</b> .....	<b>10</b>
Dataindsamling.....	10
Analysen.....	12
<b>Etik</b> .....	<b>13</b>
<b>Projektdeltagere</b> .....	<b>14</b>
Baggrundsdata: deltagerkarakteristika.....	14
Sammenligning mellem deltagere og ikke deltagere.....	15
<b>Resultater: indsatser</b> .....	<b>19</b>
Hjælpemidler .....	19
Genoptræning og træning.....	22
Sammenligning med sædvanlig praksis .....	24
<b>Resultater: effekter</b> .....	<b>25</b>
Aktiviteter i hverdagen.....	25
Fysisk funktionsevne.....	27
<b>Diskussion</b> .....	<b>31</b>
Effekt på aktiviteterne i hverdagen.....	31
Effekt på fysisk funktionsevne.....	31
TRH indsatser.....	32
Projektets styrker og svagheder.....	35
<b>Konklusion</b> .....	<b>36</b>
<b>Litteratur</b> .....	<b>37</b>
<b>Bilag 1. Analyser</b> .....	<b>40</b>
<b>Bilag 2. Bilagstabeller</b> .....	<b>44</b>

# Forord

Denne rapport handler om et forskningsprojekt, som er foregået i et samarbejde mellem Hjælpemidler & Kommunikation, Fredericia Kommune, og Socialstyrelsen. Der er desuden udgivet et resumé, som kan findes på [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk) under udgivelser.

Det overordnede formål med projektet var at indhente viden om, hvorvidt en tidlig og rehabiliterende hjælpemiddelindsats (TRH) kunne medvirke til at forebygge yderligere funktionsevnenedsættelse blandt borgere, der ansøgte om et udlånshjælpemiddel.

Frem for kun at bevilge hjælpemidlerne administrativt gennemgik borgerne en grundig og systematisk udredning og fik også henvisninger til andre samarbejdspartnere. Resultatet var yderst positivt, idet borgerne fik lettere ved aktiviteter i hverdagen, og deres fysiske funktionsevne blev fastholdt eller forbedret.

Dermed bidrager projektet med viden om hjælpemiddelområdet i et rehabiliteringsperspektiv og om indholdet i hjælpemiddelformidlingsprocessen – to områder der kun findes begrænset viden om nationalt såvel som internationalt.

Projektet blev ledet af afdelingsleder for Hjælpemidler & Kommunikation, Fredericia Kommune, Mai-Britt Tingsager, og den videnskabelige ledelse af projektet, databearbejdning og rapportskrivning af seniorforsker Åse Brandt, Socialstyrelsen.

Vi takker alle, der har deltaget i projektet, både borgere og fagprofessionelle. En særlig tak til Helsefonden som har støttet projektet økonomisk. Projektet kunne ikke have været gennemført uden den støtte.

Mai-Britt Tingsager

Afdelingsleder

Hjælpemidler & Kommunikation

Fredericia Kommune

Åse Brandt

Seniorforsker

Kontoret for  
bevægelseshandicap,  
hjælpemidler og teknologi

Socialstyrelsen

# TRH projektet kort fortalt

- Målgruppen for projektet var borgere, der ansøgte om ukomplicerede hjælpemidler
- Borgernes gennemsnitsalder var 80 år
- Indsatsen kaldes "Tidlig rehabiliterende hjælpemiddelformidling" (TRH) og bestod i, at
  1. der altid blev foretaget en grundig og systematisk udredning af borgerens problemer med aktiviteter i hverdagen for at vurdere behov for hjælpemidler og evt. henvisning til andre indsatser
  2. der blev taget udgangspunkt i borgerens ønsker om aktiviteter i hverdagen
  3. der blev foretaget hjemmebesøg i forbindelse med udredningen og opfølgningen.

TRH projektet viste, at

- aktiviteter i hverdagen blev meget lettere for de fleste
- 44 % havde fået løst deres problemer i hverdagen helt og 42 % delvist
- den fysiske funktionsevne blev fastholdt eller en smule forbedret på trods af målgruppens høje alder
- der blev bevilget 23 % flere hjælpemidler, end der blev ansøgt omstort set alle hjælpemidler blev brugt og kun få leveret tilbage efter fire måneder
- det viste sig, at borgere, der ansøgte om mindre boligændringer, ofte også at have brug for hjælpemidler
- borgere, der ansøgte om stok, arbejdsstol eller transportkørestol, havde typisk ikke behov for andre indsatser (hjælpemidler, træning, henvisning til læge o.lign.)
- i alt 82 % fik anbefalet træning eller genoptræning, 61 % af disse gennemførte helt eller delvist
- borgernes forbedrede aktivitet og deltagelse samt fysiske funktionsevne så ud til at hænge sammen med TRH formidlingen af hjælpemidler frem for træning eller genoptræning
- det vides ikke, om de samme effekter kunne være opnået ved en administrativ hjælpemiddelformidling. Hertil kræves et projekt med kontrolgruppe, som også kan undersøge betydningen af træning for målgruppen yderligere.

# Introduktion

I de senere år er det blevet tydeligt, at samfundet står med en udfordring, når andelen af ældre borgere i fremtiden vil blive forøget, samtidig med at andelen af yngre borgere bliver mindre (1). Udfordringen består i, at jo ældre en befolkning er, desto flere har behov for hjælp. Dette forventes at være udgiftskrævende og medføre behov for mere plejepersonale, med mindre der i højere grad sættes på forebyggelse, rehabilitering og brug af hjælpemidler eller velfærdsteknologi (2, 3).

Selv om denne demografiske udfordring ligger fremme i tiden, har regeringen og en række kommuner allerede forholdt sig til den, og forskellige innovative løsninger er foreslået, og nogle er gennemført. Hverdagsrehabilitering er et af disse initiativer, som går ud på at træne borgeren i at leve et så selvstændigt liv som muligt frem for traditionel kompenserende hjælp fra hjemmeplejen. Resultatet gavner alle, da det resulterer i mere tilfredse borgere og færre kommunale udgifter (4).

Hjælpemidler anses for at være en af løsningerne på den demografiske udfordring, idet de ofte kan gøre borgerne mere selvhjulpne (3). Men hjælpemidler bevilges som en kompenserende indsats og kædes sjældent eksplicit sammen med hverdagsrehabilitering. Det er dog formentlig relevant, da borgerne erfaringsmæssigt ofte har relativt omfattende funktionsevnededsættelser<sup>1</sup>, når de endelig beslutter sig for at ansøge om et hjælpemiddel.

Hjælpemidler er for de fleste borgere noget, der først anskaffes, når de ikke kan klare sig uden (5). Årsagerne kan være mange, men forskning viser, at mange opfatter hjælpemidler som stigmatiserende og et synligt tegn på funktionsnedsættelse (5). Funktionsnedsættelse kan begrænse aktiviteter i hverdagen, hvilket igen kan medføre yderligere funktionsnedsættelse. Hvis det er muligt at gribe ind i denne proces ved at henvise hjælpemiddelansøgere til træning, når det er relevant, kan den negative udvikling måske stoppes, og borgerne vil kunne føre et selvstændigt og godt hverdagsliv i længere tid (2).

Rollatoren er et af de hjælpemidler, der har været offentlig debat om i forhold til fysisk funktionsevne. Der har været antagelser fremme om, at borgernes fysiske funktionsevne bliver dårligere, hvis borgere med gangbesvær begynder at bruge rollator (6). Der findes dog kun begrænset viden om, hvorvidt fysisk træning i stedet for eller sammen med brug af rollator kan forbedre borgerens funktionsevne. Den viden, der findes om dette, handler fortrinsvis om skridtlængde, holdning o.l., og størstedelen stammer fra laboratoriestudier, der ikke nødvendigvis kan overføres til almindeligt hverdagsliv, ligesom studierne ikke handler om udførelse af aktiviteter i hverdagen (7-9). Et projekt, der undersøger, om fysisk træning har betydning for rollatorbrugeres fysiske

---

<sup>1</sup> Vedrørende begreber vedrørende funktionsevne og funktionsevnededsættelse henvises til ICF – International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnededsættelse og Helbredstilstand

funktionsevne og deres aktiviteter i hverdagen, kan kaste lys over spørgsmålet om rollatorbrugere hellere skulle have fysisk træning frem for en rollator.

Alt i alt er det derfor relevant at undersøge, om det er muligt at reducere funktionsevnenedsættelser og/eller forebygge yderligere funktionsevnenedsættelse, hvis der foretages et paradigmeskifte i hjælpemiddelformidlingen: i stedet for at betragte hjælpemiddelformidling som en enkeltstående kompenserende indsats, ses hjælpemiddelformidling som en rehabiliteringsindsats.

## Tidlig Rehabiliterende Hjælpemiddelformidling

Projekt "Tidlig Rehabiliterende Hjælpemiddelformidling" blev iværksat for at placere hjælpemiddelformidlingen i en rehabiliteringssammenhæng. Projektets specifikke formål var at undersøge, om en rehabiliterende indsats, når ældre borgere ansøgte om et udlånshjælpemiddel<sup>2</sup>, kunne fastholde eller øge borgerens funktionsevne. Indsatsen blev kaldt "Tidlig Rehabiliterende Hjælpemiddelformidling" (TRH):

- "Tidlig" fordi indsatsen blev givet, første gang borgeren ansøgte om et hjælpemiddel.
- "Rehabiliterende"<sup>3</sup> fordi det blev undersøgt, om borgeren havde behov for andre indsatser end hjælpemidler, fx fysisk træning, lægebesøg, psykologihjælp m.v. Hvis det blev vurderet, at borgeren havde et genoptræningspotentiale, blev relevante tilbud hos Fredericia Kommune stillet til rådighed:
  - Genoptræning: Holdtræning på GenoptræningsCentret. For at sikre at der var tilstrækkelig genoptræningskapacitet til rådighed, blev der desuden oprettet et TRH-genoptræningshold, der havde fokus på styrketræning, balance og udholdenhed. Desuden havde GenoptræningsCentret også ryghold, hjerterehabileringshold, gighold, KOL-hold med mere. På holdene var der træning minimum to gange om ugen under vejledning af en fysioterapeut eller ergoterapeut.
  - Vedligeholdende træning: Træning med vejledning mindre end to gange om ugen. Vejledningen kunne fx bestå i stolegymnastik, hold i gymnastikforening, ganghold og blev ikke nødvendigvis givet af en fagprofessionel.
  - Selvtræning: Træning som borgeren selv varetog. Fx motionscenter, gåture med rollator, øvelser eller træningsprogram udleveret ved første besøg.

---

<sup>2</sup> Afgrænset til: rollator, gangstativ, stok, albuestok, badetaburet, toiletforhøjer, transportkørestol eller støttegreb

<sup>3</sup> For definition, se: Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: MarselisborgCentret, 2004.

- "Hjælpemiddelformidling" var grundlaget for indsatsen. Når borgeren ansøgte om et hjælpemiddel, blev der foretaget en grundig udredning af borgerens behov. Den grundige udredning står i modsætning til sædvanlig praksis i Fredericia Kommune, hvor de fleste mindre og enkle hjælpemidler bliver bevilget administrativt. Desuden blev der i projektet fokuseret på de problemer i hverdagen, som borgerne selv prioriterede at få løst. Denne tilgang bygger dels på den forståelse, at borgeren er den ansvarlige for sit eget liv, og dels på at forskning viser, at effekten af hjælpemiddelinterventioner er bedre, når borgeren inddrages i hjælpemiddelformidlingsprocessen (10, 11).

I praksis foregik TRH ved, at en sagsbehandlende terapeut fra specialistteamet i Hjælpemidler & Kommunikation i Fredericia Kommune aflagde besøg hos borgeren i eget hjem, hvor hun foretog en udredning af borgerens behov. Udredningen forgik ved en samtale med borgeren og eventuelt pårørende ved hjælp af redskabet IPPA (Individually Prioritised Problems Assessment) (12). IPPA anvendes til at understøtte borgeren i at prioritere sine problemer med aktiviteter i hverdagen og til at vurdere, hvor let/svært det er at udføre den enkelte aktivitet. Desuden kan IPPA anvendes til at undersøge effekten af indsatser, når det anvendes ved et opfølgningsinterview.

IPPA har mange ligheder med redskabet Canadian Occupational Performance Measure (COPM), men blev valgt, fordi COPM er vanskelig at anvende på hjælpemiddelområdet, og det er et ergoterapeutisk redskab. IPPA er udviklet til hjælpemiddelområdet, og det er et tværfagligt redskab, hvilket er vigtigt på hjælpemiddelområdet, som også varetages af fysioterapeuter. Endelig tager det kortere tid at anvende.

På baggrund af IPPA interviewet vurderede sagsbehandleren i samråd med borgeren, hvilken indsats der var relevant, fx hjælpemidler og mindre boligændringer, genoptræning, træning, lægelig udredning, m.v. Derudover foregik sagsbehandlingen som sædvanligt med bevilling og levering af hjælpemiddel, samt instruktion i at anvende det.

Som en del af projektet blev effekten af TRH undersøgt. Ved hjemmebesøget blev der derfor ud over IPPA interview også gennemført fysiske tests, og sagsbehandleren foretog et opfølgningsbesøg efter ca. fire måneder. Her blev der igen foretaget et IPPA interview om, hvor lette/svære de prioriterede aktiviteter var, samt de fysiske tests.

Idet der var tale om et pilotprojekt, blev der også indsamlet viden om, i hvilket omfang borgerne rent faktisk havde et rehabiliteringsbehov, hvilke typer af indsatser der blev tilbudt, hvilke der blev modtaget, hvad der karakteriserede borgere, der havde nytte af indsatsen, m.v. Denne viden kan anvendes til at tilpasse TRH indsatsen, så den fremover bliver så relevant og effektiv som muligt.



# Formål

Det overordnede formål var at indhente viden om, hvorvidt en tidlig og rehabiliterende hjælpemiddelindsats (TRH indsats) kunne medvirke til at forebygge yderligere funktionsevnenedsættelse blandt borgere, der ansøgte om et udlånshjælpemiddel.

## Delmål

Vedrørende indsatser:

- At beskrive, hvilke indsatser, der blev tilbudt, og hvorvidt borgerne benyttede disse.
- At undersøge, hvilke faktorer, der havde betydning for, om borgerne benyttede de tilbudte indsatser.
- At undersøge, om TRH indsatser adskilte sig fra de indsatser, borgerne ansøgte om.
- At identificere hvad der karakteriserede borgere, hvor der var overensstemmelse/begrænset overensstemmelse/ikke overensstemmelse mellem det ansøgte og det bevilgede.
- At sammenligne TRH med sædvanlig praksis med hensyn til henvisning til samarbejdspartnere og administrativ sagsbehandling.

Vedrørende effekter:

- At undersøge om borgernes aktivitetsproblemer blev reduceret.
- At undersøge om borgernes fysiske funktionsevne blev forbedret eller fastholdt.
- At undersøge hvilke faktorer der havde betydning for, om borgerne forbedrede/bevarede deres funktionsevne, hvad angår såvel aktiviteter og deltagelse som fysisk funktionsevne.
- At undersøge, om forskellige typer af fysisk træning havde betydning for forbedring af borgernes fysiske funktionsevne.
- At undersøge, om bevilling af rollator havde betydning for borgernes fysiske funktionsevne.

# Metode

Projektet var et pilotprojekt i Fredericia Kommune med et "før-efter" design. Projektet blev ledet af en styregruppe, der bestod af projektleder Mai-Britt Tingsager, dataindsamlerne sagsbehandlende fysioterapeut Anita Friis Rasmussen og sagsbehandlende ergoterapeuter Jeanette Thomsen Rubæk og Jane Lilja-Fischer, rehabiliteringschef Anne-Mette Dalgaard, konsulent Signe Pedersen, udviklingsterapeut Stina Hinke Lundberg, alle fra Fredericia Kommune, samt Åse Brandt, Socialstyrelsen.

## Dataindsamling

Til at måle effekten blev der indsamlet data to gange ved et hjemmebesøg:

1. Når borgeren ansøgte om et hjælpemiddel (kaldet *baseline*)
2. Ved opfølgning godt fire måneder (gns. 142 dage (min. 87 – maks. 236)) efter indsatsen var leveret.

Data blev indsamlet i perioden 15.9.2011-15.6.2013 af borgerens sagsbehandler fra specialistteamet i Hjælpemidler & Kommunikation, Fredericia Kommune. Borgere, som ansøgte om udlånshjælpemidler i perioden 15.9.2011-17.12.2012 ifølge definerede inklusionskriterier, blev løbende inkluderet i projektet (se nærmere side 16).

Hvis en borger blev ekskluderet fra projektet, blev årsagen hertil noteret. Ligeledes blev årsager til, at borgere ikke ønskede at deltage i projektet, samt årsag til frafald i løbet af projektet noteret. Desuden blev disse borgeres køn, alder og hvilket hjælpemiddel, de havde ansøgt om, registreret.

Følgende data blev indsamlet:

### Skyggeregnskab

For at kunne sammenligne TRH projektets indsatser med sædvanlig praksis i Fredericia Kommune, blev der, inden projektet gik i gang, indsamlet data (skyggeregnskab) i en målgruppe, der havde samme inklusionskriterier som TRH projektet (73 borgere). De indsamlede data beskrev, hvor stor en andel, der blev henvist til samarbejdspartnere, og hvor stor en andel der fik hjemmebesøg i forbindelse med sagsbehandlingen.

### Baselinedata – ansøgningstidspunktet

#### *Baggrundsdata*

- Demografiske data: Køn, alder, samliv (bor alene/sammen), boligform (almindelig bolig/beskyttet bolig, plejecenter).
- Helbredsrelaterede data

- Selvvurderet helbred: Et spørgsmål fra SF-36, der blev besvaret på en femtrins skala fra 1-5: Fremragende-dårligt. (13).
- Funktionsnedsættelse (skema fra redskabet NOMO 1.0): 11 spørgsmål, der blev besvaret med ja/nej eller ja/nej/af og til. (14).
- Diagnose på basis af en diagnoseliste udarbejdet ud fra WHO's diagnoseliste, ICD-9: Resulterede i de tre diagnoser, som borgeren vurderede, havde størst betydning for dennes helbred.
- Omfang af kommunal hjemmehjælp
  - Data blev hentet fra Care systemet i Fredericia Kommune og angivet i minutter.

#### *Indsatser*

- Det blev noteret, hvor henvendelsen (advis) kom fra.
- Det blev noteret, hvad borgeren havde ansøgt om, og hvilken indsats sagsbehandleren anbefalede.

#### *Effekter*

- Den fysiske funktionsevne blev undersøgt med to deltests fra Senior Fitness Test: 2,45 m up-and-go-test og Rejse-sætte-sig-test. Der blev målt henholdsvis på det antal sekunder, det tog at gå 2,45 m, og det antal gange, personen kunne rejse sig i løbet af 30 sekunder. Jo hurtigere, personen kan gå strækningen, og jo flere gange personen kan nå at rejse sig, desto bedre er resultatet. Det blev noteret, hvis testen blev modificeret med brug af armlæn (15). Registreringerne blev efterfølgende lagt ind i et skema, der kategoriserer resultatet i forhold til personens alder og køn:
  - Kategori 1: Høj adræthed og dynamisk balance
  - Kategori 2: Middel adræthed og dynamisk balance
  - Kategori 3: Lav adræthed og dynamisk balance. Risiko for at udvikle funktionssvækkelse
  - Kategori 4: Lav adræthed og dynamisk balance. Funktionssvækkelse eller høj risiko for at udvikle funktionssvækkelse.
- Aktiviteter og deltagelse
  - Beskrivelse af det problem, der var anledning til borgerens ansøgning
  - IPPA (12, 16). Borgeren identificerede maks. syv problemer med aktiviteter i hverdagen, evt. ud fra en tjekliste, der findes i IPPA redskabet. Derefter vurderede borgeren, hvor vigtig hver aktivitet var, og hvor vanskeligt det var at udføre den. Der anvendtes fem-trins skalaer fra 1-5: "Slet ikke vigtigt – Meget vigtigt" (betydnings-score) og "Meget let – Kan ikke udføres" (besvær-score). Resultaterne blev opgjort i en IPPA score, hvor betydning og besvær blev ganget med

hinanden for hvert aktivitetsproblem og resulterede i en værdi fra 1-25. Jo højere tal, desto større problem. Scorerne for de enkelte aktivitetsproblemer blev lagt sammen og divideret med antallet af dem, hvilket resulterede i en gennemsnitlig IPPA score. Effekten af en indsats blev beregnet ved at trække den gennemsnitlige IPPA score ved baseline fra scoren ved opfølgningen.

## **Opfølgningsdata – 4 måneder efter indsats**

### *Baggrundsdata*

- Det blev noteret, hvis der var sket ændringer med hensyn til samliv og boligform.
- Samme data som ved baselineinterviewet vedrørende helbred (funktionsnedsættelser, evt. nye sygdomme, SF-36 spørgsmål), samt omfang af kommunal hjemmehjælp.

### *Indsatser*

- Det blev noteret, hvilke indsatser sagsbehandleren havde bevilget/ anbefalet. Dette var også tilfældet ved indsatser, der ikke kunne bevilges.
- Det blev noteret, om borgeren havde benyttet den/de bevilgede/anbefalede indsats(er). Hvis ikke, blev det noteret, hvilken indsats borgeren havde modtaget, og hvorfor den eller dele af den bevilgede/anbefalede indsats ikke blev benyttet.
- Hvis borgerens aktivitetsproblem ikke var blevet løst ved opfølgingsbesøget, eller der var tilkommet nye aktivitetsproblemer, blev disse og mulige løsninger angivet.
- Det blev noteret, om borgeren havde indgivet en ny ansøgning til Hjælpemidler & Kommunikation i den mellemliggende periode.

### *Effekter*

- Senior fitness test
- IPPA
- Borgeren blev stillet et spørgsmål om, hvorvidt han/hun havde haft nytte af de modtagne indsatser.

## **Analyser**

I analysen indgik kun projektdeltagere, der både havde deltaget ved baseline og opfølgning.

Analysen bestod dels af beskrivende analyser, sammenlignende analyser og regressionsanalyser<sup>4</sup>. I alle analyser angiver en såkaldt p-værdi på 0,05 og derunder, at resultatet anses for at være statistisk signifikant, hvilket vil sige, at resultatet ikke skyldes en tilfældighed. I tabellerne er statistisk signifikans angivet med fed skrift.

Statistisk signifikante ændringer af effektmålene siger i sig selv ikke noget om størrelsen af effekten, men angiver som nævnt blot, om effekten kan skyldes en tilfældighed. For at undersøge størrelsen af effekterne blev disse omregnet til "Effect Size", dvs. effektstørrelse. Fordelen ved dette er, at man umiddelbart kan sammenligne størrelsen af effekter fra forskellige effektmål som fx IPPA og Senior Fitness Test. Effektstørrelse tolkes på følgende måde (17):

- Under 0,2 angiver, at der ikke er nogen effekt
- 0,2-4,9 anses for at være en lille effekt
- 0,5-7,9 anses for at være medium effekt
- Over 0,8 anses for at være en stor effekt.

Det blev analyseret, om der var sandsynlighed for, at nogle af de følgende faktorer havde betydning for resultaterne: deltagernes køn, alder, selvvurderet helbred, antal funktionsnedsættelser, samliv, aktivitetsproblemer, fysisk funktionsevne ved baseline samt hvilke typer hjælpemidler, der var ansøgt om.

Sandsynligheden for, at en faktor havde betydning for resultatet, blev angivet med værdien odds ratio (OR), der sammenligner sandsynligheder (odds) for to grupper (18):

- Hvis OR er mindre end "0", er sandsynligheden for det, man undersøger, mindre for den første gruppe af to grupper end for den anden.
- Hvis OR er 1, er der ikke forskelle på sandsynligheder for de to grupper.
- Hvis OR er over 1, er sandsynligheden for det, man undersøger, større for den første af de to grupper end for den anden.

Det beskrives detaljeret i bilag 1, hvordan analyserne er gennemført.

## Etik

Sagsbehandleren informerede om projektet mundtligt og udleverede desuden skriftligt materiale. Hvis borgeren indvilligede i at deltage, underskrev han/hun en samtykkeerklæring, som blev gemt i borgerens journal, og som borgeren

---

<sup>4</sup> Regressionsanalyse: En analyse hvor man kontrollerer for andre faktorer for at undersøge den enkelte faktors betydning, når der indgår flere faktorer i analysen. Hvis man fx vil undersøge, om bevilling af rollator har betydning for, om borgerne øger deres fysiske funktionsevne, kunne en øget fysisk funktionsevne lige så vel være resultat af en træningsindsats. I analysen kan man kontrollere for dette, sådan at resultatet udelukkende handler om effekter af rollatorer, og fysisk træning så at sige nulstilles.

modtog en kopi af. Hvis sagsbehandleren fandt, at der var behov for yderligere indsats ved opfølgningsinterviewet, blev disse iværksat. Der blev indhentet tilladelse til opbevaring af data i Fredericia Kommune fra Datatilsynet. Data, der blev sendt til analyse i Socialstyrelsen, var anonymiserede. Det er ikke nødvendigt at indhente etisk tilladelse til denne type projekt.

## Projektdeltagere

Inklusionskriterierne var, at projektdeltagerne skulle:

- være 60 år eller ældre
- ansøge om et eller flere udlånshjælpemidler (afgrænsning: rollator, gangstativ, stok, albuestok, badetaburet, toiletforhøjer, transportkørestole eller støttegreb), og vurderes til at have et varigt behov for hjælpemidler
- være berettiget til hjælpemidler ifølge Servicelovens § 112
- have givet informeret samtykke til at deltage i projektet.

Eksklusionskriterier var borgere, der:

- blev vurderet til ikke at have rehabiliteringspotentiale, fx. borgere med demens, eller som var terminal registrerede
- ikke var i stand til at medvirke i et struktureret interview, fx borgere med kognitiv funktionsnedsættelse, med stærkt nedsat hørelse, samt ikke dansktalende med behov for tolkning
- havde et akut behov for hjælpemidler, og som derfor ikke kunne afvente en udredning af behov. Herunder borgere, der kom i Straks-service<sup>5</sup>.

I projektperioden ansøgte 328 borgere, der var 60 år eller ældre, om et udlånshjælpemiddel inden for projektets afgrænsning. Derudover var der et ikke kendt antal borgere, hvor de øvrige kommunale sagsbehandlere ikke havde været opmærksomme på at henvise til TRH. Af de 328 borgere blev 94 ekskluderet på grund af eksklusionskriterierne, og 33 af de resterende 234 borgere udgik af forskellige årsager. Se figur 1.

Der var således 201 borgere, der blev interviewet ved baseline. Af disse var der 16, der faldt fra i løbet af opfølgningsperioden: 10 var afgået ved døden, fire magtede ikke at deltage, og to havde fået en fremadskridende sygdom. I alt 185 deltog i projektet. Se figur 1.

## Baggrundsdata: deltagerkarakteristika

De projektdeltagere, der deltog i både baselineinterviewet og i opfølgningsinterviewet, var i gennemsnit 80 år (62-95 år), 68 % var kvinder og næsten alle boede i en almindelig bolig. Se tabel 1.

---

<sup>5</sup> Et tilbud i Fredericia Kommune hvor borgere, der ansøger om et ukompliceret hjælpemiddel, kan henvende sig hos kommunens Straks-service og umiddelbart få udleveret hjælpemidlet, hvis der er grundlag for bevillingen.

Ved baseline havde 90 % funktionsnedsættelse i ben og ryg, og 71 % havde nedsat balance eller led af svimmelhed. I øvrigt havde 60 % nedsat udholdenhed og 52 % funktionsnedsættelse i arme og hænder.

Omkring halvdelen, 51 %, havde mindre godt eller dårligt helbred. De oftest forekommende sygdomme var relateret til knogler, muskler og bindevæv, som 31 % havde, og til sygdomme i kredsløbsorganerne, som 21 % havde (tabel 2).

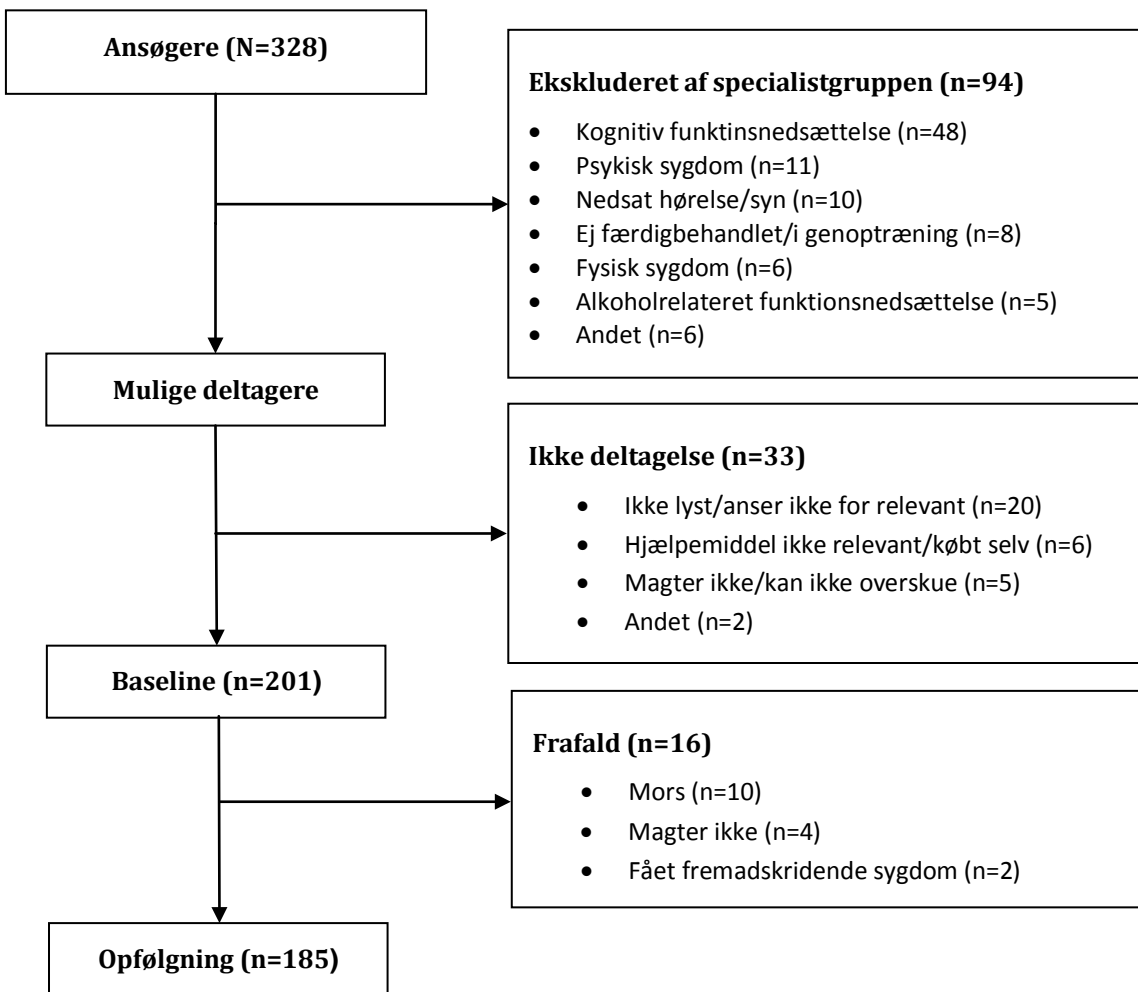
100 borgere modtog ydelser fra kommunens hjemmepleje, mens 85 ikke havde kontakt med hjemmeplejen. Af de 100, der modtog hjælp fra hjemmeplejen, modtog syv hverdagsrehabilitering. Hjemmeplejens tidsforbrug var gennemsnitligt på 72 minutter om dagen. De fleste, 68 %, fik praktisk hjælp fra andre end hjemmeplejen, typisk fra børn og søskende (tabel 1).

## Sammenligning mellem deltagere og ikke deltagere

Som det fremgår af figur 1, var der 33 borgere inden for inklusionskriterierne, der afslog at deltage, og 16 der deltog ved baseline, men udgik i løbet af projektet. For at vurdere, om de deltagende borgere var repræsentative for den gruppe af borgere, som projektet retter sig imod, blev det analyseret, om der var forskel på ikke-deltagerne og deltagerne med hensyn til køn og alder.

Kønsfordelingen i den gruppe, der ikke ønskede at deltage, var 67 % kvinder og 33 % mænd, og for dem, der udgik af projektet, var fordelingen 69 % kvinder og 31 % mænd. Disse fordelinger afviger ikke statistisk signifikant fra fordelingen i den gruppe, der deltog i hele projektet, hvor fordelingen var 68 % kvinder og 32 % mænd.

Det samme gælder aldersfordelingen i de tre grupper, hvor gennemsnitsalderen var henholdsvis 83,3 år (de der afslog at deltage), 80,7 år (de der udgik af projektet) og 80,4 år (de der deltog i hele projektet). Derfor kan projektdeltagerne anses for at være repræsentative for målgruppen, hvad angår alder og køn. Projektets resultater er derfor formentlig gældende for borgere, der er over 60 år, og som ansøger om et udlånshjælpemiddel inden for den afgrænsning, der er angivet.



Figur 1. Inklusion og frafald i projektet



Tabel 1. Demografiske data og data om hjælp (N<sup>6</sup>=185<sup>a</sup>)

	<b>Baseline</b>	
<b>Alder</b> , gns. år (min.-maks.)	80,4 (62-95)	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Køn</b>		
Mænd	59	31,9
Kvinder	126	68,1
<b>Samliv</b>		
Alene	125	67,6
Sammen med ægtefælle/samlever	59	31,9
Sammen med bror	1	0,5
<b>Boligform</b>		
Almindelig bolig	180	97,8
Beskyttet bolig eller plejebolig	4	2,2
<b>Ydelser fra hjemmeplejen</b>		
Modtager ydelser	100 <sup>b</sup>	54,1
Tidsforbrug, gns. minutter	72	
<b>Praktisk hjælp fra andre (n=182)</b>		
Ægtefælle	34	18,7
Familie	64	35,2
Venner og/eller naboer	14	7,7
Købt hjælp	43	23,6

<sup>a</sup>I nogle tilfælde er n=184: Hvis færre er det angivet

<sup>b</sup>Af disse modtog 7 hverdagsrehabilitering

<sup>6</sup> N står for det samlede antal, n for en delmængde

Tabel 2. Helbredsdata (N=185<sup>a</sup>)

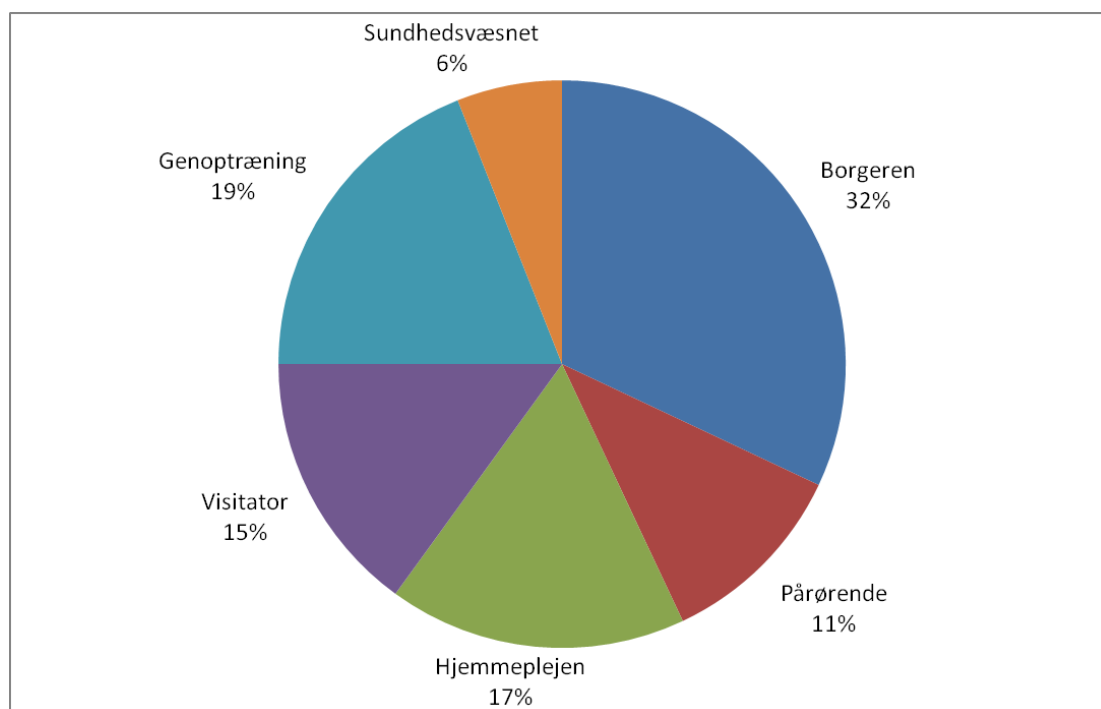
	Baseline	
	n	%
<b>Funktionsnedsættelse</b>		
Synsnedsættelse	74	40,0
Hørenedsættelse	76	41,1
Nedsat balance/svimmelhed	131	70,8
Nedsat udholdenhed/åndenød	110	59,5
Nedsat funktion i hænder/arme	97	52,4
Nedsat funktion i ryg/ben	166	89,7
Koordinationsbesvær	29	15,7
Besvær med at bevæge hoved/hals	22	11,9
Inkontinens	55	29,7
Træthed	117	63,2
Hukommelsesbesvær	58	31,4
<b>Helbred</b>		
1: Fremragende	3	1,6
2: Vældig godt	14	7,6
3: Godt	74	40,0
4: Mindre godt	84	45,4
5: Dårligt	10	5,4
Median værdi (T1=4 T2=3)		
<b>Sygdomme (I alt blev 430 nævnt) som mindst 10 % havde<sup>b</sup></b>		
I knogler, muskler og bindevæv, fx gigt og osteoporose	135	31,4
I kredsløbsorganer, fx forhøjet blodtryk og slagtilfælde	91	21,2
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger, typisk frakturer	39	9,1
I åndedrætsorganer, fx KOL og astma	35	8,1
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme, typisk sukkersyge	34	7,9
I øje og øjenomgivelser, fx grøn/grå stær og macula degeneration	19	4,0

<sup>a</sup>I nogle tilfælde er n=184: Hvis færre er det angivet

<sup>b</sup>Hver deltager kunne nævne op til tre sygdomme. Gennemsnitligt nævnte de 2,3.

# Resultater: indsatser

Indgangen til borgernes kontakt med kommunen var en ansøgning til Hjælpepidler & Kommunikation i Fredericia Kommune om hjælpepidler. Ca. halvdelen af henvendelserne kom fra kommunale samarbejdspartnere (53 %), godt 40 % fra borgeren eller pårørende, og de resterende 6 % fra sundhedsvæsnet. Se figur 2.



Figur 2. Oversigt over, hvor henvendelsen (advis) til Hjælpepidler & Kommunikation kom fra. Kommunens forebyggelsesmedarbejdere findes i kategorien "Genoptræning".

## Hjælpepidler

Det hjælpepiddel, flest ansøgte om, var en rollator (49 %) , og dernæst kom hjælpepidler til bad og toiletbesøg (33 %). Se tabel 3. Hver borger ansøgte gennemsnitligt om 1,35 hjælpepidler og fik bevilget 1,66, dvs. 23 % flere end ansøgt.

Tabel 3. Gruppering af ansøgte og bevilgede hjælpemidler, samt forskelle mellem antallet af disse (N=185)\*

Gruppe af hjælpemidler	Ansøgte		Bevilgede		Forskel p-værdi
	n	%	n	%	
Rollator	91	49,2	100	54,1	0,064
Andet mobilitetshjælpemiddel	24	13,0	24	13,0	1,000
Hjælpemidler til brug ved og i seng	2	1,1	10	5,4	<b>0,008</b>
Hjælpemidler til bad og toiletbesøg	61	33,0	77	41,6	<b>0,010</b>
Småhjælpemidler	12	6,5	26	14,1	<b>0,003</b>
Mindre boligændringer	40	21,6	37	20,0	0,648

\*Hver person ansøgte gennemsnitligt om mere end et hjælpemiddel

I 111 af de 185 ansøgninger (60 %) blev det antal og den type af hjælpemidler, der var ansøgt om, bevilget. Der var 24 % af borgerne, der fik bevilget flere hjælpemidler, end de havde ansøgt om, 8 % fik bevilget færre, og 8 % fik bevilget andre typer hjælpemidler end de ansøgte. Se nærmere i bilagstabel B1.

Typerne af ansøgte og bevilgede hjælpemidler ligner overordnet hinanden, dog var der tydeligvis nogle hjælpemidler, som borgeren eller de, der henviste til hjælpemiddelafsnittet, ikke havde overvejet at søge om. Der var fx 10, der fik en toiletforhøjer, og 10 der fik en strømpepåtager, selv om de ikke havde ansøgt om det. Der blev modsat bevilget ni færre støttegreb, end der var ansøgt om (Detaljer findes i bilagstabel B2 og en mere overordnet oversigt i tabel 3).

Der blev bevilget flere hjælpemidler til brug ved og i sengen, hjælpemidler til bad- og toiletbesøg og småhjælpemidler, end der blev ansøgt om. Se tabel 3.

Af de 111 ansøgere, som fik bevilget det antal og type af hjælpemidler, der var ansøgt om, blev 69 % henvist til andre indsatser, men 12 % benyttede ikke tilbuddet (se tabel 4). I alt 41 % fik de hjælpemidler, de havde ansøgt om, uden at de benyttede andre indsatser. Se figur 3 og bilagstabel B1.

Ved opfølgningen var der fem borgere, der ikke havde benyttet det hjælpemiddel, de havde fået bevilget, og i alt 14 borgere returnerede et eller flere af de bevilgede hjælpemidler ved opfølgningsbesøget. Her blev der også identificeret nye behov, og der blev bevilget 17 nye hjælpemidler til 10 borgere. Se bilagstabel B3.

Idet der var så få, der ikke havde brugt de bevilgede hjælpemidler, var det ikke muligt at analysere, hvilke faktorer, der havde betydning for, om hjælpemidlet blev brugt.

### Overensstemmelse mellem ansøgte og benyttede indsatser

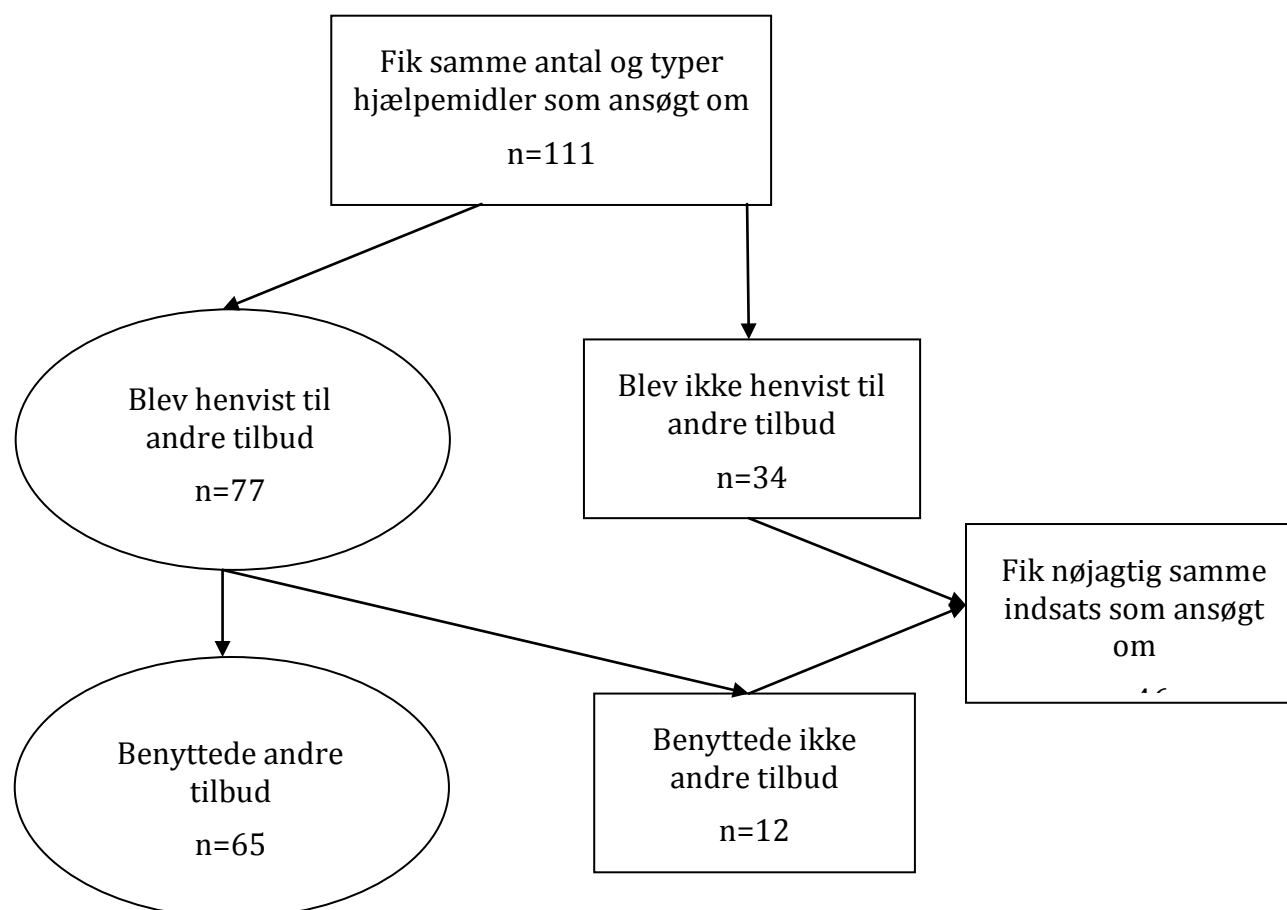
Hvis det var muligt at identificere karakteristika for de borgere, der efter TRH indsatsen endte med at få nøjagtig de hjælpemidler, de havde søgt om, ville det

være en god indikator på, at disse grupper kunne få udleveret hjælpemidler ved en administrativ sagsbehandling.

Det blev derfor analyseret, om borgere af et bestemt køn, i en bestemt aldersgruppe, eller som søgte om nogle bestemte hjælpemidler oftere fik det/de hjælpemidler, de havde ansøgt om. Analyserne viste kun, at der var langt større sandsynlighed for, at borgere, der ansøgte om mindre boligændringer, også havde behov for hjælpemidler og i nogle tilfælde andre løsninger end den ansøgte. Se bilagstabel B4.

Den samme analyse blev foretaget for at undersøge, om man kunne karakterisere dem, der fik nøjagtig den indsats, de havde søgt om. Analyserne viste, at der var større sandsynlighed for, at de, der ansøgte om stokke, kørestol eller arbejdsstol, ikke fik tilbudt andre og/eller yderligere indsats end den, der var ansøgt om. Se bilagstabel B5.

Alt i alt viser analyserne således, at der skal rettes særlig opmærksomhed på yderligere og andre behov for hjælpemidler hos dem, der ansøger om mindre boligændringer. Derimod har de, der ansøger om andre mobilitetshjælpemidler, sandsynligvis ikke behov for yderligere hjælpemidler.



Figur 3. Oversigt over henvisninger til andre tilbud, samt benyttede tilbud hos borgere, der fik bevilget samme antal og type hjælpemidler, som de havde ansøgt om.

Tabel 4. Andel der blev henvist til andre samarbejdspartnere (N=185)<sup>a</sup>

	n <sup>b</sup>	%
<b>Fysisk træning iværksat af TRH projektet</b>		
Genoptræning	92	69,2
Selvtræning <sup>c</sup>	58	31,4
Vedligeholdende træning	7	3,8
<b>Øvrige instanser</b>		
Plejen/visitator	3	1,6
Læge	2	1,1
Læge samt anden indsats	2	1,1
Henvist til: synskonsulent, øjenlæge, psykolog, privat fysioterapeut, indkøbskurser, forebyggelsesafdeling, hverdagsrehabilitering.	8	4,3

<sup>a</sup>Kun nye indsatser, der blev iværksat som følge af TRH projektet. Hvis borgeren fx allerede gik til genoptræning på GenoptræningsCentret, indgår det ikke i tabellen.

<sup>b</sup>Borgeren kunne henvises til flere forskellige samarbejdspartnere og til flere forskellige indsatser. I alt 67 % blev henvist videre.

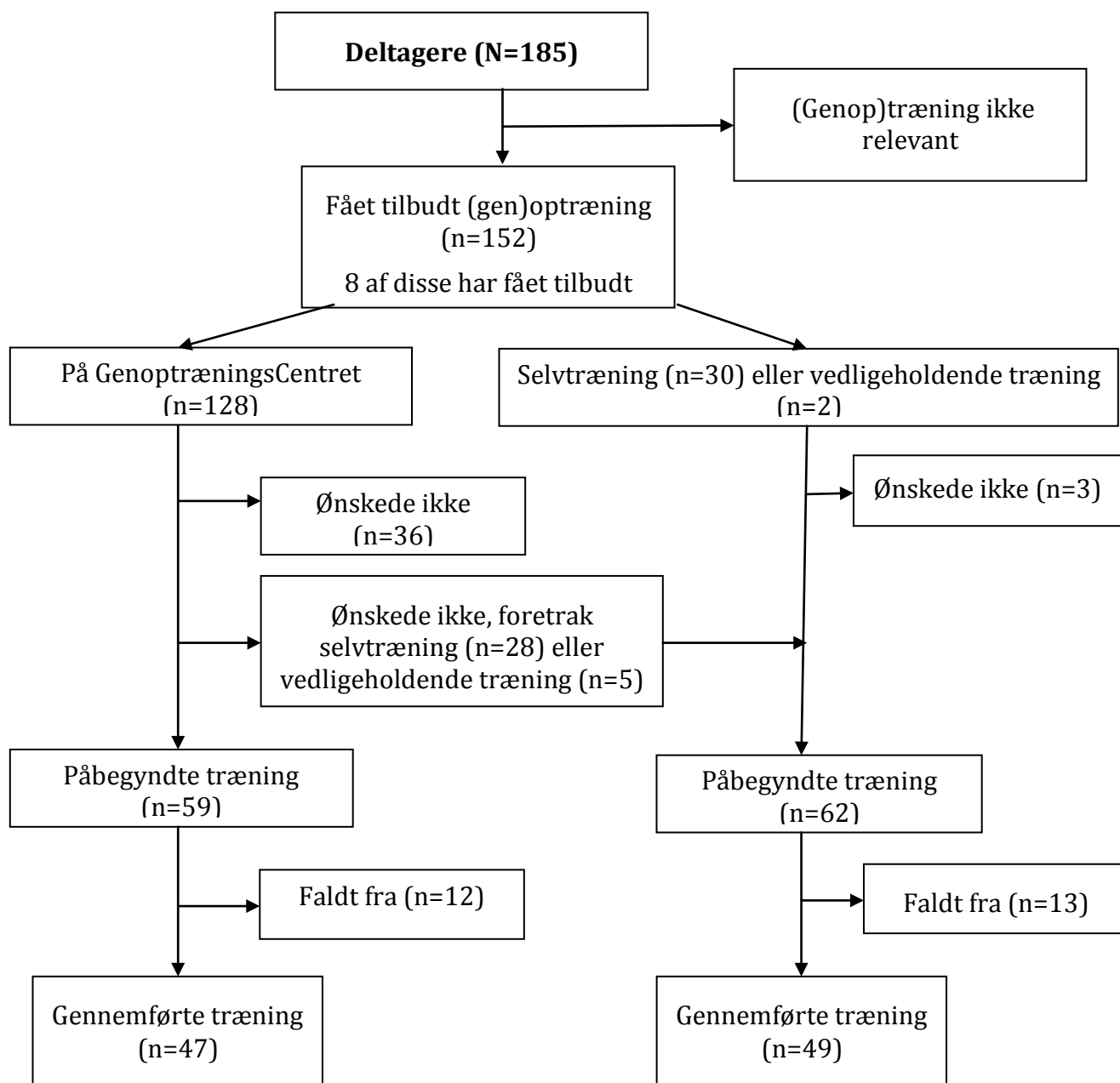
<sup>c</sup>36 af disse havde oprindeligt fået henvisning til genoptræning, men foretrak selvtræning.

## Genoptræning og træning

Der var i alt 82 % af projektdeltagerne, som fik anbefalet genoptræning eller træning. De fleste, 69 % af alle, fik tilbudt genoptræning, men ca. halvdelen ønskede ikke at modtage tilbuddet. Af dem valgte dog 56 % en anden form for træning, fortrinsvis selvtræning. Der var kun få, der fik anbefalet vedligeholdende træning. Se figur 4.

I alt begyndte 65 % ud af de 185 projektdeltagere på et trænings- eller genoptræningsforløb. Der var 52 % af alle deltagerne, der gennemførte helt eller delvist, ca. ligeligt fordelt mellem genoptræning og selvtræning.

I alt 33 borgere angav en årsag til, at de ikke ønskede at benytte træningstilbuddene, eller at de ikke havde gennemført. De hyppigste årsager var manglende lyst eller sygdom. Særligt drejede det sig om alvorlig fysisk sygdom eller psykiske vanskeligheder. Nogle specificerede, at de ikke ønskede holdtræning, mens enkelte angav, at de ikke havde haft tid.



Figur 4. Flowchart der viser, hvor mange der fik tilbudt hvilke typer af træning, og hvor mange der faldt fra og gennemførte.

Når det blev analyseret, hvilke faktorer (køn, alder, helbred, antal funktionsnedsættelser, hvilken type hjælpemiddel, der var ansøgt om, samt fysisk funktionsevne ved baseline), der havde betydning for, om deltagerne gennemførte træningsforløb, var kun faktoren "ansøgt om rollator" statistisk signifikant<sup>7</sup>. Der var 59 % af dem, der havde ansøgt om rollator, der gennemførte et træningsforløb imod 41 % af dem, der havde ansøgt om andre hjælpemidler. Der var dermed størst sandsynlighed for, at de, der ansøgte om en rollator, ville gennemføre et træningsforløb.

## Sammenligning med sædvanlig praksis

Fordelingen af ansøgte hjælpemidler var nogenlunde ens i skyggeregnskabet og TRH projektet. I TRH projektet blev der aflagt hjemmebesøg hos alle projektdeltagere, mens andelen i kommunens sædvanlige praksis var 40 %. I TRH projektet blev langt flere også henvist til samarbejdspartnere end i sædvanlig praksis: 81 % mod 15 %.

Tidsforbruget pr. sag var gennemsnitligt 38 min. i sædvanlig praksis. I TRH projektet blev tidsforbruget ved en fejl noteret inkl. projektets dataindsamling. Da dataindsamlingen omfattede flere undersøgelser end en sædvanlig sagsbehandling, blev der ikke foretaget en nøjagtig registrering af tidsforbrug for TRH sagsbehandlingen. Det var fortrinsvis IPPA interviewet, der tog mere tid end en sædvanlig samtale med hjælpemiddelansøgere. Et IPPA baseline interview tager 15-45 min.

---

<sup>7</sup> OR=2,06, p=0,016.



# Resultater: effekter

## Aktiviteter i hverdagen

De 185 deltagere havde sammenlagt angivet 460 aktivitetsproblemer ved baseline, svarende til 2,5 prioriterede aktivitetsproblemer i gennemsnit pr. projektdeltager.

De prioriterede aktivitetsproblemer blev grupperet i forhold til "Aktivitet og deltagelse" i den Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF) (19). Se tabel 5. Ca. en tredjedel af aktivitetsproblemerne drejede sig om problemer med at gå. Desuden var flere af de andre aktivitetsproblemer også relateret til gangfunktion, fx indkøb og deltagelse i socialt liv. En stor andel af aktivitetsproblemerne handlede om egenomsorg, især toiletbesøg og at tage bad.

Mange aktivitetsproblemer drejede sig desuden om sikkerhed i form af manglende balance, angst for at falde og svimmelhed. Disse emner blev direkte nævnt i forbindelse med 19 % af aktivitetsproblemerne, især problemer i forbindelse med at tage bad og færdes udendørs.

Tabel 5. Gruppering af aktivitetsproblemer i ICF komponenten "Aktivitet og deltagelse" (i alt 460 aktivitetsproblemer)

ICF kategori	Akt.p.	%
Gang og bevægelse (fx gang udendørs, gang på trapper)	151	32,8
Omsorg for sig selv (fx toiletbesøg og bad, men også påklædning)	132	28,7
Husholdning (fx rengøring og madlavning)	47	10,2
Ændre og opretholde kropsstilling (fx at rejse og sætte sig)	42	9,1
Erhvervelse af fornødenheder (indkøb)	33	7,2
Bære, flytte og håndtere genstande (fx at samle ting op, skrue låg af/på)	16	3,5
Færden med transportmidler (fx med cykel eller bil)	14	3,0
Samfundsliv, socialt liv og medborgerskab (fx fritidsinteresser og gåture)	12	2,6
Passe ejendele og hjælpe andre (fx passe have)	5	1,1
Fremstille meddelelse (at skrive)	5	1,1
Forstå meddelelser (læse og høre)	2	0,4
Anvendelse af viden (huske/tænke)	1	0,2

Akt.p.: Antal aktivitetsproblemer

Ved opfølgningen blev det undersøgt, om projektdeltagernes prioriterede aktivitetsproblemer var blevet lettere. Effekten blev vist med IPPA gennemsnitsscorer: jo højere score, desto sværere var aktiviteterne for de ældre. Resultaterne viste, at aktivitetsproblemerne var blevet reduceret, idet den gennemsnitlige IPPA score var 17 ved baseline og 12 ved opfølgningen. Se tabel 6. Effektstørrelsen<sup>8</sup> var 1,6, dvs. en stor effekt, idet den var over 0,8.

Tabel 6. IPPA gennemsnitsscorer ved baseline og opfølgning, samt ændring mellem de to dataindsamlinger

	IPPA score gns.	Min.-maks.	P-værdi
Baseline*	17,35	0-25	-
Opfølgning*	12,10	0-25	-
Ændring i score (% af baseline)	5,26 (30)	-5-20	<b>&lt;0,0001</b>

\*Mulig score: 0-25. Jo højere tal, desto større aktivitetsproblemer

De prioriterede aktiviteter blev lettere for 83 % af projektdeltagerne, idet IPPA scoren blev ændret positivt mellem baseline og opfølgning. For 12 % var der ingen forskel på baseline og opfølgning, mens de prioriterede aktiviteter var blevet sværere for 5 %.

Direkte adspurgt ved opfølgningen oplyste 44 %, at de havde fået løst deres aktivitetsproblemer helt, og ca. 42 % havde fået dem delvis løst. I alt 14 % havde ikke fået løst deres aktivitetsproblem.

### Faktorer af betydning for, om borgernes problemer med aktiviteter i hverdagen blev reduceret

Der blev fundet to faktorer, der havde betydning for, om der var over 5 points fremgang i IPPA scoren

- Hvis borgeren var i aldersgruppen 70-79 år (sammenlignet med 62-69 år/80-89 år/90-95 år) var der mindre sandsynlighed for, at borgeren ville få lettere ved de prioriterede aktiviteter<sup>9</sup>.
- Jo mere besvær borgeren havde med aktiviteter i hverdagen ved baseline, desto større var sandsynligheden for, at borgeren ville få lettere ved aktiviteterne<sup>10</sup>.

Hvorvidt borgeren havde gennemført et træningsforløb, havde ikke betydning for IPPA fremgang.

<sup>8</sup> Se side 15

<sup>9</sup> OR=0,20, p=0,017

<sup>10</sup> OR=1,32, p>0,001

## Fysisk funktionsevne

Deltagernes fysiske funktionsevne blev lidt forbedret efter TRH interventionen, både med hensyn til den konkrete score og hvad angår kategori. Ved projektets start tog det gennemsnitligt 15,5 sek. at gå de 2,45 m, og ved opfølgningen var det 13,8 sek. (2,45 m up-and-go-testen). Hvad angår Rejse-sætte-sig-testen kunne deltagerne gennemsnitligt rejse og sætte sig 8,2 gange ved projektets start, og 9,0 gange ved opfølgningen. Omregnet til effektstørrelse var effekten 0,17 for 2,45 m up-and-go-testen og 0,24 for Rejse-sætte-sig-testen, dvs. lille. Se tabel 7.

Tabel 7. Ændring i fysisk funktionsevne mellem baseline og opfølgning

	Baseline (T1)		Opfølgning (T2)		Ændring p-værdi
	n	Score	n	Score	
<b>2,45 m up-and-go-test<sup>a</sup></b>					
Score: sekunder gns. (min.-maks.)	174	15,47 (4-86)	165	13,81 (4-59)	<b>&lt;0,001</b>
Andel der havde brug for støtte (armlæn), %	71	38,4	63	34,2	0,243
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Kategori	183		172		<b>&lt;0,001</b>
1	4	2,2	2	1,2	
2	21	11,5	36	20,9	
3	16	8,7	22	12,8	
4	142	77,6	112	65,1	
	<b>n</b>	<b>Score</b>	<b>n</b>	<b>Score</b>	
<b>Rejse-sætte-sig-test<sup>b</sup></b>					
Score: antal gange gns. (min.-maks.)	179	8,16 (1-19)	170	9,02 (2-21)	<b>&lt;0,0001</b>
Andel der havde brug for støtte (armlæn), %	61	33,2	53	28,6	0,302
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Kategori	178		170		<b>&lt;0,0001</b>
1	11	6,2	17	10,0	
2	37	20,8	53	31,2	
3	32	18,0	29	17,1	
4	98	55,1	71	41,8	

<sup>a</sup>Jo færre sekunder, desto bedre

<sup>b</sup>Jo flere gange, desto bedre

Ca. en tredjedel af deltagerne havde brug for støtte, fx af et armlæn, under gennemførelse af de to tests. Dette ændredes ikke ved opfølgning.

Tabel 8. Senior fitness testresultater for dem, der blev testet af GenoptræningsCentret: ved baseline, efter endt forløb i GenoptræningsCentret og ved opfølgningsbesøg. N=34<sup>a</sup>.

	<b>Baseline (T1)</b>	<b>Efter endt forløb i Genoptrænings- Centret</b>	<b>Opfølgning (T2)</b>
<b>Fysisk funktionsevne</b>			
2,45 m up-and-go-test <sup>b</sup>			
Score: sekunder gns. (min.-maks.)	15,22 (8-47)	11,82 (5-28)	12,12 (7-27)
Kategori: median (min.-maks.)	4 (2-4)	4 (2-4)	4 (2-4)
Rejse-sætte-sig-test <sup>c</sup>			
Score: antal gange gns. (min.-maks.)	7,70 (3-13)	9,12 (0-15)	8,79 (3-14)
Kategori: antal gange median (min.-maks.)	4 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)

<sup>a</sup>Ved nogle af testene mangler 1-3 deltagere

<sup>b</sup>Jo færre sekunder, desto bedre

<sup>c</sup>Jo flere gange, desto bedre

### Faktorer der havde betydning for, om borgernes fysiske funktionsevne blev forbedret

Analysen viste, at de borgere, der klarede sig dårligst ved baseline, havde lidt større sandsynlighed for at forbedre deres fysiske funktionsevne, målt med 2,45 m up-and-go-testen og med Rejse-sætte-sig-testen<sup>11</sup>.

### Hvilken type fysisk træning, der havde betydning for, om borgernes fysiske funktionsevne blev forbedret

Idet der kun var få, der modtog vedligeholdende træning, indgik kun genoptræning og selvtræning i analysen.

<sup>11</sup>2,45 m up-and-go-testen: OR=1,06, p=0,016. Rejse-sætte-sig-testen: OR=0,90, p=0,030. 2,45 m.

Uanset hvilken form for fysisk træning deltagerne modtog, blev deres fysiske funktionsevne gennemsnitligt lidt bedre. Det gjaldt også dem, som ingen træning fik. Hvad angår selvtræning, var forbedringen dog ikke statistisk signifikant. Se Tabel 9.

Tabel 9. Ændring i fysisk funktionsevne mellem baseline og opfølgning, grupperet i forhold til hvilken form for træning, deltagerne modtog

	Baseline (T1)		Opfølgning (T2)		Ændring
<b>Anbefalet og gennemført genoptræning</b>	n	Resultat	n	Resultat	p-værdi <sup>c</sup>
<b>2,45 m up-and-go-test<sup>a</sup></b>					
Score: sekunder gns.(min.-maks.)	43	14,91 (7-47)	42	13,19 (6-36)	<b>0,026</b>
<b>Rejse-sætte-sig-test<sup>b</sup></b>					
Score: antal gange gns. (min.-maks.)	44	7,68 (3-3)	42	8,64 (4-15)	<b>0,018</b>
<b>Anbefalet og gennemført selvtræning</b>					
<b>2,45 m up-and-go-test<sup>a</sup></b>					
Score: sekunder gns. (min.-maks.)	40	13,15 (5-34)	41	12,63 (5-44)	0,484
<b>Rejse-sætte-sig-test<sup>b</sup></b>					
Score: antal gange gns. (min.-maks.)	40	9,0 (1-19)	41	9,68 (2-18)	0,217
<b>Ikke anbefalet (yderligere) træning</b>					
<b>2,45 m up-and-go-test<sup>a</sup></b>					
Score: sekunder gns. (min.-maks.)	87	16,95 (4-86)	78	14,91 (4-59)	<b>0,026</b>
<b>Rejse-sætte-sig-test<sup>b</sup></b>					
Score: antal gange gns. (min.-maks.)	91	8,0 (1-17)	83	8,9 (2-21)	<b>0,005</b>

<sup>a</sup>Jo færre sekunder, desto bedre

<sup>b</sup>Jo flere gange, desto bedre

<sup>c</sup>Gælder for dem, der både gennemførte ved baseline og opfølgning

## Betydningen af bevilling af rollator for fysisk funktionsevne

De, der fik bevilget en rollator, forbedrede deres fysiske funktionsevne målt med Rejse-sætte-sig-testen, men ikke målt med 2,45 m up-and-go-testen. Disse resultater ændrede sig ikke, selv om der blev korrigeret for, om deltagerne havde fået en eller anden form for træning. Fysisk træning kan dermed ikke anses for at have betydning for forbedringen/fastholdelsen af fysisk funktionsevne hos borgere, der fik bevilget en rollator. Resultatet var også det samme, selv om der blev korrigeret for køn, alder og helbred ved baseline. Se tabel 10

Tabel 10. Ændring i fysisk funktionsevne mellem baseline og opfølgning blandt dem, der fik bevilget en rollator

	<b>Baseline (T1)</b>		<b>Opfølgning (T2)</b>		<b>Ændring</b>
	n	Resultat	n	Resultat	p-værdi
<b>2,45 m up-and-go-test<sup>a</sup></b>					
Score: sekunder gns. (min.-maks.)	95	13,7 (4-36)	90	12,7 (4-45)	0,515
<b>Rejse-sætte-sig-test<sup>b</sup></b>					
Score antal gange gns. (min.-maks.)	98	8,42 (1-19)	91	9,36 (3-18)	<b>0,002</b>

<sup>a</sup>Jo færre sekunder, desto bedre

<sup>b</sup>Jo flere gange, desto bedre

# Diskussion

## Effekt på aktiviteterne i hverdagen

Projektets omdrejningspunkt var at undersøge, om TRH ville medføre, at borgerne fik lettere ved de aktiviteter i hverdagen, der var vigtige for dem. Resultatet var overordentligt positivt, idet effekten var stor, og de fleste fik løst deres problemer helt eller delvist. Langt de fleste problemer med aktiviteter i hverdagen drejede sig om at kunne bevæge sig rundt og klare egenomsorgsaktiviteter uden hjælp og på en sikker måde. Ved at disse aktivitetsproblemer blev løst, kunne borgerne fortsat deltage i ønskede aktiviteter, og de kunne undgå at skulle have hjælp til dem.

Næsten alle borgere fik bevilget en eller flere enkle hjælpemidler, og næsten alle brugte dem. Analyserne viste, at deltagelse i træningsforløb ikke havde betydning for, om borgerne fik løst deres problemer med aktiviteter i hverdagen. Og set i lyset af at deltagernes fysiske funktionsevne kun blev en smule bedre, skyldes den positive effekt angående løsning af problemer med aktiviteter i hverdagen højst sandsynligt brug af de bevilgede hjælpemidler. Betydningen af fysisk træning i den forbindelse kan kun endelig afklares ved et lodtrækningsforsøg, hvor borgerne tilfældigt får hjælpemidler eller hjælpemidler kombineret med træning. Der findes anden forskning, der viser, at brug af enkle hjælpemidler har god effekt på ældre borgers aktivitet og deltagelse (fx 20-22). Men så vidt vides er der ikke foretaget kontrollerede studier, der undersøger, om hjælpemiddelformidling kombineret med træning giver en bedre effekt end hjælpemiddelformidling uden træning.

Analyserne viste også, at de, der scorede IPPA højest ved baseline for TRH indsatsen og dermed fungerede dårligst med hensyn til aktiviteter i hverdagen, fik størst nytte af TRH.

## Effekt på fysisk funktionsevne

Borgernes fysiske funktionsevne blev fastholdt og forbedret, og yderligere fysiske funktionsnedsættelser blev forebygget. Forbedringen af den fysiske funktionsevne var ikke stor. Men i betragtning af, at der var tale om borgere, der gennemsnitligt var 80 år gamle og havde relativt dårligt helbred, er resultatet godt, idet deres fysiske funktionsevne ellers ville være faldet som følge af det normale aldersrelaterede fald (23). Det er desuden værd at bemærke, at der var størst sandsynlighed for, at borgerne med den laveste fysiske funktionsevne fik forbedret denne. Dette er interessant, fordi forskning viser, at der er større sandsynlighed for, at borgere med lav fysisk funktionsevne har behov for hjælp fra andre i hverdagen (23).

Andre studier har vist, at ældres fysiske funktionsevne kan øges ved træning, men i dette projekt fandt vi ikke sammenhæng mellem deltagelse i et fysisk træningsforløb og øget fysisk funktionsevne. Det er ikke muligt ud fra foreliggende data at forklare årsagen til dette. Måske kan en anden træningsform

end holdtræning eller selvtræning give bedre resultater. Det forhold, at den fysiske funktionsevne blev forbedret, uden at deltagelse i et træningsforløb tilsyneladende havde nogen betydning, kan eventuelt hænge sammen med, at hjælpemidler gør det muligt at bevæge sig mere i forbindelse med aktiviteter i hverdagen, hvilket i sig selv indebærer fysisk træning.

## TRH indsatser

### Hjælpemiddelformidling

TRH hjælpemiddelformidlingsprocessen adskilte sig fra sædvanlig praksis ved, at

1. der altid blev foretaget en grundig og systematisk udredning af borgerens problemer i hverdagen med hensyn til vurdering af behov for hjælpemidler og evt. henvisning til andre indsatser
2. der blev taget udgangspunkt i borgerens ønsker
3. der blev foretaget hjemmebesøg i forbindelse med udredningen og opfølgningen.

Resultatet af tilgangen var, at der blev bevilget flere hjælpemidler og i højere grad henvist til indsatser fra samarbejdspartnere, især i forhold til fysisk træning.

Elementer af TRH tilgangen er kendt fra tidligere forskning. Flere studier har vist, at samarbejde mellem borger og professionel i hjælpemiddelformidlingsprocessen har betydning for, om borgerne bruger de hjælpemidler, de har fået (10, 11, 24). Det handler formentlig om, at borgeren er ekspert i egen livssituation. Derfor er den hjælpemiddelløsning, der er fundet frem til sammen med borgeren, sandsynligvis bedre egnet, end hvis sagsbehandleren havde fundet en løsning uden borgersamarbejde.

Andre studier har vist, at hjemmebesøg i forbindelse med hjælpemiddelformidling øger effekten af indsatsen, formentlig fordi terapeuten har større mulighed for at vælge en hjælpemiddelløsning, der passer ind i borgerens kontekst (25). Et dansk studie har også vist, at hjemmebesøg medfører bevilling af flere hjælpemidler, hvorved flere behov for hjælpemidler formentlig er blevet dækket (26).

Hvad angår den grundige og systematiske udredning af aktivitetsproblemer i hjælpemiddelformidlingsprocessen, har der så vidt vides ikke været foretaget studier på området. De positive resultater af dette projekt tyder på, at den anvendte tilgang har en god effekt.

Projektets dataindsamlere/sagsbehandlere oplevede, at TRH var fagligt tilfredsstillende, da TRH gjorde det muligt at yde en god faglig indsats, samtidig med at hjemmebesøg og opfølgning styrkede deres faglighed. Alt i alt vurderes TRH derfor som en velegnet tilgang til hjælpemiddelformidling.



Et af projektets ambitioner var at finde frem til hvilke grupper af borgere, der kunne få bevilget hjælpemidler administrativt og hvilke, der havde behov for mere omfattende udredning for at afdække yderligere behov for indsatser. Men kun to grupper blev identificeret. Den ene var borgere, der ansøgte om stok, kørestol eller arbejdsstol. Idet analyserne viste, at det ikke var sandsynligt, at de havde behov for andre indsatser, er det formentlig ikke nødvendigt at afdække yderligere behov ved hjælp af IPPA hos borgere, der ansøger om disse hjælpemidler, medmindre der er en særlig grund til det. Den anden gruppe var dem, der ansøgte om mindre boligændringer. Det var sandsynligt, at de derudover også havde brug for hjælpemidler, eller at boligændringen ikke var den rigtige løsning på deres aktivitetsproblem. Det er derfor vigtigt med en grundig og systematisk udredning af aktivitetsproblemer og deraf følgende behov for hjælpemidler hos borgere, der ansøger om boligændringer.

Det kunne måske forventes, som det fremgår af diskussionerne i medierne om rollatorer, at forbedret fysisk funktionsevne kunne medføre, at borgerne ikke længere ville have behov for deres hjælpemidler. Det var imidlertid ikke tilfældet. Det hænger formentlig sammen med, at borgernes fysiske funktionsevne ikke blev forbedret i en sådan grad, at hjælpemidlerne kunne undværes. Det gjaldt heller ikke for rollatorer, hvor det ofte fremhæves, at borgerne hellere skulle have fysisk træning (6). Dette kunne ikke bekræftes i projektet, som derimod viste, at borgernes fysiske funktionsevne kun blev lidt bedre med træning, og at de ikke kunne undvære deres rollator til at udføre aktiviteter i hverdagen.

Det er interessant, at der ikke var større sandsynlighed for, at de ansøgninger, der kom fra andre faggrupper og afdelinger (fx hjemmeplejen, visitatorer osv.), resulterede i bevillinger, der var i overensstemmelse med de ansøgte hjælpemidler, end de ansøgninger, der kom fra borgere og pårørende. Det kan eventuelt hænge sammen med, at en del af disse ansøgninger ikke blev fagligt vurderet af dem, der henviste, men blot blev videreformidlet til Hjælpemidler & Kommunikation.

I TRH projektet blev der bevilget flere hjælpemidler end sædvanligt, hvilket antageligt hænger sammen med, at der blev foretaget en systematisk udredning af problemer med aktiviteter i hverdagen, hvorfor flere aktiviteter med behov for hjælpemiddelløsninger blev identificeret. Desuden kan det skyldes, at ergoterapeuter og fysioterapeuter, der arbejder på hjælpemiddelområdet, har større kendskab til de mange hjælpemiddelløsninger, der findes<sup>12</sup>. De yderligere bevillinger af hjælpemidler, der blev givet som følge af TRH indsatsen medførte formentlig kun en mindre økonomisk belastning for kommunen, da der er tale om relativt billige hjælpemidler. Men da TRH øger tidsforbruget i forbindelse med sagsbehandling, er det nødvendigt at foretage en økonomisk evaluering for at få viden om, hvorvidt de økonomiske gevinster af TRH står forhold til de opnåede effekter for borgerne.

---

<sup>12</sup> Der findes p.t. omkring 50.000 forskellige hjælpemidler på det danske marked.

## Fysisk træning

Det blev vurderet, at otte ud af ti borgere havde et genoptræningspotentiale, og fem ud af ti gennemførte et træningsforløb. Det var borgere med dårligt helbred, der ellers ikke ville have fået fysisk træning. Selv om den fysiske træning ikke havde sammenhæng med løsning af aktivitetsproblemer eller forbedring af fysisk funktionsevne, kan træningen have været med til at forebygge forringelse af borgernes fysiske funktionsevne. Det ses af det faktum, at den fysiske funktionsevne blev reduceret, når borgerne ophørte med træning på GenoptræningsCentret. TRH kan således anses for at være en relevant metode til at komme i kontakt med borgere i risiko for forringet funktionsevne og tilbyde dem mulighed for fysisk træning.

De fleste borgere blev først tilbudt træning på GenoptræningsCentret, men ca. halvdelen ønskede ikke at tage imod tilbuddet. Halvdelen af denne gruppe takkede dog ja til tilbuddet om selvtræning. Hovedårsagen til, at en del valgte selvtræning, skyldes udfordringen med at komme ud af hjemmet. Dette understreger, hvor vigtigt det er, at kommunerne tilbyder flere forskellige træningsformer, sådan at det passer til den enkeltes situation og gør deltagelse mulig. Det samme er fundet i andre forskningsprojekter (27).

En motiverende faktor til at starte og fortsætte træning viste sig at være gennemførelse af Senior Fitness testene. Dataindsamlerne oplevede, at borgerne gerne ville kontrolleres og se, om de havde gjort fremskridt. Selvom det er tidskrævende, er det værd at overveje at gennemføre testene. Flere af de borgere, som havde deltaget i træningen på GenoptræningsCentret, var glade for dette, og mange nævnte de sociale aspekter som noget positivt.

Der var ingen af de undersøgte faktorer, der havde betydning for, om borgerne gik i gang med et træningsforløb. Hverken helbred eller lav fysisk funktionsevne, havde den forventede betydning. Forklaringen er sikkert, at der er mange andre faktorer såsom motivation, holdninger, tro på egne evner osv., der har betydning, men som ikke er undersøgt i dette projekt (28).

Hvad angår gennemførelse af et træningsforløb, var der kun en enkelt af de undersøgte faktor, der havde betydning: det var mere sandsynligt, at de, der ansøgte om en rollator, gennemførte forløbet. Det kan måske hænge sammen med, at de, der ansøger om en rollator, særligt gør det, fordi deres styrke og balance og dermed gangfunktion er svækket, hvorfor de føler sig usikre. Men samtidig er de formentlig også netop motiverede for at øge deres styrke og balance ved at træne.

Der var statistisk signifikant effekt af fysisk træning på GenoptræningsCentret, men ikke af selvtræning, hvor der var en mindre, ikke statistisk signifikant effekt. Denne forskel kan måske skyldes, at træningen på GenoptræningsCentret var mere fokuseret. Desuden er der ikke sikkerhed for, at de der selv trænende, rent faktisk fik det gjort. Endelig kan der være en analyseteknisk forklaring: når man opdeler en gruppe i mindre grupper, kan den enkelte gruppe blive for lille til, at man kan beregne statistisk signifikante effekter (18). I dette tilfælde var gruppen

af selvtrænere netop mindre end gruppen på GenoptræningsCentret. Et systematisk review viser, at der er effekt af både centertræning og af hjemmetræning, men at der er større sandsynlighed for, at borgerne vil vedblive at træne i hjemmet frem for på et center (29).

## Projektets styrker og svagheder

Det store antal ældre borgere, som deltog i projektet, gjorde det muligt at analysere faktorer, der havde betydning for resultaterne, fx køn, alder, hvad der blev ansøgt om osv. Hvis antallet af projektdeltagere havde været mindre, kunne de manglende sammenhænge skyldes, at der var for få deltagere i projektet. Analyserne var desuden mulige, fordi der var indsamlet mange forskellige informationer.

Projektet foregik i en almindelig hjælpemiddelforbidlingspraksis i modsætning til projekter, der foregår i optimale og tilpassede omgivelser, hvorfor projektets resultater kan siges at afspejle virkelighedens verden. Det, der kan adskille Fredericia Kommune fra andre kommuner, er, at kommunen formentlig har flere tilbud om fysisk træning end de fleste andre kommuner på grund af kommunens fokus på rehabilitering. Hvis andre kommuner sikrer mange muligheder for fysisk træning, kan projektets resultater formentlig overføres til dem.

Data vedrørende løsning af problemer med aktiviteter i hverdagen blev indsamlet med det relativt nye redskab, IPPA. Det viste sig at være velegnet til at belyse projektets formål samtidig med, at sagsbehandlere og borgere var positivt stemt over for redskabet<sup>13</sup>. IPPAs måleegenskaber er undersøgt, og et studie har fundet, at det er tilstrækkelig pålideligt og troværdigt (12).

Redskaberne 2,45 m up-and-go-testen og Rejse-sætte-sig-testen, der blev brugt til at måle fysisk funktionsevne, er begge velundersøgte og har vist gode måleegenskaber (15).

Det gennemsnitlige antal aktivitetsproblemer var mindre i dette projekt sammenlignet med det antal, der blev fundet ved en afprøvning af redskabet både her i landet og internationalt (12). Desuden var der en klar tendens til, at der blev fundet færre aktivitetsproblemer, efterhånden som projektet skred frem. Dette er formentlig udtryk for, hvordan udviklingen vil være, når redskabet bliver brugt i almindelig praksis. Der kan derfor være behov for, at man i praksis og i forskning løbende opfrisker fremgangsmåden ved brug af redskabet for at holde fokus på identifikation af aktivitetsproblemer.

Det kan være en begrænsning for projektresultaternes troværdighed, at det var sagsbehandlere, der indsamlede IPPA data. Da borgeren er afhængig af kommende bevillinger, kan man forestille sig, at han/hun havde haft en tendens til at svare for positivt. Imod dette taler dog, at borgerne ved opfølgningen ikke havde nogen interesse i at sige, at aktiviteterne var lettere, end de i virkeligheden var, idet de fik en mulighed for at få løst eventuelle resterende

---

<sup>13</sup> Fire borgere blev interviewet som del af et bachelorprojekt af ergoterapi studerende Birgitte Hjort

aktivitetsproblemer. Desuden fik de ikke præsenteret de svar, de gav fire måneder tidligere, og som de derfor formentlig ikke kunne huske. Projektets største svaghed er, at man ikke kan vide, om effekterne er større, end de ville have været i almindelig praksis med administrativ sagsbehandling. For at undersøge dette, er det nødvendigt at gennemføre et lodtrækningsforsøg. Det var ikke muligt i vores projekt, da man for at gøre dette skal have en lang række grundlæggende oplysninger om indsatser og effekter til rådighed. Disse informationer har dette projekt nu frembragt, og på grundlag af denne viden kan der designes et lodtrækningsforsøg, der specifikt kan fastslå en årsagseffekt sammenhæng.

## Konklusion

Borgernes fik lettere ved at klare prioriterede aktiviteter i hverdagen, som fx at færdes og klare bad og toiletbesøg. Desuden blev de fleste aktivitetsproblemer løst helt eller delvist for de fleste. Borgernes fysiske funktionsevne blev fastholdt eller lidt forbedret til trods for, at deres høje alder og relativt dårlige helbredstilstand kunne have resulteret i en forringelse. Det var især borgere med de største problemer med aktiviteter i hverdagen og den dårligste fysiske funktionsevne, der profiterede af TRH.

Som svar på projektets overordnede spørgsmål om, hvorvidt Tidlig Rehabiliterende Hjælpeformidling kan medvirke til at forebygge yderligere funktionsnedsættelse hos borgere, der ansøger om ukomplerede udlånshjælpeformidler, er svaret ja – det tyder projektets resultater på.

Projektets resultater viser, at udredning af problemer med aktiviteter i hverdagen resulterer i bevilling af flere hjælpemidler hos en del borgere, som ellers ville have haft et udækket behov for hjælpemidler, hvilket formentlig medvirker til, at de bedre kan klare vigtige aktiviteter i hverdagen. Det forhold, at næsten alle hjælpemidler var i brug ved opfølgningen tyder på, at der ikke blev bevilget for mange hjælpemidler.

Ca. halvdelen af projektets deltagere deltog i et træningsforløb, men det havde tilsyneladende ingen betydning for reduktion af problemer med aktiviteter i hverdagen eller for forbedret fysisk funktionsevne. Dette viser, at det sandsynligvis er den systematiske udredning af borgernes aktivitetsproblemer og efterfølgende bevilling af hjælpemidler, der er den aktive komponent i TRH tilgangen.

Et forbehold for projektets resultater er, at det kræver et studie med kontrolgruppe for at fastslå, om TRH har en bedre effekt end administrativ sagsbehandling, og om træning rent faktisk har en effekt. Desuden er der behov for et nyt studie for at undersøge, om TRH er omkostningseffektiv.

# Litteratur

1. Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivning 2013-2050. Befolkning og valg. Nyt fra Danmarks Statistik. 2013;219(29. april 2013).
2. Hjemmehjælpskommissionen. Fremtidens hjemmehjælp - ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. København: Hjemmehjælpskommisionen, Sekretariatet; 2013. Kan ses på: <http://www.sm.dk/data/Dokumentertilpublikationer/Publikationer-2013/Fremtidens%20hjemmehj%C3%A6lp/Hjemmehj%C3%A6lpskommissionens%20rapport.pdf>.
3. Mortensen KU. Corydon: Legitimt at teknologier skaffer besparelser Altinget. 2013(13. juli).
4. Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
5. Brandt Å, Jensen L. Hjælpemidlers betydning for brugerne. In: Brandt Å, Jensen L, editors. Grundbog om hjælpemidler - til personer med funktionsnedsættelse. København: Munksgaard Danmark; 2010. p. 53-62.
6. Rasmussen C. Læge advarer mod rollator epidemi. 11. april 2012. drdk [serial on the Internet] 2012. Kan ses på: <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2012/04/11/062626.htm>.
7. Alkjær T, Larsen PK, Pedersen G, Nielsen HN, Simonsen EB. Biomechanical analysis of rollator walking. BioMedical Engineering Online. 2006;5(2).
8. Cornely HZ. Functional outcome difference using a rollator walker versus a two-wheeled walker. Physical Therapy Case Reports. 2004;1(2):104-6.
9. Gupta RB, Goldstein R, Brooks D. The acute effects of a rollator in individuals with COPD. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 2006;26:107-11.
10. Philips B, Zhao H. Predictors of assistive technology abandonment. Assistive Technology. 1993(5):36-45.
11. Borg J, Larsson S, Östergren P-O, Rahman AA, Bari N, Khan AN. User involvement in service delivery predicts outcomes of assistive technology use: A cross-sectional study in Bangladesh. BMC Health Services Research. 2012;12(330):1-10.
12. EATS Clearinghouse. Dansk IPPA. Et redskab til at afdække aktivitetsproblemer i hverdagen og evaluere indsatser. Odense: Socialstyrelsen; 2014. Kan ses på: <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/dansk-ippa>.
13. Bjørner JB. Dansk manual til SF-36: Et spørgeskema om helbredsstatus. København: Lægemiddelindustriforeningen; 1997.
14. Brandt Å, Löfqvist C, Jónsdóttir I, Salminen A-L, Sund T, Iwarsson S. NOMO 1.0 (The Nordic mobility-related participation outcome evaluation of

- assistive device interventions). Manual. Århus: Hjælpemiddelinstitutet; 2008.
15. Rikli RE, Jones CJ. Senior Fitness Test. Fysisk formåen hos ældre - manual og referenceværdier. Bearbejdet til dansk af Nina Beyer. København: FADL's Forlag; 2004.
  16. Wessels RD, de Witte L, Andrich R, Ferrario M, Persson J, Oberg B, et al. IPPA, a user-centred approach to assess effectiveness of Assistive Technology provision. *Technology and Disability*. 2000;13:105-15.
  17. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis, and interpretation. Chichester, England John Wiley & Sons Ltd; 2000.
  18. Kirkwood BR, Sterne JAC. Medical statistics. Malden (Massachusetts): Blackwell Science; 2003.
  19. WHO. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF). Dahl TH, Schiøler G, editors. København: Munksgaard Danmark; 2003.
  20. Hellbom G, Persson J. Cost-effectiveness of walkers and wheelchairs. In: Craddock G, McCormack LP, Reilly RB, Knops H, editors. *Assistive Technology - Shaping the Future AAATE 03*. Amsterdam: IOS Press; 2003. p. 931-5.
  21. Verbrugge LM, Rennert C. The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *American Journal of Public Health*. 1997;87(3):384-93.
  22. Vik K, Nygård L, Lilja M. Perceived environmental influence on participation among older adults after home-based rehabilitation. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. 2007;25(4):1-20.
  23. Avlund K. Disability in old age. Longitudinal population-based studies of the disablement process. København: Munksgaard Danmark; 2004.
  24. Martin JK, Martin LG, Stumbo NJ, Morrill JH. The impact of consumer involvement on satisfaction with and use of assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2011;6(3):225-42.
  25. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CHM. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing*. 2004;33(5):453-60.
  26. Sørensen HV, Lendal S, Schultz-Larsen K, Uhrskov T. Stroke Rehabilitation: Assistive technology devices and environmental modifications following primary rehabilitation in hospital - A therapeutic perspective. *Assistive Technology*. 2003;15:39-48.
  27. Beyer N, Puggaard L. Fysisk aktivitet og ældre. København Sundhedsstyrelsen; 2008.
  28. Edwards P, Tsouros A. The solid facts. Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. København: WHO; 2006.

29. Ashworth N, Chad K, Harrison E, Reeder B, Marshall S. Home versus center based physical activity programs in older adults (Review). The Cochrane Library. 2005/2009(1):1-43.

# Bilag 1. Analyser

Sagsbehandlerne inddaterede data i et Excel regneark. Herefter konverteredes Excel-filen til SPSS 17.0 til de videre analyser.

I analysen indgik kun projektdeltagere, der både havde deltaget ved baseline og opfølgning.

Databearbejdningen blev indledt med deskriptive analyser af demografiske og sundhedsrelaterede data, samt beskrivelse af hvilke indsatser, der blev ydet. Herunder blev IPPA scorerne beregnet ifølge manualen (12), og forskellen mellem de to Senior Fitness tests ved baseline og opfølgning blev beregnet ved at trække tallene fra hinanden. Desuden blev antallet, der anvendte støtte ved gennemførelse af testene, beregnet.

For at undersøge om gruppen af projektdeltagere var repræsentative for målgruppen, blev gruppen af ikke-deltagere og gruppen af dem, der faldt fra i opfølgningsperioden, sammenlignet med gruppen, der både deltog ved baseline og ved opfølgning, med hensyn til køn og alder. Idet grupperne var næsten identiske, blev der ikke foretaget statistiske analyser.

Ved analyse af ændringer af baggrundsdata og effektmål mellem baseline og opfølgning anvendtes parret T-test til kontinuerte data, Sign Test ved ordinaldata og McNemar's test ved dikotome data.

Ændringer i IPPA og Senior Fitness Test siger ikke i sig selv noget om størrelsen af effekten. Effektstørrelser blev derfor beregnet med Cohen's effect size ved hjælp af "Effect Size Calculators" (<http://www.uccs.edu/~lbecker/>). Cohen's effect-size kan anvendes på tværs af effektmål. Cohen angiver, at en effektstørrelse (Effect-size) på 0,2 kan anses for at være en lille effekt, 0,5 for en medium, og 0,8 for en stor effekt (17).

For at undersøge overensstemmelse mellem typer af ansøgte og bevilgede hjælpemidler blev hjælpemidlerne opdelt i følgende grupper: Rollator; Andre mobilitetshjælpemidler end rollator (stokke, transportkørestole, arbejdsstole); Mobilitetshjælpemidler til brug i eller ved seng (sengeklodser, sengegalge, glidelagen, hovedgærde, elektrisk seng); Hjælpemidler til bad og toiletbesøg (toiletforhøjer, badebænk, badetaburet, bækkenstol); Småhjælpemidler (gribetang, tåvasker, karkludvrider, stømpe på- og aftager, knappekrog/-lukker, Stirex saks, skæregaffel, forhøjerskærebæret); Mindre boligændring (støttegreb, gelænder, fjernelse af dørtrin, trinudligner, løse ramper). Opdeles i: har/har ikke ansøgt, og har/har ikke fået bevilget. Overensstemmelse mellem ansøgning og bevilling undersøgt ved hjælp af McNemar's test.

Til undersøgelse af, om der var grupper af borgere, der i særlig grad havde nytte af de ydede indsatser, anvendtes logistisk regressionsanalyser. Disse resulterede i sandsynligheder for, at en gruppe havde større nytte af de ydede indsatser end en anden/andre grupper. Sandsynligheden blev udtrykt i odds ratio (OR). Hvis OR er mindre end 1, har gruppen mindre sandsynlighed for at få nytte af den undersøgte indsats end andre grupper; hvis OR er lig 1, er der ingen forskel; og



hvis OR er større end 1, har gruppen større sandsynlighed for at få nytte af indsatsen end andre. Desto større OR er, desto større er effekten (17).

Når der gennemføres en regressionsanalyse, kan der samtidig kontrolleres for andre faktorer, hvis flere faktorer indgår i analysen (confounder kontrol). Hvis man fx vil undersøge, om bevilling af rollator har betydning for, om borgerne øger deres fysiske funktionsevne, kunne en øget fysisk funktionsevne lige så vel være resultat af en træningsindsats. I analysen kan man kontrollere for dette, sådan at resultatet udelukkende handler om effekter af rollatorer, og betydningen af fysisk træning så at sige nulstilles.

I de statistiske analyser anvendtes et signifikansniveau på 5 %, hvilket i praksis vil sige, at der var 5 % sandsynlighed for, at et resultat skyldtes en tilfældighed. SPSS 17.0 og SPSS 21.0, samt Excel 2007 blev benyttet til de statistiske analyser.

## Forberedelse af data

Før analyserne blev gennemført, blev data forberedt på følgende måde:

### **Effekt variable (afhængige variable)**

*IPPA ændring:* For at forberede data til logistisk regressionsanalyse, skulle data deles i to grupper (dikotomeres). Skæringspunktet for ændring af IPPA blev valgt ved medianen, der var 5 points fremgang, sådan at der blev en gruppe med under 5 points fremgang (n=88, 47,6 %) og en anden med over eller lig 5 points fremgang (n=97, 52,4 % fremgang), Skæringspunktet blev valgt, fordi der var en relativ stor fremgang i IPPA, og 5 point kan anses for en fin, klinisk relevant fremgang, samtidig med at begge grupper blev af en størrelse, der muliggjorde analyserne.

*Senior fitness tests, ændring:* Opdelingen i to grupper blev fordelt i en gruppe, som ikke havde fremgang eller havde tilbagegang, og en som havde mindst 1 % fremgang. For 2,45 m up-and-go-testen var fordelingen henholdsvis 41,9 % og 58,1 % af deltagerne, og for rejse-sætte-sig-testen var fordelingen 46,1 % og 53,9 %. Her blev skæringspunktet valgt ved nogen fremgang overhovedet, idet den relativt lille effektstørrelse ikke som ved IPPA tillod et højere skæringspunkt, da der så ville blive for få i en af grupperne og data dermed vanskelige at analysere.

### **Deltager karakteristika (uafhængige variable)**

*Køn:* Mand/kvinde.

*Alder* blev opdelt i fire grupper: 62-69 år/70-79 år/80-89 år/90-95 år.

*Selvurderet helbred ved baseline:* Fremragende/vældig godt/godt/mindre godt/dårligt.

*Antal funktionsnedsættelser:* fra 1-11.

*Samliv:* Bor sammen/bor ikke sammen.

*Aktivitetsproblemer ved baseline:* IPPA score.

*Fysisk funktionsevne ved baseline: 2,45 m up-and-go-testen og rejse-sætte-sig-testen*

### **Ydede indsatser (uafhængige variable)**

*Fysisk træning: Genoptræning (inkl. TRH hold)/selvtræning/Ingen træning (eller ikke gennemført)/vedligeholdende træning.*

*Type af hjælpemiddel ansøgt: Deles op i fire grupper, har/har ikke ansøgt om: Rollator, øvrige mobilitetshjælpemidler, bad- og toilethjælpemidler, samt mindre boligændringer. Følgende to grupper af hjælpemidler blev der bevilget en del af, men kun få ansøgte om: Mobilitetshjælpemidler i eller ved seng (n=2) og småhjælpemidler (n=12), hvorfor disse ikke indgår i analysen af, hvad der karakteriserer dem, der ansøger om hjælpemidler.*

*Bruger rollator: Bruger rollator/bruger ikke rollator.*

*Hvor henvendelsen/ansøgningen kommer fra: Opdeltes i borgere/pårørerende/hjemmeplejen/visitator/genoptræningsafd./sundheds-væsnet.*

*Sammenfald mellem ansøgning og benyttet indsats: Der blev beregnet to variable: 1) Det blev beregnet, om der var overensstemmelse mellem de ansøgte og de benyttede hjælpemidler, hvorefter data blev opdelt i: hjælpemidler sammenfald/hjælpemidler ikke sammenfald. 2) Det blev beregnet, om der var overensstemmelse mellem ansøgning og benyttet indsats, dvs. at hjælpemiddelbevillingen var identisk med hjælpemiddelansøgningen, samtidig med at borgeren ikke benyttede andre anbefalede indsatser som fx træning: totalt sammenfald mellem ansøgning og benyttet indsats/ikke sammenfald mellem ansøgning og benyttet indsats.*

*Benyttet træningstilbud: Data blev grupperet i: Har benyttet min. et af de anbefalede træningstilbud/har ikke benyttet nogen af disse.*

### **De enkelte statistiske analyser**

- Hvad der karakteriserer dem, der har eller ikke har benyttet tilbuddet om fysisk træning<sup>14</sup>:
  - Outcome variabel (afhængig variabel): Har benyttet træningstilbud.
  - Faktorer (uafhængige variable): Køn, alder, selvvurderet helbred ved baseline, antal funktionsnedsættelser, fysisk funktionsevne ved baseline, fysisk træning.
- Hvad der karakteriserer de borgere, hvor der var overensstemmelse mellem det ansøgte og det bevilgede, og de borgere, hvor der kun var begrænset overensstemmelse (delmål 3)

---

<sup>14</sup> Analysen blev ikke gennemført vedrørende hjælpemidler, da der kun var få, der ikke benyttede de bevilgede hjælpemidler

- Outcome variabel (afhængig variabel): Sammenfald mellem ansøgte og bevilgede hjælpemidler (to analyser: fuldt sammenfald og næsten fuldt sammenfald). Faktorer (uafhængige variable): Køn, alder, type af ansøgt hjælpemiddel, hvor henvendelsen kommer fra.
- Hvad der karakteriserer de borgere, der har/ikke har opnået en fremgang:
  - Outcome variabel (afhængig variabel): IPPA fremgang. Faktorer der karakteriserer borgerne (uafhængige variable): Køn, alder, selv vurderet helbred ved baseline, antal funktionsnedsættelser, samliv, aktivitetsproblemer ved baseline, fysisk funktionsevne ved baseline.
  - Outcome variabel (afhængig variabel): Fremgang med 2,45 m up-and-go-testen og rejse-sætte-sig-testen. Faktorer der karakteriserer borgerne (uafhængige variable): Køn, alder, selv vurderet helbred ved baseline, antal funktionsnedsættelser, fysisk funktionsevne ved baseline.
- Om forskellige typer af fysisk træning har betydning for fysisk funktionsevne:
  - Outcome variabel (afhængig variabel): Fremgang med 2,45 m up-and-go-testen og rejse-sætte-sig-testen. Faktorer (uafhængige variable): Fysisk træning. Confoundere: Køn, alder, selv vurderet helbred ved baseline, antal funktionsnedsættelser, fysisk funktionsevne ved baseline, har fået rollator.
- Om bevilling af rollator har betydning for fysisk funktionsevne:
  - Outcome variabel (afhængig variabel): Fremgang med 2,45 m up-and-go-testen og rejse-sætte-sig-testen. Faktorer (uafhængige variable): Har fået rollator. Confoundere: Køn, alder, selv vurderet helbred ved baseline, antal funktionsnedsættelser, fysisk funktionsevne ved baseline, fysisk træning.

## Bilag 2. Bilagstabeller

Tabel B1. Overensstemmelse mellem ansøgte og bevilgede hjælpemidler, samt benyttelse af dem. N=185.

<b>Overensstemmelse mellem ansøgte og bevilgede hjælpemidler</b>		<b>n (%)</b>
	Bevilgede hjælpemidler identiske med ansøgning (sammenfald)	111 (60,0)
	Bevilling nøjagtig som ansøgning <u>uden at der blev tilbudt</u> andre indsatser	34 (18,5)
	Bevilling nøjagtig som ansøgning <u>uden at borger benyttede</u> andre indsatser (fx gennemførte anbefalet træning)	46 (24,9)
	Flere hjælpemidler bevilget end de ansøgte. De ansøgte hjælpemidler blev bevilget	44 (23,8)
	Færre hjælpemidler bevilget end de ansøgte. De hjælpemidler, der blev bevilget, var nogle af de ansøgte	15 (8,1)
	Samme antal hjælpemidler bevilget som ansøgt, men helt eller delvist andre typer	15 (8,1)
	Rådgivning om/afprøvning af hjælpemidler	19 (10,3)
<b>Hjælpemidler ikke benyttet/besvær med dem</b>		
	Har ikke benyttet hjælpemidlet (tre rollatorer, en badetaburet, et badebræt)*	5 (2,7)
	Besvær med hjælpemidler/fungerer ikke godt som forventet	4 (2,2)

\*Seks af dem, der havde fået anbefalet at indkøbe småhjælpemidler, havde ikke gjort dette.

Tabel B2. Antal ansøgte og bevilgede typer af hjælpemidler. N=185.

Type hjælpemiddel	Antal ansøgte	Antal bevilgede
Rollator	92	98
Badetaburet	49	61
Støttegreb	40	31
Toiletforhøjer	14	23
Albuestok/stok	14	14
Transport kørestol	8	7
Gribetang	5	10
Arbejdsstol	4	8
Badekarbræt	4	3
Fjernelse af dørtrin	3	4
Bækkenstol	2	2
Gelænder	2	1
Småhjælpemidler	2	-
Sengegalge	1	2
Tåvasker	1	2
Karkludvrider	1	1
Trinudligner	1	1
Løse ramper	1	1
Hjælpemidler, som ikke blev bevilget, eller der blev bevilget en anden type <sup>a</sup> :	5	-
Strømpepå- eller aftager	-	10
Sengeklodser	-	5
Glidelagen	-	3
Knappekrog eller -lukker	-	3
Eleverbart/elektrisk hovedgærde	-	2
Hjælpemidler, der blev bevilget, og som der ikke var ansøgt om <sup>b</sup>	-	3
Hjælpemidler i alt	249	308
Gns. pr. person (forsk. p>0,0001)	1,35	1,66

<sup>a</sup>Bordforhøjer (forhøjerskærebret bevilget), Easy wipe , gangstativ (rollator bevilget), plejeseng (eleverbart hovedgærde bevilget), tung kuglepen (information givet om tunge kuglepenne i håndkøb).

<sup>b</sup>Stirex saks, skæregaffel, forhøjerskærebret.

Tabel B3. Type af hjælpemiddel, der blev ansøgt om eller returneret i forbindelse med opfølgingsbesøget (N=185)

Type hjælpemiddel	Antal returnerede	Antal ansøgte
Rollator	4	
Badetaburet	3	1
Støttegreb		1
Toiletforhøjer		3
Albuestok/stok		1
Transport kørestol	1	1
Gribetang		1
Arbejdsstol		3
Gelænder		1
Småhjælpemidler	4	
Trinudligner		1
Rampe		1
Strømpepå- eller aftager	1	
Sengeklodser, sæt	2	
Stokkeholder		2
Supporter		1
Bestik	1	
Sengebord	1	
Hjælpemidler i alt	17	17
Personer, n (%)	14 (7,6)	10 (5,4)

Tabel B4. Overensstemmelse mellem ansøgte og bevilgede hjælpemidler for forskellige undergrupper (N=185)

	Overensstemmelse		Ikke overensstemmelse	
	n	%	n	%
<b>Køn</b>				
Mænd, n=59	28	47,5	31	52,5
Kvinder, n=126	83	65,9	43	34,1
<b>Alder</b>				
62-69 år, n=19	11	57,9	8	42,1
70-79 år, n=58	41	70,7	17	29,3
80-89 år, n=87	51	58,6	36	41,4
90-95 år, n=21	8	38,1	13	61,9
<b>Type hjælpemiddel ansøgt om</b>				
Rollator, n=91	56	61,5	35	38,5
Andet mobilitetshjælpemiddel, n=24	16	66,7	8	33,3
Hjælpemidler ved og i seng, n=2	0	0,0	2	100,0
Hjælpemidler til bad/toiletbesøg, n=61	35	57,4	26	42,6
Småhjælpemidler, n=12	9	75,0	3	25,0
Mindre boligændringer <sup>a</sup> , n=40	14	35,0	26	65,0
<b>Henvendelse fra</b>				
Borgeren, n=59	39	66,1	20	33,9
Pårørende, n=20	10	50,0	10	50,0
Hjemmeplejen, n=32	23	71,9	9	28,1
Egen læge/sygehus, n=11	8	72,7	3	27,3
GenoptræningsCentret og Hverdagsrehabilitering, n=25	15	60,0	10	40,0
Visitor og forebygger, n=37	16	43,2	21	56,8

<sup>a</sup>Ikke overensstemmelse: OR=3,753, p<0,0001

Tabel B5. Overensstemmelse mellem ansøgt og benyttet indsats (N=184)

	Overensstemmelse		Ikke overensstemmelse	
	n	%	n	%
<b>Køn: Mænd</b>	13	22,0	46	78
<b>Alder</b>				
62-69 år	6	31,6	13	68,4
70-79 år	15	25,9	43	74,1
80-89 år	21	24,1	66	75,9
90-95 år	4	19,0	17	81,0
<b>Type hjælpemiddel ansøgt om</b>				
Rollator <sup>a</sup>	17	18,7	74	81,3
Andet mobilitetshjælpemiddel <sup>b</sup>	11	45,8	13	54,2
Hjælpemidler til brug ved og i seng	0	0,0	2	100,0
Hjælpemidler til bad og toiletbesøg	16	26,2	45	73,8
Småhjælpemidler	2	16,7	10	83,3
Mindre boligændringer	7	17,9	32	82,1
<b>Henvendelse (advis) fra</b>				
Borgeren	15	25,4	44	74,6
Pårørende	5	25,0	15	75,0
Hjemmeplejen	13	40,6	19	59,4
Egen læge/sygehus	1	9,1	10	90,9
GenoptræningsCentret og Hverdagsrehabilitering	7	28,0	18	72,0
Visitor og forebygger	5	13,5	32	86,5

<sup>a</sup>Ikke overensstemmelse: OR=1,942, p= 0,056

<sup>b</sup>Overensstemmelse: OR=3,046, p=0,011