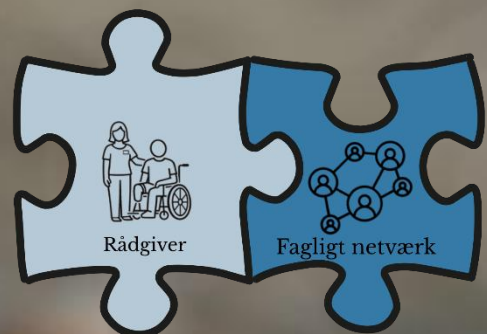


# STØTTE VED AMPUTATION

Evaluering af  
ViRSA's amputationsrådgiverprojekt  
i Region Sjælland 2023-2026



## **Støtte ved amputation**

- Evaluering af ViRSAs amputationsrådgiverprojekt i Region Sjælland 2023-2026

August 2026

Anne Wettergren Karlsson

Ulla Riis Madsen

Katrine Wind Nielsen

Nanna Camilla Myrhøj Møller

Anne-Sophie Schwarz Emiliussen

Pernille Nymann Kirkegaard

Gitte Bunkenborg

Marie Lauridsen

Lars Morsø

Rapporten har været til internt og eksternt review.

Udarbejdelsen af og baggrunden for rapporten fremgår af forordet.

Copyright © 2026

ViRSA, Vidensenhed for Rehabilitering og Palliation ved Sår og Amputationer

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til ViRSA.

ISBN: 978-87-977535-0-7

ISBN: 978-87-977535-1-4

Rapporten er udgivet af:

ViRSA

Karkirurgisk afdeling

Sjællands Universitetshospital

Sygehusvej 6

4000 Roskilde

[virsa@regionsjaelland.dk](mailto:virsa@regionsjaelland.dk)

[www.regionsjaelland.dk/virsa](http://www.regionsjaelland.dk/virsa)

Rapporten kan downloades fra [www.regionsjaelland.dk/virsa](http://www.regionsjaelland.dk/virsa).

# FORORD

## **Ingen borgere skal opleve at stå alene med konsekvenserne af en benamputation.**

En benamputation er for de fleste mennesker en livsforandrende begivenhed. Den påvirker ikke kun den fysiske funktionsevne, men også familieliv, sociale relationer, identitet og mulighederne for at leve det liv, man ønsker. Derfor er det afgørende, at rehabiliteringen ikke alene fokuserer på den kirurgiske behandling og den fysiske genoptræning, men også på at skabe sammenhæng, tryghed og støtte gennem hele forløbet.

Vi må samtidig erkende, at vi som sundhedsvæsen ikke altid har været gode nok til at understøtte denne gruppe borgere. Rehabiliteringsforløbene er ofte komplekse og involverer mange aktører på tværs af sygehuse, kommuner og andre samarbejdspartnere. For nogle borgere og pårørende kan det være vanskeligt at skabe overblik og opleve sammenhæng i et forløb, der strækker sig over måneder eller år. Selvom der hver dag ydes en stor indsats af engagerede fagprofessionelle, ved vi, at der fortsat er udfordringer med koordinering, videndeling og adgang til specialiseret støtte.

Derfor valgte Region Sjælland i 2023 at investere i etableringen af ViRSA (Vidensenhed for Rehabilitering og Palliation ved Sår og Amputationer). Ambitionen var ikke blot at skabe ny viden, men også at omsætte viden til konkrete løsninger, der kan styrke kvaliteten og sammenhængen i forløbene for mennesker med sår og amputationer. Amputationsrådgiverprojektet er et af de centrale initiativer, som er udviklet og forankret i ViRSA. Gennem et tæt samarbejde mellem region, kommuner og fagprofessionelle på tværs af sektorer har projektet afprøvet en ny model, hvor borgere og pårørende får adgang til en amputationsrådgiver, som kan hjælpe med at skabe overblik, koordinere indsatser og være en støtte gennem en ofte vanskelig livssituation.

Evalueringen her viser, at der er et behov for denne type indsats. Den peger på, at amputationsrådgiverne har bidraget til større sammenhæng i forløbene, øget tryghed for borgere og pårørende samt styrket samarbejdet på tværs af sektorer. Samtidig viser evalueringen, at rehabilitering af mennesker med benamputation er en fælles opgave, som kalder på stærke relationer, fælles viden og et tæt samarbejde mellem sygehuse, kommuner og civilsamfund.

Resultaterne er særligt interessante i lyset af den kommende sundhedsreform, hvor ambitionen er at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen med bedre tilbud til mennesker med komplekse behov. Erfaringerne fra amputationsrådgiverprojektet peger på, at specialiserede, tværsektorielle funktioner kan spille en vigtig rolle i at bygge bro mellem sektorer og sikre, at borgerens behov forbliver omdrejningspunktet gennem hele rehabiliteringsforløbet. Samtidig viser projektet, hvordan viden, relationer og koordinering kan samles omkring borgeren på tværs af organisatoriske grænser – en ambition, der står centralt i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen.

Vi håber, at rapporten kan bidrage med viden og inspiration til den fortsatte udvikling af rehabiliteringsområdet – både i Region Sjælland og nationalt. Ikke mindst håber vi, at erfaringerne kan være med til at sikre, at mennesker, der gennemgår en benamputation, mødes af et sundhedsvæsen, som hænger bedre sammen, og som understøtter deres muligheder for at leve et godt og meningsfuldt liv.

**Trine Birk Andersen**  
Regionsrådsformand,  
Region Sjælland

**Sigrid Rahbek Thorlaksen**  
Sundhedschef,  
Solrød Kommune

# INDHOLD

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Forord .....                                                           | 2         |
| Indhold .....                                                          | 3         |
| Resumé .....                                                           | 5         |
| Executive Summary .....                                                | 6         |
| Baggrundsviden og formål med Amputationsrådgiverprojektet .....        | 7         |
| Beskrivelse af Amputationsrådgiverprojektet .....                      | 8         |
| Organisering .....                                                     | 9         |
| Rådgiverfunktionen .....                                               | 9         |
| Det tværsektorielle amputationsnetværk .....                           | 11        |
| Evaluerings af projektet .....                                         | 12        |
| <b>Evaluerings ramme og proces</b> .....                               | <b>13</b> |
| Metode og Materiale .....                                              | 13        |
| <b>Kvantitativ evalueringsmetode</b> .....                             | <b>15</b> |
| <b>Kvalitativ Evalueringsmetode</b> .....                              | <b>15</b> |
| Indsamling af data .....                                               | 16        |
| <b>Interviewdata</b> .....                                             | <b>16</b> |
| <b>Workshops - evaluering af netværksindsatsen</b> .....               | <b>17</b> |
| <b>Spørgeskema - Netværksklynger</b> .....                             | <b>17</b> |
| Resultater .....                                                       | 17        |
| <b>Kvantitative resultater</b> .....                                   | <b>18</b> |
| Borgere omfattet af amputationsrådgiverprojektet .....                 | 18        |
| Borgere inkluderet i den kvantitative evaluering .....                 | 18        |
| Deltagerkarakteristika .....                                           | 18        |
| Funktionsniveau .....                                                  | 20        |
| Amputationsrådgiverindsats .....                                       | 20        |
| Protese - Erhvervelse, Træning og Helbredsrelateret livskvalitet ..... | 22        |
| Proteseerhvervelse .....                                               | 22        |
| Træning .....                                                          | 23        |
| Helbredsrelateret livskvalitet .....                                   | 23        |
| <b>Kvalitative resultater</b> .....                                    | <b>25</b> |
| Et komplekst forløb og behovet for en gennemgående person .....        | 25        |
| Støtte til livsomstilling og hverdagsmestring .....                    | 25        |
| Pårørende som medramte .....                                           | 26        |
| Hvad skaber værdi i rådgiverfunktionen? .....                          | 26        |
| <b>Amputationsrådgivernes oplevelser af funktionen</b> .....           | <b>27</b> |
| En rolle mellem støtte, rådgivning og koordinering .....               | 27        |

|                                                                                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Relation og kontinuitet gennem forløbet.....                                          | 27        |
| Faglige og organisatoriske forudsætninger .....                                       | 28        |
| <b>Netværkets oplevelser med funktionen .....</b>                                     | <b>28</b> |
| Samlet evaluering af amputationsrådgiverfunktionens implementering og betydning ..... | 29        |
| <b>Netværkenes funktion og betydning .....</b>                                        | <b>30</b> |
| Netværk som ramme for vidensdeling og kompetenceudvikling .....                       | 31        |
| Netværk som relationel infrastruktur .....                                            | 31        |
| To netværksniveauer med forskellige funktioner .....                                  | 31        |
| Organisatoriske forudsætninger.....                                                   | 32        |
| Konklusion og perspektivering .....                                                   | 32        |
| <b>Konklusion .....</b>                                                               | <b>32</b> |
| <b>Perspektivering: Fra projekt til sammenhængende rehabilitering .....</b>           | <b>33</b> |
| Referencer .....                                                                      | 35        |

## RESUMÉ

Mennesker, der gennemgår en benamputation, har ofte komplekse rehabiliteringsforløb præget af multimorbiditet, mange involverede aktører og betydelige fysiske, sociale, psykiske og eksistentielle udfordringer. Amputationsrådgiverprojektet blev etableret i Region Sjælland med det formål at styrke sammenhæng, koordinering og støtte i rehabiliteringsforløbet gennem en tværsektoriel amputationsrådgiverfunktion og opbygning af faglige netværk på tværs af kommuner, sygehuse og øvrige aktører. Projektet består af således af to indbyrdes forbundne indsatser: en amputationsrådgiverfunktion og en tværfaglig og tværsektoriel netværksindsats.

Evalueringen er gennemført som en kombineret kvalitativ og kvantitativ evaluering. Den kvantitative del omfatter 178 borgere samt registreringer af rådgiverindsatsen. Den kvalitative del bygger på interviews med borgere, pårørende, amputationsrådgivere og kommunale ledere samt workshops blandt fagprofessionelle i de tværsektorielle netværk.

Resultaterne viser, at amputationsrådgiverfunktionen er blevet implementeret bredt og har nået mere end 80 % af de borgere, der har fået foretaget en benamputation i Region Sjælland i projektperioden. Målgruppen er karakteriseret ved høj alder, betydelig komorbiditet og omfattende rehabiliteringsbehov.

Amputationsrådgivningen har været kendetegnet ved en proaktiv tilgang med gentagne kontakter gennem forløbet og har omfattet støtte, rådgivning og koordinering omkring en bred vifte af problemstillinger relateret til rehabilitering, hjælpemidler, sociale forhold og hverdagsliv.

Den kvalitative evaluering viser, at amputationsrådgiveren opleves som et vigtigt bindeled i et rehabiliteringsforløb præget af mange aktører og sektorovergange. Borgere og pårørende fremhæver særligt betydningen af at have en fast kontaktperson med specialiseret viden om amputation, som kan skabe overblik, koordinere indsatser og tilbyde støtte gennem hele forløbet. Funktionens værdi knytter sig ikke alene til den faglige rådgivning, men også til rådgivernes relationelle kompetencer og evne til at møde borgere og pårørende med nærvær, kontinuitet og forståelse. Evalueringen peger på, at netop kombinationen af specialiseret viden, praktisk erfaring og menneskelig støtte udgør funktionens særlige styrke. Denne tilgang afspejler projektets rehabiliterende og palliative afsæt, hvor der arbejdes med både fysiske, sociale, psykiske og eksistentielle konsekvenser af amputation.

Evalueringen viser samtidig, at rådgiverfunktionen ikke i sig selv løser de strukturelle udfordringer, der præger rehabiliteringsområdet, men bidrager til at afbøde konsekvenserne for den enkelte borger og familie ved at skabe større sammenhæng og støtte i et komplekst system.

Også netværksindsatsen vurderes at have haft betydning. De tværsektorielle netværk har styrket relationer, samarbejde og vidensdeling mellem fagprofessionelle og bidraget til opbygning og fastholdelse af specialiseret viden på et område, hvor mange fagpersoner kun møder få borgere med benamputation. Evalueringen peger dog på et organisatorisk paradoks: Netop de kommuner og fagpersoner, der har størst behov for specialiseret viden, kan have vanskeligst ved at prioritere deltagelse i netværksaktiviteter på grund af den lave patientvolumen.

Samlet peger evalueringen på, at amputationsrådgiverprojektet har bidraget til øget sammenhæng, koordinering og støtte i rehabiliteringsforløbet efter benamputation. Erfaringerne understøtter værdien af at kombinere specialiseret faglig viden, relationel kontinuitet og tværsektorielt samarbejde i indsatser rettet mod borgere med komplekse rehabiliteringsbehov. Resultaterne kan have relevans ud over amputationsområdet og bidrage til udviklingen af fremtidige sammenhængende rehabiliteringstilbud til mennesker med langvarige og komplekse forløb.

Evalueringen er udformet i rapportformat, samt i en pixi-udgave. Der er planlagt videnskabelig afrapportering af både kvalitative og kvantitative fund i et antal videnskabelige artikler.

## EXECUTIVE SUMMARY

People undergoing major lower-limb amputation often face complex rehabilitation pathways involving multiple healthcare providers, extensive physical rehabilitation needs, and significant physical, social, psychological, and existential challenges. To address these challenges, the Amputation Counsellor Project was established in Region Zealand, Denmark. The project aimed to strengthen continuity, coordination, and support throughout the rehabilitation process through two interconnected initiatives: an amputation counsellor service and a cross-sectoral professional network.

This evaluation was conducted using a mixed-methods design combining quantitative and qualitative data. Quantitative data described the characteristics of participating patients and the scope and content of the counselling intervention, while qualitative data explored the experiences of patients, relatives, amputation counsellors, healthcare professionals, and managers.

The evaluation shows that the amputation counsellor service was successfully implemented and achieved broad reach across the target population. More than 80% of all individuals undergoing major lower-limb amputation in Region Zealand during the project period were contacted by an amputation counsellor. The intervention was characterised by proactive follow-up, ongoing support, and coordination throughout the rehabilitation process.

Across all stakeholder groups, the counsellor function was perceived as a valuable addition to existing rehabilitation services. Patients and relatives described rehabilitation after amputation as a fragmented process involving multiple transitions between sectors and providers. In this context, the counsellor contributed continuity, overview, coordination, and access to specialised knowledge. The service was particularly valued for combining practical guidance and system navigation with emotional support and relational continuity.

A key finding is that the value of the intervention appears to stem from the combination of specialised amputation-related expertise and a person-centred, relationship-based approach. The intervention was informed by both rehabilitation principles and a palliative approach, recognising that rehabilitation following major lower-limb amputation involves not only physical recovery but also social, psychological, and existential adaptation. The counsellors therefore supported patients and families across multiple domains of need. The evaluation suggests that this holistic approach was central to the perceived benefits of the service.

The evaluation further demonstrates that the professional network component strengthened collaboration, knowledge sharing, and competence development across municipalities, hospitals, and other stakeholders. The networks supported both implementation of the counsellor function and maintenance of specialist knowledge in a field where many professionals encounter only a small number of amputees each year.

The project did not eliminate the structural challenges that continue to characterise amputation rehabilitation, including fragmented responsibilities and variation in services. However, it helped patients, relatives, and professionals navigate these challenges more effectively.

Overall, the evaluation indicates that the combination of specialised expertise, relational continuity, cross-sectoral coordination, and professional networking represents a promising model for supporting people with complex rehabilitation needs. The findings may have relevance beyond amputation rehabilitation and contribute to the development of future integrated rehabilitation services.

This evaluation is presented in a report and a pixi-version. Scientific articles with both qualitative and quantitative foci are under development.

## BAGGRUNDSVIDEN OG FORMÅL MED AMPUTATIONSRÅDGIVERPROJEKTET

I Danmark får omkring 1000 borgere årligt foretaget en større benamputation (over ankel niveau), langt de fleste på baggrund af kroniske sygdomme som åreforkalkning og diabetes (1). Rehabilitering efter større benamputation (herefter benamputation) er ofte præget af komplekse og langvarige forløb. Patientgruppen er typisk karakteriseret ved høj alder, multisygdom og betydelig dødelighed (2-4), hvilket medfører omfattende og skiftende behov for støtte, behandling og rehabilitering (5). Samtidig peger både forskning og kliniske erfaringer på, at rehabilitering efter benamputation ikke alene handler om fysisk funktion og mobilitet, men også om psykosociale, eksistentielle og palliative problemstillinger, som kan have stor betydning for patienter og deres pårørendes livskvalitet og muligheder for at genoptage et meningsfuldt hverdagsliv (6-8).

I Danmark er rehabiliteringsindsatsen efter benamputation imidlertid organiseret på tværs af sygehuse og kommuner, og der ses betydelig variation i både organisering, kvalitet og indhold af tilbuddene (9). Mange fagpersoner møder kun få borgere med benamputation årligt, hvilket kan gøre det vanskeligt at opretholde specialiseret viden og erfaring på området (9). Det kan udfordre sammenhængen i rehabiliteringsforløbene og medføre, at rehabiliteringen i højere grad fokuserer på fysisk genoptræning og aktiviteter i dagligdagen, mens psykologiske, sociale og eksistentielle behov får mindre opmærksomhed.

Patienter og pårørende beskriver et behov for støtte til at håndtere usikkerhed, tab, ændrede roller i familien, koordinering på tværs af sektorer samt hjælp til at navigere i et komplekst sundheds- og rehabiliteringssystem (6, 8). Tidligere initiativer har vist positive erfaringer med øget koordinering og sammenhæng i forløbene, men har samtidig peget på behovet for mere langvarig støtte og stærkere tværsektorielt samarbejde (10).

Amputationsrådgiverprojektet blev udviklet som svar på disse udfordringer med det formål at styrke sammenhæng, koordinering og støtte i rehabiliteringsforløbet for borgere med benamputation i Region Sjælland. Projektet kombinerer en individuel rådgiverfunktion med opbygning af tværfaglige og tværsektorielle netværk omkring patientforløbene med henblik på at understøtte både kvalitet, kontinuitet og vidensdeling på tværs af sektorer.

ViRSA (Vidensenhed for Rehabilitering og Palliation ved Sår og Amputationer) er en regional vidensenhed i Region Sjælland, etableret med det formål at samle, udvikle og formidle viden om rehabilitering og palliation til patienter med sår og amputationer, deres pårørende samt sundhedsprofessionelle og beslutningstagere. ViRSA arbejder både med indsatser rettet mod borgere, som har fået amputeret et ben, og borgere i risiko for amputation, med særligt fokus på at styrke kvalitet, sammenhæng og lighed i patientforløbene for en patientgruppe, som ofte har komplekse rehabiliterings- og behandlingsbehov. Se mere på ViRSAs hjemmeside: [Vidensenhed for Rehabilitering og palliation ved Sår og Amputationer - Region Sjælland - Vi er til for dig](#)

Gennem forskning, udvikling og tværsektorielle indsatser bidrager ViRSA både til at styrke de regionale tilbud og til den nationale udvikling på området, blandt andet gennem deltagelse i udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer og etableringen af den landsdækkende database Dansk Amputationsdatabase (DanAmp).

Amputationsrådgiverprojektet, som nærværende rapport evaluerer, er forankret i ViRSA som et tværsektorielt udviklings- og rehabiliteringstiltag med fokus på at skabe større sammenhæng og støtte i forløbene for ny-benamputerede borgere i Region Sjælland. Projektet og den øvrige drift af ViRSA blev fra november 2023 muliggjort gennem en bevilling fra Regionsrådet i Region Sjælland på fem mio. kr. Herudover arbejder ViRSA aktivt med at hjemtage ekstern finansiering, og en række af enhedens øvrige aktiviteter og projekter er finansieret gennem fondsbevillinger og eksterne samarbejder.

# BESKRIVELSE AF AMPUTATIONSRÅDGIVERPROJEKTET

Amputationsrådgiverprojektet er udviklet for at styrke sammenhæng, koordinering og støtte i forløbet efter benamputation. Projektet har et rehabiliterende og palliativt afsæt og tager udgangspunkt i, at en benamputation kan have omfattende konsekvenser for den enkelte og dennes pårørende. Indsatsen retter sig derfor mod såvel fysiske som psykiske, sociale og eksistentielle konsekvenser af amputationen med henblik på at understøtte den enkeltes hverdagsliv, livskvalitet og samlede rehabiliteringsforløb.

Projektet består af to indbyrdes forbundne indsatser: en amputationsrådgiverfunktion og et tværsektorielt netværk, se Figur 1. Projektet inkluderede de første patienter i december 2023 og fortsætter foreløbig frem til april 2027.

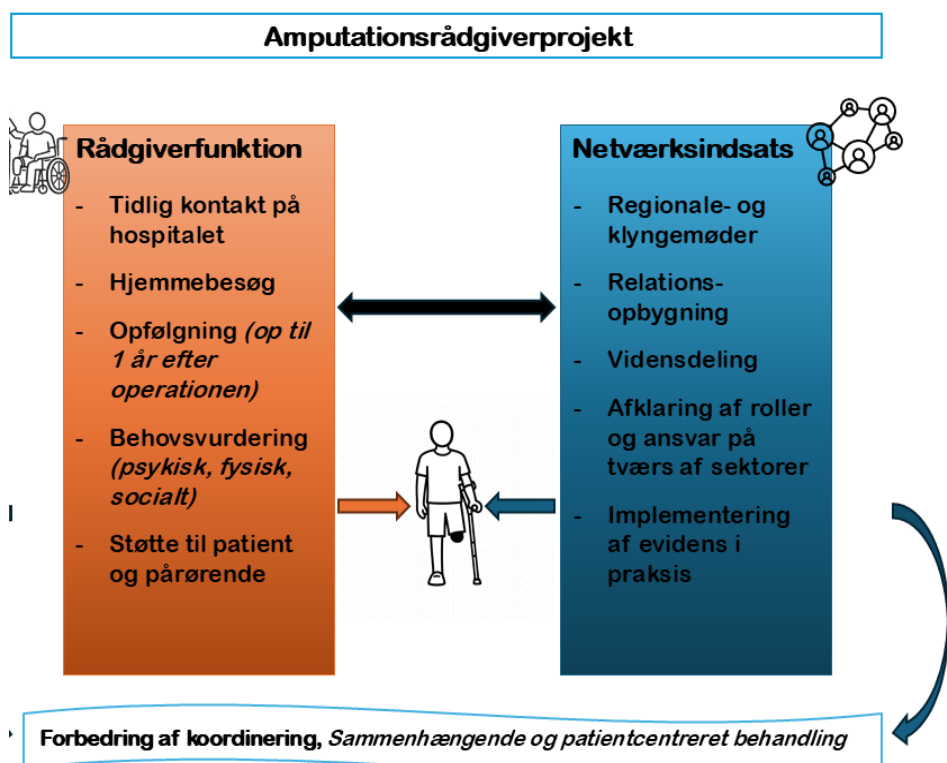
Siden november 2023 har alle borgere, der har gennemgået en benamputation på et af sygehusene i Region Sjælland, fået tilbudt tilknytning til en uvildig amputationsrådgiver (AR). Amputationsrådgiveren tilbyder støtte, rådgivning og konkret hjælp til borgere og pårørende i op til 12 måneder efter amputationen med fokus på at skabe overblik, sammenhæng og støtte i rehabiliteringsforløbet.

Parallelt hermed er der etableret et tværfagligt og tværsektorielt netværk bestående af fagprofessionelle fra sygehuse, kommuner og øvrige aktører på området. Netværket har til formål at styrke samarbejdet omkring borgere med benamputation, understøtte vidensdeling og kompetenceudvikling samt fremme implementeringen af evidensbaseret praksis.

På tværs af de to indsatser er de bærende elementer koordinering, kommunikation og samarbejde på tværs af sektorer, inddragelse af borgere og pårørende samt opbygning og fastholdelse af specialiseret viden på området. Det overordnede formål er at bidrage til sammenhængende forløb, hvor rehabiliterende og palliative behov identificeres og imødekommes med afsæt i den enkelte borgers situation, behov og ønsker. Se i øvrigt appendix 6 for den udviklede programteori.

Amputationsrådgiverfunktionen og det tværsektorielle netværk beskrives mere uddybende i de følgende afsnit.

**Figur 1: Illustration over amputationsrådgiverprojektets to dele**



## ORGANISERING

Amputationsrådgiverprojektet er organiseret med udgangspunkt i de fire sundhedsklynger omkring sygehusene i Holbæk, Køge, Slagelse og Nykøbing Falster samt de tilhørende kommuner. Der udføres ca. 40-50 amputationer årligt i hver klynge.

I projektet er der ansat fire amputationsrådgivere, hver med 11 timer ugentligt. Rådgiverne er tilknyttet hver deres sundhedsklynge, og to af rådgiverne har samtidig ansættelse i en kommune inden for den klynge, de dækker. Rådgiverne har forskellig sundhedsfaglig baggrund – to fysioterapeuter, en ergoterapeut og en bandagist – og alle har stor erfaring inden for amputationsområdet.

Projektet er udviklet og fulgt af en projektgruppe bestående af en projektleder og tre projektmedarbejdere med faglige baggrunde som henholdsvis fysioterapeut, socialrådgiver og bandagist. Projektgruppen har mødtes månedligt med amputationsrådgiverne med henblik på løbende at følge, justere og videreudvikle både rådgiverfunktionen og netværksaktiviteterne. Herudover har projektgruppen haft en central rolle i opbygningen og vedligeholdelsen af de tværsektorielle netværk, som udgør projektets anden hovedindsats, gennem facilitering af møder, kompetenceudvikling og understøttelse af vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper.

Ud over ViRSAs styregruppe, som har til formål at styrke selve udviklingen af ViRSA, har der været tilknyttet en kommunal referencegruppe bestående af kommunale sundhedschefer fra de fire sundhedsklynger. Referencegruppen har bidraget med kommunale perspektiver på projektets organisering, implementering og videre udvikling.

## RÅDGIVERFUNKTIONEN

Rådgiverfunktionen er udviklet med afsæt i litteratur om integrerede rehabiliteringsforløb (Integrated Care) (11, 12, 13), WHO's ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health) (14, 15, 16) samt en palliativ tilgang til rehabilitering (17). De tre perspektiver er valgt, fordi de på forskellig vis bidrager til en helhedsorienteret forståelse af de behov og udfordringer, der kan opstå efter en benamputation.

Integrated Care bidrager med et organisatorisk perspektiv på, hvordan indsatser kan koordineres og skabe kontinuitet på tværs af faggrupper, organisationer og sektorer. Dette er særligt relevant, fordi mennesker med benamputation ofte har komplekse forløb, hvor mange aktører fra både sygehus og kommune er involveret.

ICF-modellen bidrager med en biopsykosocial forståelse af funktionsevne og danner ramme for et bredt rehabiliteringsperspektiv. Funktionsevne forstås her som et samspil mellem kroppens funktioner og anatomi, aktivitet og deltagelse og de kontekstuelle faktorer – herunder personlige og omgivelsesmæssige forhold – der har betydning for menneskets hverdagsliv. Rehabilitering efter en benamputation handler dermed ikke alene om fysisk funktion og genoptræning, men også om mulighederne for at genoptage eller tilpasse hverdagsliv, aktiviteter og deltagelse i sociale og samfundsmæssige sammenhænge.

Det rehabiliterende perspektiv suppleres af en palliativ tilgang, fordi en del mennesker med benamputation lever med alvorlig sygdom, multimorbiditet og betydelige fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemstillinger. Hvor rehabilitering har fokus på at understøtte funktionsevne, aktivitet, deltagelse og et meningsfuldt hverdagsliv, bidrager den palliative tilgang med et samtidigt fokus på lindring, livskvalitet og støtte til borgeren og de pårørende. Rehabilitering og palliation forstås således som komplementære tilgange, der kan være relevante samtidig og med forskellig vægt gennem forløbet.

Samlet understøtter de tre perspektiver en rådgiverfunktion, der både har fokus på borgerens samlede situation og på sammenhængen mellem de indsatser og aktører, der indgår i forløbet.

Der tilbydes uvildig rådgivning fra én af de fire amputationsrådgivere til alle patienter efter benamputation i Region Sjælland. Den første kontakt mellem amputationsrådgiver og borger sker på sygehuset formidlet af de lokale ortopædkirurgiske afdelinger. Derefter aftales typisk et møde i borgerens hjem, hvis borgeren ønsker dette. De efterfølgende kontakter er en kombination af fastlagte kontaktpunkter og individuelle aftaler tilpasset borgerens behov (se forløbsbeskrivelse i appendiks). Kontakterne kan ske ved personligt møde, telefon eller video, og borgeren kan frit kontakte rådgiveren ved behov.

Rådgivningen planlægges i samarbejde med borgeren og tog oprindeligt udgangspunkt i minimum fem fastlagte kontakter i løbet af det første år efter amputationen. Undervejs i projektet blev forløbet justeret på baggrund af amputationsrådgivernes erfaringer med borgernes behov, så kontakthypigheden blev størst i den første del af forløbet og herefter gradvist aftog (se figur 2).

Amputationsrådgiverne registrerer løbende deres kontakter med borgere og pårørende i en projektdatabase. For hver kontakt registreres tidspunkt, kontaktform, varighed og indhold. Projektdatabasen er koblet til Dansk Amputationsdatabase (DanAmp), hvilket gør det muligt at sammenholde oplysninger om rådgivningsindsatsen med kliniske oplysninger om amputationen og patientforløbet.

Indholdet af rådgivningen er individuelt tilpasset, men tager udgangspunkt i en fastlagt forløbsbeskrivelse udviklet til rådgivningsforløbet (se appendix 2). Med afsæt i ICF-modellen anlægges et helhedsorienteret perspektiv på borgerens funktionsevne, herunder kroppens funktioner, aktivitet og deltagelse samt de personlige og omgivelsesmæssige faktorer, der har betydning for hverdagslivet. Samtidig bygger rådgivningen på en palliativ tilgang med fokus på borgerens og de pårørendes samlede situation og på fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemstillinger.

Et centralt element i rådgivningen er derfor opbygning af en relation til borgeren og de pårørende samt løbende dialog om de udfordringer og behov, der opstår gennem forløbet. Det kan dreje sig om problemer relateret til funktionsevne, hjælpemidler, genoptræning, samarbejde med kommune og sygehus, sociale forhold eller håndtering af de personlige konsekvenser af amputation. Rådgiveren har samtidig haft fokus på at understøtte fremdrift og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet på tværs af sektorer og aktører.

**Figur 2: Overblik over amputationsrådgivers planlagte kontakt**



## DET TVÆRSEKTORIELLE AMPUTATIONSNETVÆRK

Som en central del af amputationsrådgiverprojektet er der etableret et tværfagligt og tværsektorielt amputationsnetværk for fagprofessionelle, der er involveret i forløb for mennesker med benamputation. Netværket omfatter deltagere fra sygehuse, kommuner, bandagistvirksomheder og øvrige relevante aktører på området.

Netværket er etableret med afsæt i, at rehabilitering og palliation efter benamputation involverer forskellige faggrupper og organisatoriske enheder på tværs af sektorer. Den enkelte fagprofessionelle varetager typisk kun dele af borgerens samlede forløb, og særligt i kommunerne kan der være relativt få borgere med benamputation i den enkelte fagpersons daglige praksis. Det kan gøre det vanskeligt både at opbygge og fastholde specialiseret viden og at have kendskab til de øvrige aktørers roller, kompetencer og indsatser. Netværket er derfor etableret som en fælles tværsektoriel ramme for vidensdeling, kompetenceudvikling, faglig sparring og udvikling af samarbejdet omkring mennesker med benamputation.

Netværksindsatsen er organiseret omkring et årligt fælles tværfagligt og tværsektorielt seminar med deltagere fra alle fire sundhedsklynger samt et årligt netværksmøde i hver af de fire klynger. Møderne har omfattet faglige oplæg med formidling og drøftelse af ny viden, arbejde med implementering af kliniske retningslinjer samt faglig sparring om problemstillinger relateret til rehabilitering og palliation ved benamputation. Herved har netværket

haft til formål både at styrke deltagernes faglige kompetencer og at understøtte anvendelsen af evidensbaseret viden i praksis.

Et centralt element i netværksarbejdet har været et fælles fokus på det samlede forløb for mennesker med benamputation. Som led heri har deltagerne på tværs af faggrupper og sektorer udarbejdet en grafisk fremstilling af *Livsrejser med benamputation*. Arbejdet med livsrejserne har synliggjort de forskellige faser, indsatser og overgange, som mennesker med benamputation kan møde gennem deres forløb. Samtidig har processen givet deltagerne mulighed for at se egen faglige og organisatoriske rolle i sammenhæng med andre aktørers roller og for at identificere muligheder og udfordringer for kommunikation, koordinering og samarbejde på tværs af sektorer.

Netværksmøderne har desuden fungeret som forum for konkret faglig sparring og erfaringsudveksling mellem deltagerne. Deltagerne er blevet opfordret til at anvende de etablerede relationer til fortsat kontakt og faglig sparring mellem de formelle netværksmøder. Netværket har dermed ikke alene haft til formål at formidle specialiseret viden, men også at skabe relationer og kontaktmuligheder mellem fagprofessionelle, som kan understøtte vidensdeling og tværsektorielt samarbejde i den daglige praksis.

Samlet set supplerer det tværsektorielle netværk amputationsrådgiverfunktionen ved at rette indsatsen mod de fagprofessionelle og de organisatoriske sammenhænge omkring borgerens forløb. Hvor rådgiverfunktionen primært understøtter den enkelte borger og de pårørende gennem forløbet, har netværket til formål at styrke de faglige kompetencer, relationer og samarbejdsflader på tværs af de aktører, der indgår i rehabilitering og palliation efter benamputation.

## EVALUERING AF PROJEKTET

Formålet med evalueringen er at undersøge, hvordan amputationsrådgiverfunktionen er blevet implementeret og anvendt i praksis, samt hvilken betydning funktionen har haft for borgere med benamputation, deres pårørende og de fagprofessionelle aktører omkring rehabiliteringsforløbet. Evalueringen har desuden til formål at belyse, hvordan det tværsektorielle samarbejde og netværksdannelsen omkring amputationsrådgiverne har udviklet sig fra projektet startede i december 2023 og frem til evalueringen blev gennemført i efteråret 2025.

Evalueringen er gennemført som en kombineret kvantitativ og kvalitativ evaluering. Den kvantitative del beskriver karakteristika for borgerne, der er inkluderet i projektet, omfang og indhold af rådgiverfunktionen samt udviklingen i patienternes funktionsevne og helbredsrelateret livskvalitet. Den kvalitative del undersøger oplevelser og erfaringer med amputationsrådgiverfunktionen blandt amputationsrådgivere, borgere, pårørende, fagprofessionelle aktører og sundhedschefer via interviews og workshopdata. Derudover undersøges netværkenes funktion som forum for vidensdeling og erfaringsudveksling gennem workshops afholdt i forbindelse med det årlige netværksmøde i november 2025.

Den *kvantitative* evaluering belyser særligt:

- beskrivelse af deltagernes karakteristika og funktionsniveau inden amputationen
- beskrivelse af omfang og indhold af rådgiverfunktionen
- vurdering af helbredsrelateret livskvalitet (HRQoL)

Den *kvalitative* evaluering belyser særligt:

- hvordan amputationsrådgiverne i praksis udfører støtte, rådgivning og konkret hjælp, til mennesker med benamputation og deres pårørende
- hvordan borgere, pårørende, amputationsrådgivere og fagprofessionelle oplever rådgiverfunktionen og dens betydning i rehabiliteringsforløbet

- hvordan fagprofessionelle og amputationsrådgivere oplever og anvender klyngenetværkene i deres daglige arbejde, herunder netværkenes betydning for tværsektorielt samarbejde, vidensdeling og erfaringsudveksling

## Evalueringsramme og proces

Undervejs i projektperioden har projektgruppen gennemført løbende opfølgning og devaluering med henblik på at følge projektets udvikling og identificere behov for justeringer. For rådgiverfunktionen har dette omfattet løbende data fra projektets database, systematisk opsamling af amputationsrådgivernes erfaringer på de månedlige møder samt et fokusgruppeinterview med amputationsrådgiverne i januar 2025. For netværksindsatsen er erfaringer og udviklingspunkter løbende blevet dokumenteret gennem referater fra netværksmøderne. Resultater og erfaringer fra disse aktiviteter har dannet grundlag for justering og videreudvikling af projektets indsatser (18).

Amputationsrådgiverprojektet blev igangsat i november 2023 og var på tidspunktet for planlægningen af evalueringen forventet afsluttet i foråret 2026. Dataindsamlingen til nærværende evaluering blev gennemført i november 2025. Tidspunktet blev valgt for at sikre, at resultaterne kunne foreligge inden den planlagte projektafslutning og dermed indgå i beslutningsgrundlaget for projektets eventuelle videreførelse og overgang til daglig drift. Evalueringen blev således gennemført, mens projektet fortsat var i gang, og skal ikke forstås som en evaluering af et afsluttet projektforsøg. Projektperioden er efter dataindsamlingen blevet forlænget til udgangen af april 2027.

Evalueringen omfatter projektperioden fra opstarten i november 2023 til dataindsamlingen i november 2025 og har primært fokus på den udformning, som amputationsrådgiverfunktionen og det tværsektorielle netværk havde på tidspunktet for dataindsamlingen. Da projektets indhold og organisering er blevet udviklet og justeret undervejs, har evalueringen desuden haft fokus på denne udviklingsproces. Alle de gennemførte interviews har derfor både belyst erfaringer med projektets aktuelle udformning og bidraget til at belyse væsentlige ændringer og tilpasninger gennem projektperioden.

For at sikre størst mulig uafhængighed i evalueringen har projektorganisationen, i tråd med armslængdeprincippet, ønsket, at evalueringen primært blev gennemført af en ekstern samarbejdspartner. Denne opgave er varetaget af OPEN Forskningsenhed ved Region Syddanmark og Syddansk Universitet, som har gennemført den kvalitative og kvantitative evaluering og stået for udarbejdelsen af denne rapport. Som led i evalueringen har OPEN desuden afholdt evalueringsworkshops og gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt deltagerne i de årlige tværsektorielle netværksseminarer.

## METODE OG MATERIALE

Evalueringen er gennemført som en kombineret kvantitativ og kvalitativ evaluering baseret på flere datakilder. Datakilderne er valgt med henblik på dels at beskrive, hvem der har modtaget rådgivningsindsatsen, og hvordan den er blevet anvendt, dels at undersøge udvikling i borgernes funktionsevne og helbredsrelaterede livskvalitet samt erfaringer med rådgiverfunktionen og den tværsektorielle netværksindsats blandt borgere, pårørende, amputationsrådgivere, fagprofessionelle og kommunale sundhedschefer.

Da projektet løbende er blevet fulgt og justeret, indgår både data indsamlet som en del af projektets løbende dokumentation og data indsamlet specifikt med henblik på nærværende evaluering. Tabel 1 giver et samlet overblik over datakilder, målgrupper, tidspunkt for dataindsamling, formål og anvendelse i evalueringen. De enkelte metoder beskrives efterfølgende mere detaljeret.

**Tabel 1 Oversigt over den samlede dataindsamling, metoder og fokusområder**

| <b>Datakilde / aktivitet</b>                                    | <b>Deltagere / population</b>                          | <b>Tidspunkt / periode</b>                          | <b>Data / indhold</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>Formål og anvendelse</b>                                                                                                                           | <b>Type af dataindsamling</b>                  |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>DanAmp – kliniske data</b>                                   | Borgere inkluderet i projektet med samtykke til DanAmp | 1.12.2023 – 7.2.2026                                | Kliniske oplysninger, herunder fx komorbiditet og amputationsniveau, samt udførelse af mobilisering under indlæggelse                                                                                                 | Beskrivelse af deltagernes kliniske karakteristika                                                                                                    | Projekt-dokumentation / kvantitativ evaluering |
| <b>DanAmp – funktionsevne og helbredsrelateret livskvalitet</b> | Borgere inkluderet i projektet med samtykke til DanAmp | Indlæggelsen/ efter amputation/ efter udskrivelse   | Funktionsmålinger NMS og EQ-5D-5L. Borgerne vurderer retrospektivt egen funktion og helbredstilstand med udgangspunkt i situationen én måned før amputationen. Desuden indsamles trænings- og proteseerhvervelsesdata | Beskrivelse af funktionsevne og helbredsrelateret livskvalitet før amputationen, samt helbredsrelateret livskvalitet, træning og protese 3 mdr. efter | Projekt-dokumentation / kvantitativ evaluering |
| <b>DanAmp - Amputations-rådgivernes registreringer</b>          | Amputations-rådgiveres kontakter                       | Løbende                                             | Tidspunkt, kontaktform, varighed og indhold af kontakten                                                                                                                                                              | Beskrivelse af omfang, intensitet og indhold af rådgiverfunktionen samt sammenholdelse med projektets programteori                                    | Projekt-dokumentation / kvantitativ evaluering |
| <b>Månedlige møder</b>                                          | Amputations-rådgivere og projektgruppen                | Løbende                                             | Erfaringer fra rådgivningsforløbene, udfordringer, behov og forslag til justeringer                                                                                                                                   | Løbende opfølgning og videreudvikling af rådgiverfunktionen                                                                                           | Projekt-dokumentation / løbende opfølgning     |
| <b>Fokusgruppe-interview</b>                                    | Fire amputationsrådgivere                              | Januar 2025                                         | Erfaringer med rådgiverfunktionens organisering, indhold og udvikling                                                                                                                                                 | Identifikation af erfaringer og behov for justering af indsatsen                                                                                      | Devaluering                                    |
| <b>Referater fra netværks-møder</b>                             | Deltagere i de tværsektorielle amputationsnetværk      | Løbende                                             | Erfaringer, drøftelser og udviklingspunkter fra netværksmøderne                                                                                                                                                       | Løbende opfølgning og udvikling af netværksindsatsen                                                                                                  | Projektdokumentation / løbende opfølgning      |
| <b>Semi-strukturerede interviews – borgere og pårørende</b>     | 19 borgere, når muligt med deltagelse af pårørende     | Oktober 2025–januar 2026                            | Oplevelse af amputationsforløbet, støtte fra amputationsrådgiver, inddragelse, mestring, livskvalitet samt forskelle mellem akutte og planlagte forløb                                                                | Belyse borgeres og pårørendes erfaringer med og oplevede betydning af rådgiverfunktionen                                                              | Samlet kvalitativ evaluering                   |
| <b>Semi-strukturerede interviews – amputations-rådgivere</b>    | Fire amputationsrådgivere                              | Oktober 2025–januar 2026                            | Rådgiverens arbejde og rolle, støtte og rådgivning, koordinering, samarbejde, uvildighed, netværk samt udvikling af funktionen                                                                                        | Belyse implementering og rådgiverfunktionens virkemåde i praksis                                                                                      | Samlet kvalitativ evaluering                   |
| <b>Semi-strukturerede interviews – sundhedschefer</b>           | To kommunale sundhedschefer                            | Oktober 2025–januar 2026                            | Rolle og ansvar, ejerskab, prioritering, beslutningsgrundlag og fremtidig forankring                                                                                                                                  | Belyse organisatoriske perspektiver og muligheder for fremtidig forankring                                                                            | Samlet kvalitativ evaluering                   |
| <b>Spørgeskema</b>                                              | 56 fagprofessionelle Netværks-deltagere                | November 2025, ved tilmelding til netværksseminaret | Klyngetilhørsforhold, faggruppe, antal års erfaring med borgere med benamputation samt antal års erfaring inden for eget fag                                                                                          | Beskrivelse af netværksdeltagernes faglige og organisatoriske profil                                                                                  | Samlet evaluering                              |
| <b>Workshop – rådgiver-funktionen</b>                           | 56 fagprofessionelle netværks-deltagere                | November 2025                                       | Styrker, svagheder, muligheder og udfordringer ved amputationsrådgiverfunktionen belyst gennem World Café og SWOT                                                                                                     | Belyse fagprofessionelles erfaringer med og vurdering af rådgiverfunktionen                                                                           | Samlet kvalitativ evaluering                   |
| <b>Workshop – netværks-indsatsen</b>                            | 56 fagprofessionelle netværks-deltagere                | November 2025                                       | Styrker, svagheder, muligheder og udfordringer ved netværket samt betydningen for samarbejde, vidensdeling og koordinering                                                                                            | Belyse netværkets funktion og oplevede betydning for tværsektorielt samarbejde                                                                        | Samlet kvalitativ evaluering                   |

## Kvantitativ evalueringsmetode

Den kvantitative evaluering baserer sig på patientrapporteret data fra Dansk Amputationsdatabase (DanAmp), kliniske indrapporteringer samt amputationsrådgivernes løbende registreringer af rådgivningskontakter. Analysen omfatter primært 178 borgere inkluderet i amputationsrådgiverprojektet i perioden 1. december 2023 til 7. februar 2026, som har givet samtykke til anvendelse af deres data fra DanAmp.

De kvantitative data omfatter kliniske oplysninger, herunder komorbiditet og amputationsniveau, patientrapporterede oplysninger om funktionsevne, træning, proteseerhvervelse og helbredsrelateret livskvalitet samt oplysninger om rådgivningsindsatsen. Amputationsrådgiverne har løbende registreret tidspunkt, kontaktform, varighed og indhold for deres kontakter med borgere og pårørende. De patientrapporterede data er indsamlet i DanAmp. Ved indlæggelsen efter amputationen blev borgerne bedt om retrospektivt at vurdere deres funktionsevne og helbredsrelaterede livskvalitet med udgangspunkt i deres situation én måned før amputationen. Helbredsrelateret livskvalitet blev målt med European Quality of Life (EQ-5D-5L), som på en skala fra 1-5 måler helbredsrelateret livskvalitet indenfor fem områder (mobilitet, egenomsorg, sædvanlige aktiviteter, smerter, angst) (19). Funktionsevne blev målt med New Mobility Score (NMS) på en 0-9 skala indenfor tre områder (indendørs gang, udendørs gang og indkøb). Patienterne har rapporteret oplysninger om træning og proteseerhvervelse (20). Desuden er der målt på om der er foretaget undersøgelse af mobilitet under indlæggelsen (om der foretaget en Basic Amputee Mobility Score (BAMS) (21). Se oversigt over anvendt data i tabel 1

Data anvendes til at beskrive populationens karakteristika og funktionsniveau, samt omfanget og indholdet af rådgiverfunktionen. Derudover undersøges ændringer i helbredsrelateret livskvalitet fra tilstand en måned før amputation til 3 mdr. opfølgning. Den gennemførte rådgivningsindsats sammenholdes desuden med de forventede aktiviteter og virkningsmekanismer beskrevet i projektets programteori (se appendiks 6).

## Kvalitativ Evalueringsmetode

Den kvalitative evaluering bygger på tre datakilder: 1) semistrukturerede interviews med borgere og pårørende, amputationsrådgivere og kommunale sundhedschefer, 2) workshopdata fra fagprofessionelle i de fire sundhedsklynger og 3) et kort spørgeskema blandt deltagerne i netværksseminaret. Datakilderne belyser forskellige perspektiver på rådgiverfunktionen og netværksindsatsen og er anvendt komplementært i den samlede evaluering (se tabel 1).

Interviewene havde primært til formål at undersøge, hvordan rådgiverfunktionen er blevet anvendt og oplevet af de forskellige aktører, mens workshopdata blev anvendt til at undersøge fagprofessionelles erfaringer med både rådgiverfunktionen og det tværsektorielle netværk. Spørgeskemaet blev anvendt til at beskrive deltagerprofilen i netværket med hensyn til blandt andet faggruppe, klyngetilhørsforhold og erfaring med mennesker med benamputation.

De kvalitative data blev analyseret ved hjælp af Framework Analysis udviklet af Ritchie og Spencer (22). Tilgangen er valgt, fordi den muliggør en systematisk analyse og sammenstilling af forskellige kvalitative datakilder og er særligt velegnet til evalueringer, der skal informere praksis og beslutningstagning.

*Framework analysis* retter sig mod at informere praktikere og beslutningstagere. *Framework analysis* er en tværgående analyse, der har til formål at opnå en analytisk syntese på tværs af forskellige datasæt og derigennem præsentere et samlet framework for, hvordan noget fungerer i praksis (22). Dette giver en struktureret og systematisk tilgang til analyse af heterogene data, som samlet kan evaluere amputationsrådgiverfunktionen og netværksdannelsen.

Analysen er foretaget i fem hovedtrin: a) *fortroliggørelse* af data, hvor der opnås et helhedsindtryk af data, b) *udvikling af analytisk ramme*, hvor der dannes a priori og emergente koder, c) *indeksering*, til systematisk kodning af data, d) *charting*, til abstraktion og sammenstilling af data på tværs af cases og e) *mapping og fortolkning*, til at forklare mønstre og sammenhæng.

I resultatafsnittet præsenteres først en syntese af analyserne fra de enkelte interviewgrupper (*charting*). Disse analyser udgør basen for den sidste fase (*mapping og fortolkning*), som danner grundlag for den tværgående analyse, der præsenteres efterfølgende i resultatafsnittet.

## INDSAMLING AF DATA

Den kvalitative del af projektet har indsamlet data via interviews med amputationsrådgivere, borgere, pårørende og kommunale sundhedschefer, og derudover via workshopdata blandt de fagprofessionelle rundt om borgerne i amputationsforløbene. De fagprofessionelle deltog i workshops og svarede på spørgeskemaer i november 2025. I oversigten viser en oversigt over dataindsamlingen.

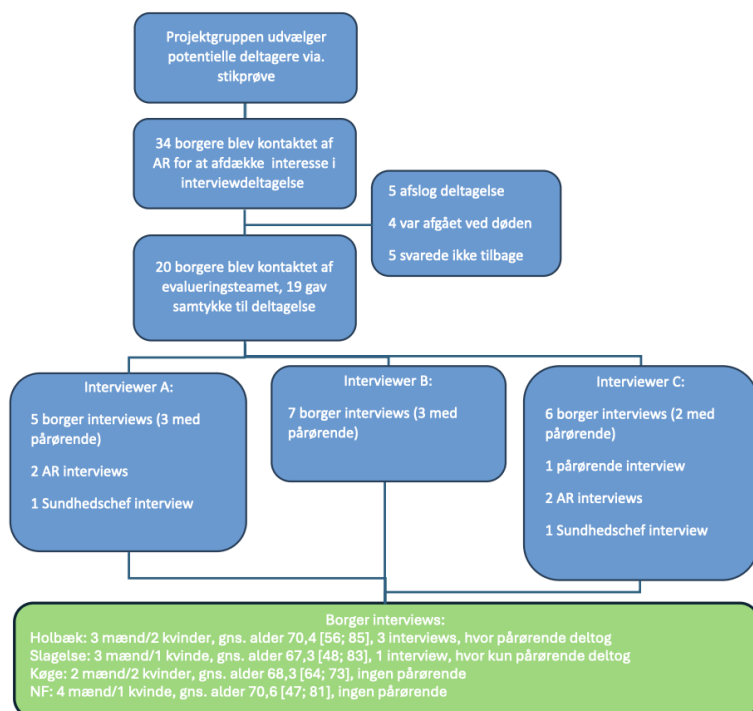
### Interviewdata

Der er foretaget 25 semi-strukturerede interviews fra oktober 2025 til januar 2026. 19 interviews er med borgere, der er fået foretaget en amputation og når muligt med deltagelse af deres pårørende. Yderligere er alle fire amputationsrådgivere interviewet samt to kommunale sundhedschefer omhandlende rådgiverfunktionen (se oversigt i figur 3).

Borgere og pårørende blev udvalgt fra den eksisterende database over inkluderede borgere i projektet. Udvælgelsen blev foretaget af ViRSAs projektleder og projektmedarbejder med henblik på at få et bredt spektrum af deltagere (alder, køn, geografisk placering og akut eller planlagt amputation). Amputationsrådgiverne kontaktede efterfølgende borgerne med henblik på at tilbyde deltagelse i evalueringen. I alt blev 20 personer tilbudt deltagelse. De blev alle ringet op af evalueringsholdet, hvorefter 19 sagde ja til deltagelse. Interviews blev gennemført via tre interviewere med udgangspunkt i en fælles interviewguide til hver gruppe af interviewede (23) (se appendix 3 og 4). Interviewguides blev udarbejdet af evalueringsgruppen i samarbejde med projektgruppen for at sikre, at guiden var dækkende for evalueringens formål. Herudover blev de gennemlæst og kommenteret af ViRSAs eksisterende brugerråd bestående af borgere med levede erfaringer med benamputation. Interviewguiden muliggjorde både en systematisk afdækning af temaer samt mulighed for at følge deltagerens perspektiver og erfaringer.

Alle interviews blev lydoptaget med diktafon, opbevaret på et sikkert fælles miljø placeret i OPEN forskerstøtte (Region Syd) og herefter transskriberet i UCloud via Syddansk Universitets sikre server.

**Figur 3: Oversigt over indsamling af interviewdata**



## Workshops - evaluering af netværksindsatsen

Data til evalueringen af netværksindsatsen blev indsamlet på det årlige tværgående netværksseminar, som blev afholdt i november 2025. På seminaret deltog 56 fagprofessionelle fra sygehuse, kommuner og øvrige aktører involveret i rehabilitering af borgere med benamputation på tværs af Region Sjællands fire sundhedsklynger.

Seminaret bestod af fælles oplæg om faglige temaer samt to workshopforløb, hvor deltagerne arbejdede i deres respektive sundhedsklynger.

I den første workshop blev deltagerne bedt om at vurdere amputationsrådgiverfunktionen ved hjælp af World Café-metoden (24) kombineret med en SWOT-analyse (25). Deltagerne identificerede og diskuterede amputationsrådgiverfunktionens styrker, svagheder, muligheder og udfordringer i relation til arbejdet med borgere, der har gennemgået benamputation.

Den anden workshop havde fokus på selve netværksindsatsen. Her blev deltagerne bedt om at reflektere over styrker, svagheder, muligheder og udfordringer ved de tværsektorielle netværk og deres betydning for samarbejde, vidensdeling og koordinering på tværs af sektorer.

Data fra begge workshops blev dokumenteret på flipovers- og post-its og analyseret ved hjælp af Framework Analysis inspireret af Ritchie og Spencer, svarende til den analysetilgang, der blev anvendt i evalueringens interviewdel.

## Spørgeskema - Netværksklynger

Ved tilmelding til netværksmødet i november 2025, blev deltagerne bedt om at udfylde et kort, anonymt spørgeskema indeholdende informationer om: Klyngetilhør, faggruppe, antal års erfaring med borgere efter benamputation samt antal års erfaring med det pågældende fag. Disse er brugt til deskriptive analyser om netværkets deltagerprofil.

## RESULTATER

Resultatafsnittet indledes med den kvantitative del af evalueringen, herunder en beskrivelse af deltagernes karakteristika og funktionsniveau, omfanget og indholdet af amputationsrådgiverfunktionen samt udviklingen i funktionsevne, proteseanvendelse, træning og helbredsrelateret livskvalitet.

Herefter præsenteres den kvalitative evaluering af amputationsrådgiverfunktionen, hvor borgere, pårørende, amputationsrådgivere, fagprofessionelle og ledere bidrager med perspektiver på funktionens anvendelse, organisering og betydning i rehabiliteringsforløbet. På baggrund af de kvantitative og kvalitative fund gives der efterfølgende en samlet evaluering af amputationsrådgiverfunktionens implementering og betydning i forhold til projektets formål.

Dernæst præsenteres evalueringen af projektets netværksindsats. Her belyses netværksindsatsens funktion og betydning for tværsektorielt samarbejde, koordinering, vidensdeling og kompetenceudvikling på amputationsområdet. Evalueringen omfatter både fagprofessionelles og amputationsrådgiveres erfaringer med netværkene samt deres betydning for udvikling og fastholdelse af specialiseret viden på tværs af sektorer.

Afslutningsvis sammenfattes resultaterne i en samlet vurdering af amputationsrådgiverprojektet, hvor de to indsatser – amputationsrådgiverfunktionen og netværksindsatsen – vurderes i forhold til projektets overordnede formål om at styrke sammenhæng, koordinering og kvalitet i rehabiliteringsforløbet efter benamputation.

## Kvantitative resultater

### Borgere omfattet af amputationsrådgiverprojektet

I den periode som evalueringen baserer sig på, har der i alt været 331 borgere i Region Sjælland der har fået foretaget benamputation (Data trukket fra Sundhedsplatformen). Amputationsrådgiverne har i perioden haft kontakt til 278 borgere, svarerne til 84% af dem der har fået foretaget en benamputation i perioden. I alt har der været 1046 kontakter. Der er kun sparsomme data på de 16%, som ikke har været kontaktet, og det er derfor ikke muligt at påpege årsagen til manglende kontakt. Erfaringsmæssig drejer det sig dog typisk om borgere der er helbredsmæssigt svage. De sparsomme data peger da også på at nogle borgere døde inden det har været muligt at tage kontakt.

### Borgere inkluderet i den kvantitative evaluering

Undervejs i projektet har der været justeret i måden at indhente data til DanAmp databasen. Dette har betydet, at der i visse forløb ikke har været indrapporteret kliniske data på alle borgere. For at danne et solidt data grundlag til evalueringen, blev det besluttet kun at inkludere borgere, som både har rådgiverforløbsdata og indrapporteret klinisk data. Til beskrivelse af kohorten og til evalueringen af rådgiverindsatsen drejer det sig om 178 borgere. Det betyder, at de efterfølgende kvantitative analyser og beskrivelser bygger på en delmængde af de borgere, der har fået foretaget benamputation i perioden.

### Deltagerkarakteristika

Tabel 2 viser karakteristika for de 178 borgere, der indgår i den kvantitative evaluering, flest i Slagelse klyngen, færrest i Nykøbing klyngen. Oversigten viser at 2/3 af de inkluderede er mænd, gennemsnitsalderen er 71 år, og 30% af deltagende borgere er 78 år eller derover. Over 60% har fået foretaget amputation over knæniveau (TFA), og hos ca. 90% er der angivet komorbiditet. Køge klyngen har den laveste andel af deltagere med diabetes (31%) og arteriosklerose (48%). Fire ud fem er tidligere eller nuværende rygere, men der er stor variation mellem de fire klynger. I forbindelse med indlæggelse for amputationen har ca. 80% fået foretaget mobilitetsscore under indlæggelse (BAMS), og for 92% er der lagt en mobiliseringsplan på hospitalet postoperativt. Denne mobiliseringsplan føres for langt de fleste ud i livet og over 90% mobiliseres inden for syv dage efter operationen. Der er i forlængelse af udskrivelse lagt en almen kommunal genoptræningsplan for 89,3% af patienterne.

**Tabel 2. Karakteristika for inkluderende borgere i amputationsrådgiver projektet registret i DanAmp databasen i perioden 1/12 2023 til 7/2 2026.**

| Variabel                               | Slagelse<br>n=51<br>(28.7%) | Holbæk<br>n=47<br>(26.4%) | Nykøbing F<br>n=38<br>(21.3%) | Køge<br>n=42<br>(23.6%) | Samlet<br>n=178<br>(100%) |
|----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Alder (gennemsnit år)                  | 74.3                        | 71.6                      | 70.2                          | 67.6                    | 71.1                      |
| Aldersgrupper n (%)                    |                             |                           |                               |                         |                           |
| • 40 – 67 år                           | 14 (36.4%)                  | 21 (44.7%)                | 14 (36.8%)                    | 17 (40.5%)              | 66 (36.7%)                |
| • 68 – 77 år                           | 13 (24.5%)                  | 12 (25.5%)                | 15 (39.5%)                    | 20 (47.6%)              | 60 (33.3%)                |
| • 78 år og over                        | 26 (49.1%)                  | 14 (29.8%)                | 9 (23.7%)                     | 5 (11.9%)               | 54 (30.0%)                |
| Køn (mænd) n (%)                       | 33 (64.7%)                  | 28 (59.6%)                | 29 (76.3%)                    | 26 (61.9%)              | 116 (65.2%)               |
| Operationsniveau n (%)                 |                             |                           |                               |                         |                           |
| • TTA                                  | 19 (37.3%)                  | 16 (34.0%)                | 9 (23.7%)                     | 16 (39.0%)              | 60 (33.9%)                |
| • Knæ                                  | 5 (9.8%)                    | 0 (0.0%)                  | 0 (0.0%)                      | 2 (4.9%)                | 7 (4.0%)                  |
| • TFA                                  | 27 (52.9%)                  | 31 (66.0%)                | 29 (76.3%)                    | 23 (56.1%)              | 110 (62.1%)               |
| Komorbiditet                           |                             |                           |                               |                         |                           |
| • Ingen komorbiditet                   | 4 (7.8%)                    | 2 (4.3%)                  | 3 (7.9%)                      | 10 (23.8%)              | 19 (10.7%)                |
| • Diabetes                             | 24 (47.1%)                  | 21 (44.7%)                | 21 (55.3%)                    | 13 (31.0%)              | 79 (44.4%)                |
| • Arteriosklerose                      | 37 (72.5%)                  | 35 (74.5%)                | 24 (63.2%)                    | 20 (47.6%)              | 116 (65.2%)               |
| Tobaksstatus n (%)                     |                             |                           |                               |                         |                           |
| • Aldrig røget                         | 7 (17.5%)                   | 12 (28.6%)                | 2 (5.7%)                      | 10 (24.4%)              | 31 (19.6%)                |
| • Tidligere ryger                      | 21 (52.5%)                  | 19 (45.2%)                | 16 (45.7%)                    | 20 (48.8%)              | 76 (48.1%)                |
| • Nuværende ryger                      | 12 (30.0%)                  | 11 (26.2%)                | 17 (48.6%)                    | 11 (26.8%)              | 51 (32.3%)                |
| Boligform før indl. n (%)              |                             |                           |                               |                         |                           |
| • Eget hjem                            | 46 (92.0%)                  | 45 (97.8%)                | 33 (94.3%)                    | 42 (100%)               | 166 (96.0%)               |
| • Døgnplass                            | 2 (4.0%)                    | 0 (0.0%)                  | 0 (0.0%)                      | 0 (0.0%)                | 2 (1.2%)                  |
| • Døgninstitution                      | 2 (4.0%)                    | 0 (0.0%)                  | 2 (5.7%)                      | 0 (0.0%)                | 4 (2.3%)                  |
| • Andet                                | 0 (0.0%)                    | 1 (2.2%)                  | 0 (0.0%)                      | 0 (0.0%)                | 1 (0.6%)                  |
| BAMS* udført                           | 46 (90.2%)                  | 25 (53.2%)                | 32 (84.2%)                    | 39 (92.9%)              | 142 (79.8%)               |
| Mobiliseringsplan**                    | 44 (86.3%)                  | 43 (91.5%)                | 37 (97.4%)                    | 39 (92.9%)              | 163 (91.6%)               |
| Mobilisering <= 7 dage efter operation | 44 (86.3%)                  | 43 (91.5%)                | 37 (97.4%)                    | 39 (92.9%)              | 163 (91.6%)               |
| Genoptræningsplan (GOP) n (%)          |                             |                           |                               |                         |                           |
| • Almen GOP                            | 44 (86.3%)                  | 43 (91.5%)                | 32 (84.2%)                    | 40 (95.2%)              | 159 (89.3%)               |

\*Basic Amputee Mobility Score, \*\* Postoperativ mobiliseringsplan på Hospital

Oversigten indikerer at amputationsrådgiver projektet i høj grad inkluderer de patienter man havde intention om at tilbuddet skulle målrettes mod. Projektet er udviklet for at imødekomme en klinisk kompleks problemstilling, præget af høj forekomst af multimorbiditet og sundhedsyndelser på tværs af sektorer. På trods af, at de angivne karakteristika kun afspejler en del af populationen, så synes det, at projektet har formået at rette henvendelse til en høj andel af den relevante population.

## Funktionsniveau

Angivelsen af funktionsniveau på New Mobility Score (NMS) er udfyldt af borgerne, som en angivelse af funktion en måned før selve amputationen. Funktionsmålingen for deltagerne er ikke klyngeopdelt, men vises samlet. Det ses, at omkring 78% af borgerne klarer indendørs gang enten med eller uden gangredskab, mens omkring 61% klarer udendørs gang enten med eller uden gangredskab. Ved baseline er der for denne gruppe en gennemsnitlig NMS på 4.60 (0-9 skala). Klinisk placerer det gruppen som havende et moderat til markant nedsat mobilitetsniveau, hvor der er et vist behov for enten personhjælp eller hjælpemidler i dagligdagen. Dermed synes borgeres funktion også at afspejle overvejelserne omkring målgruppen ved udviklingen af projektet, hvor man netop ønskede at målrette amputationsrådgiver tilbuddet mod denne komplekse og sårbare gruppe.

**Tabel 3. Funktionsniveau før amputation\*\*\***

|                                         | Samlet<br>n=178 |
|-----------------------------------------|-----------------|
| <b>Indendørsgang n (%)</b>              |                 |
| • Kan slet ikke                         | 38 (23.3%)      |
| • Med personhjælp                       | 8 (4.9%)        |
| • Med gangredskab                       | 53 (32.5%)      |
| • Uden besvær og uden gangredskab       | 64 (39.3%)      |
| <b>Udendørsgang n (%)</b>               |                 |
| • Kan slet ikke                         | 64 (39.3%)      |
| • Med personhjælp                       | 5 (3.1%)        |
| • Med gangredskab                       | 47 (28.8%)      |
| • Uden besvær og uden gangredskab       | 47 (28.8%)      |
| <b>Gang under indkøb n (%)</b>          |                 |
| • Kan slet ikke                         | 80 (49.1%)      |
| • Med personhjælp                       | 6 (3.7%)        |
| • Med gangredskab                       | 34 (20.9%)      |
| • Uden besvær og uden gangredskab       | 43 (26.4%)      |
| <b>Gennemsnitlig New Mobility Score</b> | 4.60            |

\*\*\* patient rapporteret på New Mobilitet Score (NMS)

Ved 3 mdr. så vi et massivt antal missing (>70%) ved angivelse af mobilitet. Vi har derfor vurderet, at det giver mindre mening at vurdere ændring i mobilitet pga. det store frafald. Projektet har heller ikke som udgangspunkt til formål at tage del i genoptræning efter amputation, men er snarere tænkt som en rådgivende, støttende og praktisk funktion med opfølgende møder med borgeren, som har fået foretaget amputation. Det virker derfor ikke sandsynligt at indsatsen i projektet vil kunne afspejles direkte i ændret funktion.

## Amputationsrådgiverindsats

Tabel 4 giver et overblik over omfanget og indholdet af amputationsrådgiverindsatsen blandt de borgere, der indgår i den kvantitative evaluering. Oversigten omfatter antal kontakter, kontakttyper samt det registrerede indhold af rådgivningen.

I projektperioden er der registreret i alt 759 kontakter mellem amputationsrådgiverne og de inkluderede borgere. Kontakterne omfatter både personlige møder, telefoniske kontakter og videokonsultationer. Registreringerne viser samtidig, hvilke temaer rådgivningen har omhandlet, og giver dermed indblik i rådgiverfunktionens omfang og indhold i praksis.

**Tabel 4. Oversigt over rådgiverfunktionen**

\*Indsatsopgaver og indhold af samtaler kan indeholde flere af variablerne. Den samlede procent går derfor ikke til 100%.

| Variabel                                                     | Slagelse       | Holbæk         | Nykøbing F.    | Køge           | Samlet          |
|--------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| Antal personer                                               | 51             | 47             | 38             | 42             | 178             |
| Antal kontakter                                              | 226<br>(29.8%) | 215<br>(28.3%) | 154<br>(20.3%) | 164<br>(21.6%) | 759<br>(100.0%) |
| Antal gennemsnitlige kontakter i amputationsrådgiver projekt | 4.4            | 4.6            | 4.1            | 3.9            | 4.3             |
| • 1                                                          | 4 (7.8%)       | 3 (6.4%)       | 2 (5.3%)       | 6 (14.3%)      | 15 (8.4%)       |
| • 2 – 6                                                      | 40 (78.4%)     | 35 (74.5%)     | 30 (78.9%)     | 33 (78.6%)     | 138 (77.5%)     |
| • 7 eller over                                               | 7 (13.7%)      | 9 (19.1%)      | 6 (15.8%)      | 3 (7.1%)       | 25 (14.0%)      |
| Kontaktform n (%)                                            |                |                |                |                |                 |
| • Telefonisk                                                 | 93 (41.3%)     | 143 (68.4%)    | 60 (39.0%)     | 94 (57.3%)     | 390 (51.9%)     |
| • Fysisk, i hjem                                             | 46 (20.4%)     | 3 (1.4%)       | 26 (16.9%)     | 26 (15.9%)     | 101 (13.4%)     |
| • Fysisk, Sgh./andet                                         | 75 (33.3%)     | 62 (29.7%)     | 64 (41.6%)     | 41 (25.0%)     | 242 (32.2%)     |
| • Skriftligt (brev/sms)                                      | 11 (4.9%)      | 1 (0.5%)       | 4 (2.6%)       | 3 (1.8%)       | 19 (2.5%)       |
| Kontakt initieret n (%)                                      |                |                |                |                |                 |
| • Anden kliniker                                             | 5 (2.2%)       | 4 (1.9%)       | 0 (0.0%)       | 4 (2.4%)       | 13 (1.7%)       |
| • Deltager/Pårørende                                         | 23 (10.2%)     | 13 (6.0%)      | 13 (8.4%)      | 33 (20.1%)     | 82 (10.8%)      |
| • Rådgiver                                                   | 198 (87.6%)    | 198 (92.1%)    | 141 (91.6%)    | 127 (77.4%)    | 664 (87.5%)     |
| Pårørende til samtale n (%)                                  | 67 (29.6%)     | 6 (2.8%)       | 33 (21.4%)     | 9 (5.5%)       | 115 (15.2%)     |
| Kliniker til samtale n (%)                                   | 23 (10.2%)     | 4 (1.9%)       | 6 (3.9%)       | 4 (2.4%)       | 37 (4.9%)       |
| Indhold af opgaver n (%)*                                    |                |                |                |                |                 |
| • Rådgivning                                                 | 155 (68.6%)    | 124 (57.7%)    | 61 (39.6%)     | 80 (48.8%)     | 420 (55.3%)     |
| • Støtte                                                     | 200 (88.5%)    | 189 (87.9%)    | 139 (90.3%)    | 107 (65.2%)    | 635 (83.7%)     |
| • Konkret hjælp                                              | 19 (8.4%)      | 34 (15.8%)     | 9 (5.8%)       | 22 (13.4%)     | 84 (11.1%)      |
| Indhold samtaler n(%)*                                       |                |                |                |                |                 |
| • Drømme                                                     | 113 (50.0%)    | 150 (69.8%)    | 89 (57.8%)     | 74 (45.1%)     | 426 (56.1%)     |
| • Helbred                                                    | 139 (61.5%)    | 168 (78.1%)    | 78 (50.6%)     | 129 (78.7%)    | 514 (67.7%)     |
| • Smerter                                                    | 111 (49.1%)    | 108 (50.7%)    | 79 (51.3%)     | 122 (74.4%)    | 421 (55.5%)     |
| • Hjælpemidler                                               | 135 (59.7%)    | 156 (72.6%)    | 97 (63.0%)     | 120 (73.2%)    | 508 (66.9%)     |
| • ADL og IADL                                                | 113 (50.0%)    | 179 (83.3%)    | 121 (78.6%)    | 100 (61.0%)    | 513 (67.6%)     |
| • Genoptræning                                               | 142 (62.8%)    | 143 (66.5%)    | 111 (72.1%)    | 101 (61.6%)    | 497 (65.5%)     |
| • Psykiske behov                                             | 43 (19.0%)     | 162 (75.3%)    | 27 (17.5%)     | 16 (9.8%)      | 248 (32.7%)     |
| • Sociale behov                                              | 59 (26.1%)     | 163 (75.8%)    | 82 (53.2%)     | 30 (18.3%)     | 334 (44.0%)     |
| • Eksistentielle                                             | 34 (15.0%)     | 140 (65.1%)    | 8 (5.2%)       | 9 (5.5%)       | 191 (25.2%)     |
| • Andet                                                      | 71 (31.4%)     | 56 (26.0%)     | 27 (17.5%)     | 18 (11.0%)     | 172 (22.7%)     |

Som det ses, blev 15 (8.4%) af de 178 kontaktede borgere afsluttet efter første kontakt, mens det gennemsnitlige antal kontakter lå på 4,3 på tværs af klyngerne. Gennemsnitskontakten indikerer, at langt størstedelen af borgerne (77.5%) havde kontakt 2-6 gange, 14% havde kontakt 7 gange eller flere. Sammenligner man borgere der blev afsluttet efter 1. kontakt med dem der havde et længere forløb ( $\geq 7$  kontakter), så har enkeltgangsgruppen en højere andel kvinder, der er en højere andel i aldersgruppen 40-67 år, der er angivet mindre komorbiditet, udfærdiget færre GOP og der er højere død under indlæggelse. Med forbehold for det lave antal, så kan der være to grunde til at blive afsluttet efter 1. kontakt. Der synes at være nogle få der klarer sig selv (de lidt yngre uden komorbiditet) og derfor bliver afsluttet, men de fleste er for skrøbelige til overhovedet at have en initial kontakt (dem der ikke får udfærdiget en GOP eller dør under indlæggelsen) og derfor afsluttes.

1/3 af kontakterne foregik på hospitalet (typisk foregik den initiale kontakt her), 390 (51.9%) af kontakterne var telefoniske, mens 101 (13.4%) kontakter foregik i borgerens eget hjem, dette dog med en vis variation mellem

klyngerne. Langt de fleste kontakter blev initieret af amputationsrådgiverne (87.5%), mens hver tiende kontakt blev foranlediget af borger eller pårørende. 115 (15.2%) af kontakterne involverede en pårørende (primær kontakt til pårørende blev først registreret fra primo 2025), dog igen med en vis variation mellem klyngerne. Rådgivning og støtte var omdrejningspunktet i rådgiverens indsatsopgaver, og er angivet i hhv. 420 (55.3%) og 635 (83.7%) af kontakterne. Der synes således at være god overensstemmelse af udmøntningen af to (støtte og rådgivning) ud af tre indsatsområder (støtte, rådgivning og konkret hjælp) fra projektets programteori og amputationsrådgivernes angivelse af indsats. Selvom amputationsrådgiverne i mindre grad angiver kontakter der omhandler "konkret hjælp" (11.1%), så er der i deres noter en angivelse af en lang række konkrete opgaver, som er udført ved borgerkontakterne. Disse opgaver drejer sig typisk om konkret hjælp til kontakt omkring hjælpemidler, kommunale terapeuter, hospitalsafdelinger, boligændringer, hjemmepleje, bandagist. Der synes således at være diskrepans mellem registreringen af indsatsområder, hvor rådgivning og støtte er omdrejningspunkter og amputationsrådgivernes noter, hvor også konkret hjælp er angivet som indsats. Således synes alle tre indsatsområder, på forskellige måde at være angivet som en integreret del af de kontakter amputationsrådgiverne varetager.

Indholdet af samtalerne ved kontakterne er blevet registreret som en bred vifte af de emner, som er anvendt i udviklingen af rådgiverfunktionen. Rådgiverne synes således, i deres kontakter, at have bevæget sig ind på samtaleområder, som lå ud over fysiske og praktiske emner, og inddrog også livssituation, mentale og sociale behov. Dette er helt i overensstemmelse med udviklingsovervejelserne i projektet, som er baseret på de områder som patienter efterspørger og har behov for.

Protese - Erhvervelse, Træning og Helbredsrelateret livskvalitet  
Til beskrivelsen omkring helbredsrelateret livskvalitet fokuseres der på:

- Beskrivelse af træning og proteseanskaffelse
- Ændring i Helbredsrelateret livskvalitet (HRQoL) målt med EQ5D-5L ved inklusion til 12 måneder efter inklusionen.

Analyserne omkring protese erhvervelse, træning og helbredsrelateret livskvalitet er baseret på det udsnit af den deskriptive del-population (178 borgere), som vi har data på indenfor disse områder. Det er vigtigt at understrege, at opgørelserne i evalueringsrapporten ikke er et udtryk for et samlet billede af hele populationen, der har haft et rådgiverforløb men kun dem, som vi dels har tilgængeligt rådgiverregistreret data og klinisk data på og dels har protese-, trænings- og HQoL data på.

### Proteseerhvervelse

Af de 178 adspurgte svarede 73 borgere ved 3 mdr. opfølgning på spørgsmålet omkring proteseerhvervelse. Her angav 21 (30 %), at de havde fået protese. Ved udgangen af evalueringsperioden havde i alt 49 af denne del-kohorte angivet at have fået protese (tal ikke vist). Dette stemmer godt overens med angivelse af træning med henblik på proteseerhvervelse. Her svarede 70 borgere på den del af spørgeskemaet. 21 af dem svarede, at de havde fået protese, mens 38 (en færre end ved spørgsmålet om protese erhvervelse) fortsat trænede med fysioterapeut med henblik på at opnå protese (tabel 5).

**Tabel 5. Erhvervelse af protese ved 3 mdr. opfølgning**

| 3 mdr. opfølgning                               |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| <b>N</b>                                        | 73         |
| <b>Har du fået protese?</b>                     |            |
| <b>Ja</b>                                       | 21 (30.0%) |
| <b>Nej, men jeg træner til at få en protese</b> | 39 (55.7%) |
| <b>Nej, jeg skal ikke have protese</b>          | 6 (8.6%)   |
| <b>Uafklaret</b>                                | 4 (5.7%)   |

## Træning

Samlet svarede 70 personer ved 3 mdr. opfølgning på spørgsmål om træning. De fleste (91.4%) trænede fortsat med en fysioterapeut. Blandt de borgere der træner, angav 30.2%, at de allerede havde protese eller trænede mhp. at få protese (60.3%) (tabel 6). Dette antal er bemærkelsesværdigt, når populationens relativt påvirkede funktionsniveau med et NMS-gennemsnit på 4.6 tages in mente. Det kunne være et udtryk for at svarene omkring proteseerhvervelse og træning primært stammer fra den ressourcestærke del af populationen, hvor proteseerhvervelse er relevant. Det er derfor væsentligt at bemærke, at erhvervelse af protese, samt træning mhp. erhvervelse af protese ikke er repræsentativt for hele gruppen.

**Tabel 6. Træning ved 3 mdr. opfølgning**

| Træner du med en fysioterapeut?                 |               |                  |                 |             |
|-------------------------------------------------|---------------|------------------|-----------------|-------------|
|                                                 | Ingen træning | Træning uden fys | Træning med fys | Total       |
| <b>N</b>                                        | 2 (2.9%)      | 4 (5.7%)         | 64 (91.4%)      | 70 (100.0%) |
| <b>Har du fået protese?</b>                     |               |                  |                 |             |
| <b>Ja</b>                                       | 1 (50.0%)     | 1 (25.0%)        | 19 (30.2%)      | 21 (30.4%)  |
| <b>Nej, men jeg træner til at få en protese</b> | 0 (0.0%)      | 0 (0.0%)         | 38 (60.3%)      | 38 (55.1%)  |
| <b>Nej, jeg skal ikke have protese</b>          | 1 (50.0%)     | 1 (25.0%)        | 4 (6.3%)        | 6 (8.7%)    |
| <b>Uafklaret</b>                                | 0 (0.0%)      | 2 (50.0%)        | 2 (3.2%)        | 4 (5.8%)    |

## Helbredsrelateret livskvalitet

Modsat det massive frafald på funktionsområdet, i en i forvejen selekteret gruppe, var der færre missing ved besvarelsen af helbredsrelateret livskvalitet (tabel 7). Ved opfølgningen er de 'fysiske domæner' ("Bevægelighed" og "Sædvanlige aktiviteter") præget af, at borgerne giver udtryk for moderate til store problemer, samt af en andel, der giver udtryk for "ikke at kunne". Det virker ikke overraskende set i lyset af populationens funktionsniveau præoperativt (angivet som baseline), samt at borgerne har fået fortaget en større amputation. Samtidig ses det at 67% har en VAS score på under 80. Til sammenligning er normværdien for den voksne danske befolkning 82,4 (26).

Omvendt synes de to områder omhandlende smerter/ubehag og angst/depression at opføre sig anderledes. Set i lyset af amputationsrådgivernes indsats, herunder rådgivning, praktisk vejledning og ikke mindst støtte, kunne dette være områder, hvor resultatet af indsatsen potentielt slår lidt igennem. Dog igen med det forbehold, at der er tale om et udsnit af en i forvejen selekteret gruppe.

**Tabel 7. Ændring i HRQoL målt på EQ-5D 5L ved baseline og 3 mdr. opfølgning på dem i del-populationen (178 borgere), som der både findes baseline og 3 mdr. opfølgningsdata på.**

|                                                           | Baseline   | 3 mdr. opfølgning |
|-----------------------------------------------------------|------------|-------------------|
|                                                           | N = 73     | N = 73            |
| <b>Bevægelighed (gå omkring)</b>                          |            |                   |
| Jeg har ingen problemer                                   | 16 (21.9%) | 2 (2.7%)          |
| Jeg har lidt problemer                                    | 10 (13.7%) | 6 (8.2%)          |
| Jeg har moderate problemer                                | 16 (21.9%) | 11 (15.1%)        |
| Jeg har store problemer                                   | 15 (20.5%) | 6 (8.2%)          |
| Jeg kan ikke                                              | 10 (13.7%) | 44 (60.1%)        |
| Missing                                                   | 6 (8.2%)   | 4 (5.5%)          |
| <b>Personlig pleje (vaske sig, påklædning)</b>            |            |                   |
| Jeg har ingen problemer                                   | 38 (52.1%) | 38 (52.1%)        |
| Jeg har lidt problemer                                    | 13 (17.8%) | 16 (21.9%)        |
| Jeg har moderate problemer                                | 9 (12.3%)  | 8 (11.0%)         |
| Jeg har store problemer                                   | 7 (9.6%)   | 3 (4.1%)          |
| Jeg kan ikke                                              | 0          | 5 (6.8%)          |
| Missing                                                   | 6 (8.2%)   | 3 (4.1%)          |
| <b>Sædvanlige aktiviteter (fritid, husligt)</b>           |            |                   |
| Jeg har ingen problemer                                   | 28 (38.4%) | 8 (11.0%)         |
| Jeg har lidt problemer                                    | 10 (13.7%) | 15 (20.2%)        |
| Jeg har moderate problemer                                | 6 (8.2%)   | 13 (17.8%)        |
| Jeg har store problemer                                   | 13 (17.8%) | 10 (13.7%)        |
| Jeg kan ikke                                              | 8 (11.0%)  | 21 (28.8%)        |
| Missing                                                   | 6 (8.2%)   | 6 (8.2%)          |
| <b>Smerter/ ubehag</b>                                    |            |                   |
| Jeg har ingen problemer                                   | 20 (27.4%) | 17 (23.3%)        |
| Jeg har lidt problemer                                    | 9 (12.3%)  | 29 (39.7%)        |
| Jeg har moderate problemer                                | 5 (6.8%)   | 19 (26.0%)        |
| Jeg har store problemer                                   | 25 (34.2%) | 4 (5.5%)          |
| Jeg kan ikke                                              | 8 (11.0%)  | 1 (1.4%)          |
| Missing                                                   | 6 (8.2%)   | 3 (4.1%)          |
| <b>Angst/ depression (er du ængstelig)</b>                |            |                   |
| Jeg har ingen problemer                                   | 45 (61.6%) | 43 (58.9%)        |
| Jeg har lidt problemer                                    | 10 (13.7%) | 17 (23.3%)        |
| Jeg har moderate problemer                                | 7 (9.6%)   | 5 (6.8%)          |
| Jeg har store problemer                                   | 5 (6.8%)   | 3 (4.1%)          |
| Jeg kan ikke                                              | 0          | 0                 |
| Missing                                                   | 6 (8.2%)   | 5 (6.8%)          |
| <b>Kategoriseret EQ-5D VAS Score (0-100) God (&gt;80)</b> | 23 (31.5%) | 15 (20.5%)        |
| <b>Moderat (60 - 79)</b>                                  | 16 (21.9%) | 22 (30.1%)        |
| <b>Dårlig (&lt;60)</b>                                    | 34 (46.6%) | 36 (49.3%)        |
| Missing                                                   | 0          | 0                 |

## Kvalitative resultater

### Borgere og pårørendes oplevelser af rådgiverfunktionen

Et komplekst forløb og behovet for en gennemgående person

Borgere og pårørende beskriver rehabiliteringsforløbet efter benamputation som komplekst og vanskeligt at overskue. Som illustreret i figur 4, er der mange aktører involveret på tværs af sygehus, kommune, genoptræning, hjælpemiddelområde og proteseforsyning, og flere oplever usikkerhed omkring, hvem der har ansvar for hvad, og hvor de skal henvende sig med spørgsmål eller udfordringer.

I denne situation opleves amputationsrådgiveren som en gennemgående person, der kan skabe overblik og fungere som indgang til systemet.

*“Men du er udskrevet, så har du ikke mere med hospitalet at gøre som sådan udover sårpleje, ikke? Og kommunen kunne du ikke komme i kontakt med. Det var som at slå i en dyne. Så amputationsrådgiveren har virkelig været en stor hjælp.”*

(Borger D, Klynge 1)

Rådgiveren hjælper med at forstå muligheder, afklare næste skridt og skabe forbindelse til relevante aktører. Særligt overgangen fra sygehus til hjem beskrives som en sårbar fase, hvor behovet for støtte og vejledning bliver tydeligt.

En borger beskriver situationen således:

*“Og når man lige bliver udskrevet, så skal du have styr på, hvordan er verden nu. Hvordan vender det hele rundt. Fordi man bliver jo bogstaveligt talt efterladt på havet.”*

(Borger C, Klynge 3)

Flere borgere fortæller samtidig, at de i den tidlige hospitalsfase havde svært ved at forstå rådgiverens rolle eller huske den første kontakt. De beskriver en periode præget af operation, smerter, medicin og mange informationer. Først efter hjemkomsten bliver konsekvenserne af amputationen konkrete, og her opleves rådgiverfunktionen ofte som særligt relevant.

### Støtte til livsomstilling og hverdagsmestring

Borgere og pårørende beskriver rådgiverfunktionen som både praktisk og relationel. Rådgiveren bidrager med vejledning om hjælpemidler, boligtilpasninger, proteseforsyning, kommunale tilbud og andre konkrete udfordringer, men fungerer samtidig som en person, der lytter, støtter og skaber ro i en vanskelig situation.

En pårørende beskriver den praktiske støtte således:

*“AMPUTATIONS RÅDGIVER kom med mange gode idéer, som vi slet ikke selv havde tænkt på.”*

(Pårørende D, Klynge 3)

Flere fremhæver, at værdien af rådgiverfunktionen ændrer karakter gennem forløbet. I den første tid efter amputationen er det især relationen, støtten og oplevelsen af ikke at stå alene, der tillægges betydning. Senere bliver rådgivning, koordinering og hjælp til konkrete udfordringer mere centrale, efterhånden som borgeren skal genopbygge hverdagen og finde sin plads i en ny livssituation.

## Pårørende som medramte

Interviewene viser, at benamputation ikke alene påvirker borgeren, men også de pårørende. Flere beskriver et betydeligt ansvar i forbindelse med praktiske opgaver, koordinering og følelsesmæssig støtte. Samtidig oplever nogle pårørende selv behov for rådgivning og sparring.

En pårørende fortæller:

*"Der har måske været nogle situationer, hvor jeg godt kunne have tænkt mig at få noget professionel hjælp til at takle det hele."*

(Pårørende A, Klynge 1)

For flere familier bliver rådgiveren også en støtteperson for de pårørende. Nogle beskriver, hvordan rådgiveren kan motivere borgeren på en anden måde end familien selv, mens andre fremhæver værdien af at have en neutral person at drøfte bekymringer med.

*"Når BORGER synes, at jeg var for hysterisk og var for meget efter BORGER, så ringer jeg efter AR."*

(Pårørende D, Klynge 3)

## Hvad skaber værdi i rådgiverfunktionen?

På tværs af interviewene peger borgere og pårørende på, at værdien af rådgiverfunktionen ikke alene knytter sig til de konkrete opgaver, der løses. Den opstår i høj grad gennem kombinationen af specialiseret viden om livet med benamputation, relationelle kompetencer og kontinuitet i kontakten.

Rådgiveren beskrives som rolig, nærværende og lyttende, men samtidig som en person med konkret viden om rehabilitering, hjælpemidler, proteser og de udfordringer, der følger med et liv efter benamputation.

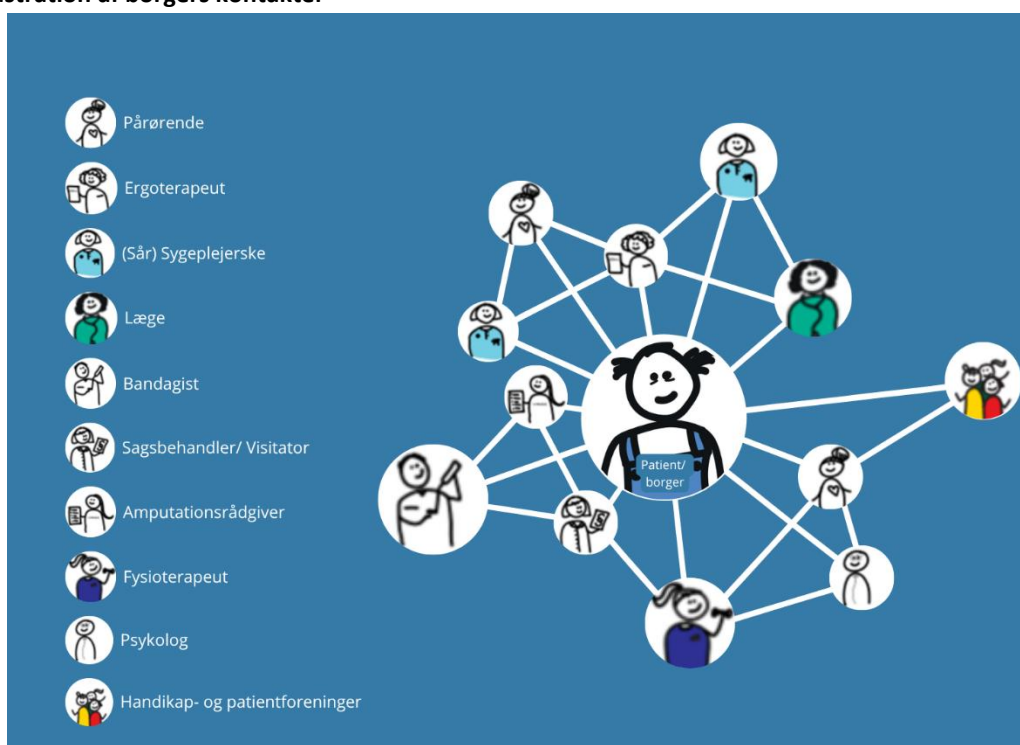
En borger beskriver betydningen således:

*"Det har faktisk en stor betydning, at der kommer sådan et menneske, der er helt rolig og snakker stille og roligt om situationen."*

(Borger B, Klynge 2)

Flere fremhæver desuden betydningen af at have en fast kontaktperson, som følger dem gennem forløbet og kan kontaktes ved behov. For nogle borgere tillægges rådgiverens uvildighed også betydning, idet den bidrager til oplevelsen af, at rådgivningen tager udgangspunkt i deres samlede situation frem for organisatoriske eller sektorspecifikke hensyn.

Figur 4: Illustration af borgers kontakter



Identificeret i interviews, illustreret i netværksindsatsens arbejde med livsrejser

## Amputationsrådgivernes oplevelser af funktionen

En rolle mellem støtte, rådgivning og koordinering

Amputationsrådgiverne beskriver deres funktion som bred og fleksibel. Opgaverne spænder fra støtte og rådgivning til koordinering og hjælp med at navigere mellem sygehus, kommune, bandagist og øvrige aktører omkring borgeren. Rådgiverne oplever ofte at blive inddraget i situationer, hvor borgere eller pårørende har behov for hjælp til at forstå muligheder, formulere behov eller finde vej gennem et komplekst rehabiliteringsforløb.

*"Jeg har hjulpet folk med at skifte bolig, at få feriedagpenge, med parterapi, med job og jobafprøvning, jobcenter, proteseforsyning. Jeg har jo hjulpet med at være mellemmand mellem bandagisten og en borger, der ikke er enig om en protese."*

(AR, Klynge 2)

Rådgiverne beskriver sig selv som en gennemgående person i forløbet, der hjælper med at omsætte information og muligheder til konkrete løsninger i borgerens hverdag.

### Relation og kontinuitet gennem forløbet

Rådgiverne fremhæver den tidlige kontakt på sygehuset som vigtig for at etablere en relation til borgeren, selvom mange borgere på dette tidspunkt er præget af operation, smerter og mange informationer. Særligt det første hjemmebesøg beskrives som betydningsfuldt, fordi det giver indsigt i borgerens konkrete livssituation og danner grundlag for den videre kontakt.

*"Vi er de eneste, der går igennem i det system, der fik lavet den dér sektorovergang fra region til kommune, når de blev udskrevet."*

(AR, Klynge 4)

Flere rådgivere beskriver netop kontinuiteten på tværs af sektorer som et centralt element i funktionen.

## Faglige og organisatoriske forudsætninger

Rådgiverne beskriver funktionen som fagligt krævende. Rollen forudsætter viden om amputation, rehabilitering, hjælpemidler, proteseforsyning og kommunale arbejdsgange, men også relationelle kompetencer og evnen til at tilpasse indsatsen til den enkelte borger.

Samtidig peger rådgiverne på, at funktionen er afhængig af gode samarbejdsrelationer til både sygehuse og kommuner. Flere fremhæver, at lokalt systemkendskab kan være en fordel, mens andre peger på værdien af en mere specialiseret og tværgående organisering.

Rådgiverne beskriver desuden, at funktionen ofte afhjælper konsekvenserne af eksisterende udfordringer i rehabiliteringsforløbet uden nødvendigvis at ændre de bagvedliggende strukturer.

*"Der er problemer, der er blevet løst for den enkelte borger, men der er jo ikke nogen af de problemer, der findes systematisk, som er blevet løst."*

(AR, Klynge 1)

## Netværkets oplevelser med funktionen

Data fra netværkssworkshops viser, at fagpersoner på tværs af sygehuse, kommuner og øvrige aktører oplever amputationsrådgiverfunktionen som et væsentligt bidrag til rehabiliteringsforløbet efter benamputation. Funktionen beskrives især som en gennemgående og koordinerende indsats, der bidrager til sammenhæng i et forløb, som ofte involverer mange aktører på tværs af sektorer.

På tværs af klyngerne fremhæves rådgiverens rolle som bindeled mellem borger, pårørende og de involverede fagpersoner. Deltagerne beskriver, at rådgiveren bidrager med overblik og opfølgning i forløb, hvor ansvaret ofte er fordelt mellem flere organisationer og faggrupper.

*"Et vigtigt bindeled mellem sygehus, kommune og borger."*

(Workshopdeltager, Klynge 2)

Flere deltagere peger samtidig på, at rådgiverfunktionen understøtter borgernes trivsel og mestring af den nye livssituation. Funktionen beskrives som en mulighed for at tilbyde støtte og opfølgning i perioder, hvor borgere kan være særligt udfordrede.

*"Holder patienten oven vande."*

(Workshopdeltager, Klynge 4)

Enkelte deltagere fremhæver desuden, at rådgiverfunktionen kan understøtte det tværsektorielle samarbejde ved at skabe overblik og følge op på forhold, som ellers risikerer at falde mellem forskellige aktører og sektorer.

Materialet peger samtidig på, at kendskabet til rådgiverfunktionens rolle og opgaver varierer mellem aktørerne i netværket. Flere deltagere efterspørger større synlighed omkring funktionens indhold og muligheder, hvilket kan have betydning for, hvordan rådgiveren inddrages og anvendes i det tværgående samarbejde.

# SAMLET EVALUERING AF AMPUTATIONSRÅDGIVERFUNKTIONENS IMPLEMENTERING OG BETYDNING

Evalueringen peger samlet set på, at amputationsrådgiverfunktionen er blevet implementeret bredt og i høj grad har realiseret projektets intention om at styrke sammenhæng, koordinering og støtte i rehabiliteringsforløbet efter benamputation.

De kvantitative data viser, at amputationsrådgiverne har været i kontakt med 84 % af alle borgere, der har fået foretaget benamputation i Region Sjælland i projektperioden. For de borgere, der indgår i evalueringsgrundlaget, er der registreret et betydeligt antal kontakter fordelt over hele rehabiliteringsforløbet. Kontakterne er overvejende initieret af amputationsrådgiverne, hvilket understøtter, at funktionen i praksis har arbejdet proaktivt og opsøgende frem for alene at være et tilbud, borgerne selv skulle aktivere. Registreringerne viser samtidig, at rådgivningen har omfattet en bred vifte af emner relateret til rehabilitering, hjælpemidler, proteseforsyning, kommunale tilbud, hverdagsliv og psykosociale problemstillinger.

De kvalitative fund bidrager med en forståelse af, hvordan og hvorfor denne indsats opleves som værdifuld. På tværs af borgere, pårørende, amputationsrådgivere, fagprofessionelle og ledere fremstår rådgiverfunktionen som et væsentligt bidrag til rehabiliteringsforløbet efter benamputation. Et gennemgående fund er, at rådgiveren udfylder et tomrum mellem eksisterende tilbud og fungerer som et bindeled mellem borger, pårørende, sygehus, kommune og øvrige aktører. Funktionen bidrager med overblik, koordinering og støtte i et rehabiliteringsforløb, som af mange opleves som komplekst og fragmenteret.

Evalueringen peger samtidig på, at rådgiverfunktionens betydning ændrer karakter gennem rehabiliteringsforløbet. I den tidlige fase efter amputationen knytter værdien sig især til relationen, støtten og oplevelsen af ikke at stå alene i en sårbar situation. Senere får rådgivning, vejledning og konkret problemløsning større betydning i takt med, at borgeren skal genopbygge hverdagen og håndtere nye udfordringer. Funktionen understøtter dermed både de fysiske, sociale, praktiske og eksistentielle konsekvenser af en benamputation.

Et særligt fund er rådgiverfunktionens betydning for de pårørende. Evalueringen viser, at pårørende ofte har et selvstændigt behov for information, støtte og sparring gennem rehabiliteringsforløbet. Rådgiverfunktionen fungerer derfor i praksis ikke alene som støtte til den amputerede borger, men til hele familien omkring borgeren.

På tværs af datakilderne peger evalueringen på, at funktionens værdi i høj grad er knyttet til kombinationen af specialiseret amputationsfaglig viden, lokalt systemkendskab og relationelle kompetencer. Borgere og pårørende fremhæver betydningen af at møde en fagperson, som både kan omsætte specialiseret viden til konkrete løsninger i hverdagen og samtidig tilbyde nærvær, kontinuitet og forståelse for den livssituation, de befinder sig i.

Evalueringen peger også på enkelte opmærksomhedspunkter. Behovet for støtte varierer betydeligt mellem borgere og over tid, og det er ikke muligt entydigt at identificere, om der er grupper af borgere som har mere behov for indsatsen end andre. Samtidig viser interviewene, at tidspunktet for introduktion til funktionen kan have betydning for borgerens mulighed for at tage imod tilbuddet, idet den første tid efter amputationen ofte er præget af betydelig fysisk og psykisk belastning.

De kvantitative data giver ikke grundlag for sikre konklusioner om indsatsens betydning for funktionsevne eller helbredsrelateret livskvalitet. Evalueringen peger imidlertid samstemmende på, at amputationsrådgiverfunktionen bidrager til øget sammenhæng, koordinering og støtte i rehabiliteringsforløbet og dermed adresserer flere af de udfordringer, som tidligere er beskrevet i rehabiliteringen af mennesker med benamputation.

Samlet set tyder resultaterne på, at amputationsrådgiverfunktionen både fungerer som støtte til den enkelte borger og familie og som et svar på nogle af de strukturelle udfordringer, der fortsat præger amputationsrehabiliteringen. Erfaringerne peger på, at funktionens centrale elementer – specialiseret viden,

relationel kontinuitet, tværsektoriel koordinering og inddragelse af pårørende – bør fastholdes i en eventuel fremtidig videreførelse af indsatsen.

*I appendix 5 gives der et overblik over styrken af de enkelte udsagn – altså hvor mange, der har udtalt sig om det pågældende tema.*

## Netværkenes funktion og betydning

Som beskrevet har fagprofessionelle fra sygehuse, kommuner og private aktører haft mulighed for at deltage i både lokale klyngenetværk og et årligt tværgående netværksmøde for hele Region Sjælland. Tabel 8 viser en oversigt over deltagerne på det tværgående netværksmøde i november 2025. Her deltog fagprofessionelle med bred tværfaglig repræsentation. Mere end halvdelen havde arbejdet med amputationsrehabilitering i mere end fem år, men samtidig angav 35 % at se højst fem amputationspatienter årligt.

**Tabel 8. Oversigt over deltagere ved tilmelding til ViRSA seminaret november 2025**

|                                                                                              |                             | Total       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                                                                              |                             | <b>N=71</b> |
| <b>Hvilken faggruppe tilhører du?</b>                                                        | Fysioterapeut               | 28 (39%)    |
|                                                                                              | Leder                       | 1 ( 1%)     |
|                                                                                              | Bandagist                   | 10 (14%)    |
|                                                                                              | Sygeplejerske(hospital)     | 6 ( 8%)     |
|                                                                                              | Ergoterapeut                | 5 ( 7%)     |
|                                                                                              | Sagsbehandler               | 1 ( 1%)     |
|                                                                                              | Sygeplejerske(hjemmeplejen) | 9 (13%)     |
|                                                                                              | Visitator                   | 1 ( 1%)     |
|                                                                                              | Andet                       | 10 (14%)    |
| <b>Hvor længe har du arbejdet med amputationsforløb?</b>                                     | 0-1 år                      | 12 (17%)    |
|                                                                                              | 2-5 år                      | 18 (25%)    |
|                                                                                              | 6-10 år                     | 16 (23%)    |
|                                                                                              | 11+ år                      | 25 (35%)    |
| <b>Hvor mange amputationspatienter ser du cirka om året?</b>                                 | 0-5                         | 25 (35%)    |
|                                                                                              | 6-15                        | 17 (24%)    |
|                                                                                              | 16-30                       | 17 (24%)    |
|                                                                                              | 31+                         | 12 (17%)    |
| <b>Hvilken klynge tilhører du?</b>                                                           | Holbæk                      | 13 (18%)    |
|                                                                                              | Køge                        | 25 (35%)    |
|                                                                                              | Nykøbing                    | 10 (14%)    |
|                                                                                              | Næstved                     | 23 (32%)    |
| <b>Hvor mange "ViRSA seminar" har du deltaget i?<br/>(alle klynger samlet i november 23)</b> | 0                           | 12 (17%)    |
|                                                                                              | 1                           | 20 (28%)    |
|                                                                                              | 2                           | 39 (55%)    |
| <b>Hvor mange Klyngemøder har du hidtil deltaget i?<br/>(Klynger samlet hver for sig)</b>    | 0                           | 19 (27%)    |
|                                                                                              | 1                           | 14 (20%)    |
|                                                                                              | 2                           | 38 (54%)    |

Data angivet i antal og procent.

Netværk som ramme for vidensdeling og kompetenceudvikling

På tværs af klyngerne beskrives netværkene som en vigtig ramme for faglig udvikling og vidensdeling.

Deltagerne fremhæver muligheden for at udveksle erfaringer, diskutere konkrete problemstillinger og få indblik i både lokale og nationale udviklingstiltag inden for amputationsområdet.

For mange fagprofessionelle udgør amputationsrehabilitering kun en mindre del af deres samlede arbejdsområde. Netværkene opleves derfor som en vigtig mulighed for at vedligeholde og udvikle specialiserede kompetencer på et område, hvor den enkelte medarbejder ofte har begrænset patientvolumen.

*“Det er helt sikkert virkelig en god foranstaltning, VIRSA har lavet i de her klyngemøder. Fordi der er så få kurser om det her. Altså der findes nærmest ingenting.”*

(amputationsrådgiver, Klynge 1)

Samtidig beskrives netværkene som en arena for refleksion over egen praksis. Indblik i andre kommuners og sygehuses organisering giver anledning til sammenligning, inspiration og udvikling af lokale arbejdsgange.

Netværk som relationel infrastruktur

På tværs af materialet fremstår relationerne mellem deltagerne som en af netværkenes væsentligste gevinster.

Fagpersonerne peger på, at kendskab til hinandens funktioner, arbejdsvilkår og tilbud gør det lettere at koordinere forløb og kontakte relevante samarbejdspartnere.

Netværkene bidrager dermed ikke alene til vidensdeling, men også til opbygning af personlige og faglige relationer på tværs af sektorer. Disse relationer beskrives som betydningsfulde i det daglige arbejde, hvor hurtig adgang til sparring og kontaktpersoner kan understøtte mere sammenhængende borgerforløb.

Denne pointe genfindes hos amputationsrådgiverne, som beskriver netværket som en vigtig forudsætning for deres mulighed for at guide borgere videre i systemet og skabe sammenhæng mellem de mange aktører omkring rehabiliteringsforløbet.

*“det er alfa og omega, at man ved, hvem det er, man samarbejder med. Altså også at sygehuset ser, hvem det er, de sender ud til i kommunerne.”*

(amputationsrådgiver, Klynge 3)

To netværksniveauer med forskellige funktioner

Materialet peger på, at de lokale klyngenetværk og det tværgående netværk udfylder forskellige, men komplementære funktioner.

Klyngenetværkene beskrives som praksisnære fora med fokus på lokale samarbejdsrelationer, konkrete arbejdsgange og fælles løsninger på tværsektorielle udfordringer. Her oplever deltagerne en direkte kobling til deres daglige praksis.

*“Flere faggrupper samlet = større kendskab til hinandens arbejde/ udfordringer”*

(Post It fra deltager på workshop om klyngenetværk)

Det tværgående netværk tillægges derimod betydning som forum for ny viden, inspiration og fælles faglig retning. Her får deltagerne mulighed for at hente erfaringer uden for egen klynge, få indblik i forskning og udvikling samt diskutere mere overordnede problemstillinger på området.

Samtidig peger deltagerne på, at balancen mellem de to netværksniveauer er vigtig. Mens klyngenetværkene understøtter lokal implementering og samarbejde, bidrager det tværgående netværk med perspektiver og viden, som kan inspirere den lokale udvikling.

*“Ensretning og inspiration af hinandens tilbud” og “Inspiration til udvikling, faglighed og tilbud til borger”*

(Post It's fra deltagere på workshop om det tværgående netværk)

## Organisatoriske forudsætninger

Deltagerne peger på, at netværkenes værdi er afhængig af organisatorisk opbakning og mulighed for deltagelse. Tid, ressourcer og ledelsesmæssig prioritering fremhæves som centrale forudsætninger for, at fagprofessionelle kan deltage og omsætte ny viden til praksis.

Flere beskriver, at deltagelse i netværksaktiviteter kan være vanskelig at prioritere i en travl hverdag, særligt i kommuner hvor medarbejderne kun møder få borgere med benamputation årligt. Netop blandt disse kommuner peger deltagerne på et paradoks. Selvom behovet for faglig sparring, vidensdeling og specialiseret viden kan være stort, kan det samtidig være vanskeligt at opnå ledelsesmæssig opbakning til deltagelse i netværksmøder, fordi amputationsområdet udgør en relativt lille del af den samlede opgaveportefølje. Dette kan begrænse mulighederne for at opbygge og fastholde kompetencer på området.

Dermed risikerer netop de kommuner, der har mindst erfaring med målgruppen, også at have de vanskeligste betingelser for at deltage i de aktiviteter, der skal understøtte kompetenceudvikling og vidensdeling. Flere deltagere fremhæver derfor netværkenes betydning som en måde at fastholde og udvikle specialiseret viden på et område, hvor mange fagpersoner kun møder få borgere med benamputation i deres daglige praksis.

*“Jeg tror faktisk, at vi får mere ud af at snakke med andre kommuner om, hvordan de gør, end vi en gang imellem får, hvis vi tager på kurser.”*

(Sundhedschef)

Samtidig efterspørges en bredere repræsentation af visse faggrupper, herunder læger, visitatorer og kommunale myndighedsfunktioner, som vurderes at kunne styrke netværkenes betydning for sammenhængende rehabiliteringsforløb.

Mødeformatet beskrives generelt positivt, særligt kombinationen af faglige oplæg og workshops. Samtidig peger deltagerne på en række forbedringsmuligheder, herunder ønsker om flere faglige oplæg, kortere og mere fokuserede workshops samt tydeligere opfølgning mellem møderne.

ViRSA fremhæves gennemgående som en central drivkraft i etableringen og faciliteringen af netværkene. Organisationen beskrives som en samlende aktør, der bidrager til at fastholde fokus på amputationsområdet og skabe forbindelser mellem aktører på tværs af regionen. Flere deltagere peger samtidig på, at netværkene giver mulighed for ikke alene at dele viden, men også at identificere fælles udfordringer og udviklingsområder på tværs af sektorer og organisationer.

## KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

### Konklusion

Evalueringen viser samlet set, at amputationsrådgiverprojektet i høj grad har indfriet sit formål om at styrke sammenhæng, koordinering og støtte i rehabiliteringsforløbet efter benamputation. Projektets to indsatser – amputationsrådgiverfunktionen og de tværsektorielle netværk – synes at have understøttet hinanden og bidraget til både øget støtte omkring den enkelte borger og styrket samarbejde og vidensdeling mellem fagprofessionelle.

Den kvantitative evaluering viser, at amputationsrådgiverfunktionen er blevet implementeret bredt i Region Sjælland og har nået størstedelen af målgruppen. Amputationsrådgiverne har været i kontakt med mere end 80 % af alle borgere, der har fået foretaget benamputation i projektperioden. Borgergruppen er karakteriseret ved høj alder, betydelig komorbiditet og omfattende rehabiliteringsbehov, hvilket understøtter, at indsatsen er nået ud til den målgruppe, som projektet var udviklet til.

De kvantitative data viser desuden, at rådgivningen i praksis har været kendetegnet ved en proaktiv og vedholdende indsats. Rådgiverne har taget initiativ til størstedelen af kontakterne og har understøttet borgere

og pårørende gennem en bred vifte af problemstillinger relateret til rehabilitering, hjælpemidler, koordinering, sociale forhold og hverdagsliv. Samtidig viser de kvalitative fund, at funktionen opleves som et væsentligt supplement til de eksisterende rehabiliteringstilbud.

På tværs af borgere, pårørende, amputationsrådgivere, fagprofessionelle og ledere beskrives rådgiverfunktionen som et bindeled i et rehabiliteringsforløb præget af mange aktører, sektorovergange og komplekse behov. Funktionen bidrager med overblik, koordinering og adgang til specialiseret viden, men også med kontinuitet, tryghed og støtte i en livssituation præget af usikkerhed og store forandringer. Evalueringen peger samtidig på, at rådgiverfunktionen i praksis ikke alene understøtter den amputerede borger, men ofte også fungerer som støtte for de pårørende og familien omkring borgeren.

Evalueringen peger på, at rådgiverfunktionens værdi i høj grad udspringer af samspillet mellem specialiseret amputationsfaglig viden og relationelle kompetencer. Borgere og pårørende fremhæver ikke alene rådgiverens evne til at skabe overblik, koordinere indsatser og formidle relevant viden, men også betydningen af at blive mødt af et menneske, der lytter, forstår situationen og følger dem gennem forløbet. Det er netop kombinationen af faglig ekspertise, praktisk erfaring og menneskelig støtte, der synes at adskille funktionen fra mange af de øvrige tilbud i rehabiliteringsforløbet.

Denne tilgang hænger tæt sammen med projektets afsæt i både rehabilitering og palliation. Rådgivningen har ikke alene haft fokus på funktion, træning og praktiske problemstillinger, men også på de sociale, psykologiske og eksistentielle konsekvenser af at miste et ben. Evalueringen peger på, at denne helhedsorienterede tilgang har haft betydning for borgernes og de pårørendes oplevelse af støtte, tryghed og sammenhæng gennem forløbet.

Evalueringen viser samtidig, at rådgiverfunktionen ikke i sig selv ændrer de strukturelle vilkår for rehabiliteringen efter benamputation. Variationen i tilbud, sektorovergange og uklarhed om ansvar består fortsat. Funktionens betydning synes derimod i høj grad at ligge i dens evne til at hjælpe borgere og pårørende med at navigere i disse vilkår og reducere nogle af de konsekvenser, som et komplekst og fragmenteret rehabiliteringssystem kan have for den enkelte. Rådgiverfunktionen kan således forstås som en støtte til at håndtere eksisterende udfordringer snarere end som en løsning på de bagvedliggende strukturelle problemer.

Evalueringen viser desuden, at netværksindsatsen har bidraget til at styrke relationer, vidensdeling og samarbejde på tværs af kommuner, sygehuse og øvrige aktører. Netværkene har fungeret som en ramme for både kompetenceudvikling og opbygning af relationer mellem fagprofessionelle og synes særligt værdifulde på et område, hvor mange medarbejdere kun møder få borgere med benamputation i deres daglige praksis. Erfaringerne peger på, at netværkene ikke alene understøtter implementeringen af rådgiverfunktionen, men også bidrager til opbygning og fastholdelse af specialiseret viden på tværs af sektorer.

Resultaterne peger imidlertid samstemmende på, at projektet har bidraget til øget sammenhæng, koordinering og støtte i rehabiliteringsforløbet og dermed adresserer flere af de udfordringer, som tidligere er beskrevet på området.

## **Perspektivering: Fra projekt til sammenhængende rehabilitering**

Sundhedsreformen peger på behovet for mere sammenhængende patientforløb, stærkere tværsektorielt samarbejde og bedre tilbud til borgere med komplekse og langvarige behov. Evalueringen af amputationsrådgiverprojektet peger på, at netop disse udfordringer er centrale i rehabiliteringen efter benamputation.

Projektet kan derfor ses som et konkret eksempel på, hvordan nogle af reformens ambitioner kan omsættes i praksis. Erfaringerne viser, at sammenhæng ikke alene skabes gennem organisatoriske strukturer, men også gennem funktioner, der har mulighed for at følge borgeren på tværs af sektorer, opbygge relationer over tid og understøtte koordinering mellem de mange involverede aktører.

Erfaringerne fra projektet peger samtidig på, at koordinerende funktioner ikke kan stå alene. Selvom amputationsrådgiverne har bidraget til øget sammenhæng for den enkelte borger, består mange af de

organisatoriske udfordringer, som rådgiverne hjælper borgere og pårørende med at håndtere. Evalueringen peger derfor både på værdien af koordinerende funktioner og på behovet for fortsat udvikling af mere sammenhængende strukturer, arbejdsgange og rehabiliteringstilbud på tværs af sektorer.

Samtidig viser erfaringerne fra netværksindsatsen, at rehabiliteringskvalitet ikke alene afhænger af støtte til den enkelte borger, men også af adgang til specialiseret viden og stærke faglige fællesskaber. Erfaringerne peger på et centralt organisatorisk paradoks: Netop de kommuner og fagpersoner, som møder få borgere med benamputation, har ofte størst behov for adgang til specialiseret viden, faglig sparring og tværsektorielle netværk. Samtidig kan det være vanskeligt at prioritere deltagelse i netværksaktiviteter, fordi målgruppen fylder relativt lidt i den enkelte organisations daglige drift. Dermed risikerer de fagmiljøer, der har mindst erfaring med målgruppen, også at have de vanskeligste betingelser for at opbygge og fastholde kompetencer på området.

Erfaringerne understreger behovet for regionale eller tværkommunale strukturer, som kan understøtte opbygning og fastholdelse af specialiseret viden på lavvolumenområder. I den sammenhæng peger evalueringen på, at netværkene ikke blot har haft værdi som forum for vidensdeling, men også som en vigtig infrastruktur for relationer, kompetenceudvikling og implementering af evidensbaseret praksis på tværs af sektorer.

På den baggrund kan amputationsrådgiverfunktionen og de tilhørende netværk betragtes som en mulig model for fremtidens rehabiliteringsindsatser til borgere med komplekse behov. Erfaringerne peger på værdien af at kombinere specialiseret faglig viden, relationel kontinuitet, tværsektoriel koordinering og systematisk kompetenceudvikling i én samlet indsats.

Selvom modellen er udviklet på amputationsområdet, rummer erfaringerne perspektiver, der kan være relevante for andre patientgrupper med komplekse rehabiliteringsforløb. Evalueringen peger samlet set på, at sammenhængende rehabilitering ikke alene skabes gennem organisatoriske strukturer, men gennem kombinationen af specialiseret faglig viden, relationel kontinuitet og stærke tværsektorielle samarbejdsrelationer. Erfaringerne fra amputationsrådgiverprojektet viser, at denne kombination kan gøre et komplekst rehabiliteringsforløb mere overskueligt og sammenhængende for borgere og pårørende, samtidig med at den understøtter kompetenceudvikling og samarbejde blandt de fagprofessionelle omkring dem.

## REFERENCER

1. Brix ATH, Rubin KH, Nymark T, Schmal H, Lindberg-Larsen M. Mortality after major lower extremity amputation and association with index level: a cohort study based on 11,205 first-time amputations from nationwide Danish databases. *Acta Orthop*. 2024;95:358-63.
2. Fortington LV, Geertzen JH, van Netten JJ, Postema K, Rommers GM, Dijkstra PU. Short and long term mortality rates after a lower limb amputation. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. 2013;46(1):124-31.
3. Jensen PS, Petersen J, Kirketerp-Moller K, Poulsen I, Andersen O. Progression of disease preceding lower extremity amputation in Denmark: a longitudinal registry study of diagnoses, use of medication and healthcare services 14 years prior to amputation. *BMJ Open*. 2017;7(11):e016030.
4. Trier Heiberg Brix A, Rubin KH, Nymark T, Schmal H, Lindberg-Larsen M. Major lower extremity amputations - risk of re-amputation, time to re-amputation, and risk factors: a nationwide cohort study from Denmark. *Acta Orthop*. 2024;95:86-91.
5. Kwah LK, Green J, Butler J, Lam L. Quality of Clinical Practice Guidelines for Management of Limb Amputations: A Systematic Review. *LID - 10.1093/ptj/pzz006 doi*. (Generic).
6. Madsen UR GF, Stoevring KR, SH. Videre i livet efter benamputation. Erfaringer med psykosocial rehabilitering. Nyborg: REHPA; 2024.
7. Ostler C, Donovan-Hall M, Dickinson A, Metcalf C. Exploring meaningful outcome domains of recovery following lower limb amputation and prosthetic rehabilitation: the patient's perspective. *Disabil Rehabil*. 2023;45(23):3937-50.
8. Stovring KR, Rottmann N, Rasmussen A, Madsen UR. The road to a new normal - A qualitative study on relatives' needs and roles in amputation rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2026:2692155261432020.
9. Madsen UR, Vedste Aagard T, Mikkelsen TB, Olsen Zwisler AD, Marså K. Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark. 2021. Contract No.: Report.
10. Abrahamsen C, Madsen UR, Jensen APS, Bundgaard K, Jensen CM, Kristensen PK. Validity and reliability of the Danish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients with major lower extremity amputations: a psychometric study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2025:101157.
11. Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18, 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
12. Hughes, G., Shaw, S. E., & Greenhalgh, T. (2020). Rethinking integrated care: A systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 446–492. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12428>
13. Køberl, S., Schrøder, K., Dall-Hansen, D., & Abrahamsen, C. (2023). From hospital to home following a lower limb amputation: A focus group study of healthcare professionals' views and experiences with transitioning. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 49, 101003. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2023.101003>
14. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO; 2010. Contract No.: Report.

15. Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2003). New wine in old bottles: The WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clinical Rehabilitation*, 17(4), 349–354. <https://doi.org/10.1191/0269215503cr629oa>
16. Stucki, G., Ewert, T., & Cieza, A. (2007). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, 25(11–12), 628–634. <https://doi.org/10.1080/09638280701470066>
17. Wood J. Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Med Humanit.* 2022;48(4):411-20.
18. Vidensenhed for Rehabilitering og Palliation ved Sår og Amputationer(2025): Status på amputationsrådgiverprojektet 2025. Findes på ViRSAs hjemmeside: [https://app-rsjdxcms-prod-001.azurewebsites.net/media/etei2wqv/raagiverprojekt\\_status-2025.pdf](https://app-rsjdxcms-prod-001.azurewebsites.net/media/etei2wqv/raagiverprojekt_status-2025.pdf)
19. Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonser, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727–1736
20. Parker MJ, Palmer CR. (1993): *A new mobility score for predicting prognosis after hip fracture*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8(2), 173–173
21. Kristensen, M. T., Nielsen, A. Ø., Topp, U. M., Holmehave-Brandt, J., Petterson, C. F., & Gebuhr, P. (2018). Development and psychometric properties of the Basic Amputee Mobility Score for use in patients with a major lower extremity amputation. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(1), 138–145
22. Richie, J., Spencer, L., (1994): Qualitative data analysis for applied policy research in: Bryman, A., Burgess, B. (ed): *Analyzing Qualitative Data*, chapter 9, pg 197-211. Taylor & Francis group
23. Brinkmann, S. & Tanggaard, L (2025): *Interviews i Kvalitative Metoder – En Grundbog*. 4.udg. Kapitel 1. Hans Reitzels Forlag.
24. Löhr, K., Weinhardt, M. and Sieber, S. (2020): The “World Café” as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. *International Journal of Qualitative Methods*, 19.
25. Helms, M.M., Nixon, J. (2010): Exploring SWOT analysis – where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management* (2010) 3 (3): 215–251.
26. Riis Madsen, U., Grünfeld, FH., Støvring, KR., Hulsbæk, S (2024): *Videre i livet efter benamputation*. REHPA, Videnscenter for Rehabilitering og Palliation. ISBN: 978-87-93356-84-9. Findes her: <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2024/10/Videre-i-livet-efter-benamputation.pdf>

Illustrationer ved: **Pernille Nymann Kirkegaard**, Cand.mag., Forskningsassistent, ViRSA

*Rapporten er udarbejdet d 01.08.2026 af OPEN forskningsenhed, Region Syddanmark og Syddansk Universitet ved:*

**Katrine Wind Nielsen**, Cand.scient.san.publ., Videnskabelig assistent,  
Center for Brugerinvolvering i Forskning, OPEN

**Nanna Camilla Myrhøj Møller**, Cand. San. Erg.

**Anne Sofie Schwarz Emiliussen**, Epidemiolog, Cand. Polit, ph.d.

**Lars Morsø**, Lektor, ph.d., OPEN Forskningsenhed

**Anne Wettergren Karlsson**, ph.d., Center for Brugerinvolvering i Forskning, OPEN

