

# Welfare Innovations in Primary Prevention (WIPP)

## Varighed - Dato:

01.10.2016 – 30.09.2020

## Sagsnummer:

330 - 2016 - 29571



**Interreg**  
Deutschland - Danmark



EUROPEAN UNION



**Interreg**  
Deutschland - Danmark



EUROPEAN UNION



# Indhold

Introduktion.....	1
Baggrund og formål for Projekt WIPP.....	1
Projekt WIPP Slagelse Kommune .....	2
Målhierarki.....	3
Delleverancer.....	4
Opsporingsveje, screeningsmodel og uddannelsesmateriale:.....	4
Opsporing af 350 ældre .....	4
Screening og intervention gennemført .....	5
Digital træningsintervention.....	6
Bearbejdning af resultater og erfaringer.....	6
Bæredygtig ramme .....	6
Leverance.....	7
Projekt WIPP.....	7
Fremgangsmåde, design og indhold.....	7
AP 3 – Opsporing og screening.....	8
AP 4 – Interventionen .....	9
Inklusions- vs. eksklusionskriterier for deltagelse i interventionsforløb.....	10
AP 5 – Velfærdsteknologiske koncepter og produkter .....	11
AP 5 - Indhold.....	11
Trin 1 - Behovs og funktionsbeskrivelse.....	12
Trin 2. Udvikling og funktionstest.....	12
Trin 3: Teknologi afprøvning og prototypebeskrivelse.....	12
Projektorganisering .....	13
.....	13

## Introduktion

Ældre (65+) er den hurtigst voksende befolkningsgruppe, og vil i Schleswig-Holstein og Syddanmark, de kommende 15 år, stige med hhv. 6,7% og 7,3%, og repræsentere 28,3% og 24,6% af den totale befolkning i hhv. Tyskland og Danmark i 2030.

Med stigende alder ses en stigning i funktionsnedsættelse og funktionstab, hvilket resulterer i nedsat livskvalitet og et øget forbrug af sundhedsydelser. Europa-Kommissionen har derfor udviklet en nøgleindikator for folkesundhed, *Healthy Life Years* (HLY: forventet levetid uden funktionelle begrænsninger eller handicaps), og har sat et mål om en forøgelse på to sunde leveår (HLY) pr. EU-borger i EU's 2014-2020 sundhedsprogram.

Aktuelt, kan 65-årige ældre forvente at leve omkring 2/3 af deres resterende leveår i uafhængighed i Danmark, hvor det i Tyskland er cirka 1/3. Eksempelvis kan en 65-årige dansk eller tysk kvinde gennemsnitlig forvente at leve hhv. 7,7 og 14,1 år med funktionsnedsættelse og funktionstab, i deres resterende levetid (Eurostat 2013).

## Baggrund og formål for Projekt WIPP

Tidlig opsporing af skrøbelige ældre borgere kan potentielt reducere forekomsten af funktionsnedsættelse og funktionstab hos ældre, samt reducere sundhedsomkostninger og øge HLY, hvis det efterfølges af gode skræddersyede handlingsplaner.

Projekt WIPP (Welfare Innovations in Primary Prevention) er et samarbejde mellem Center for Active and Healthy Aging (CAHA), institut for Idræt og Biomekanik ved Syddansk Universitet, som er hovedaktøren, og en række projektpartnere i Schleswig-Holstein, Region Syddanmark og Region Sjælland, her i blandt Slagelse Kommune, og har til formål at:

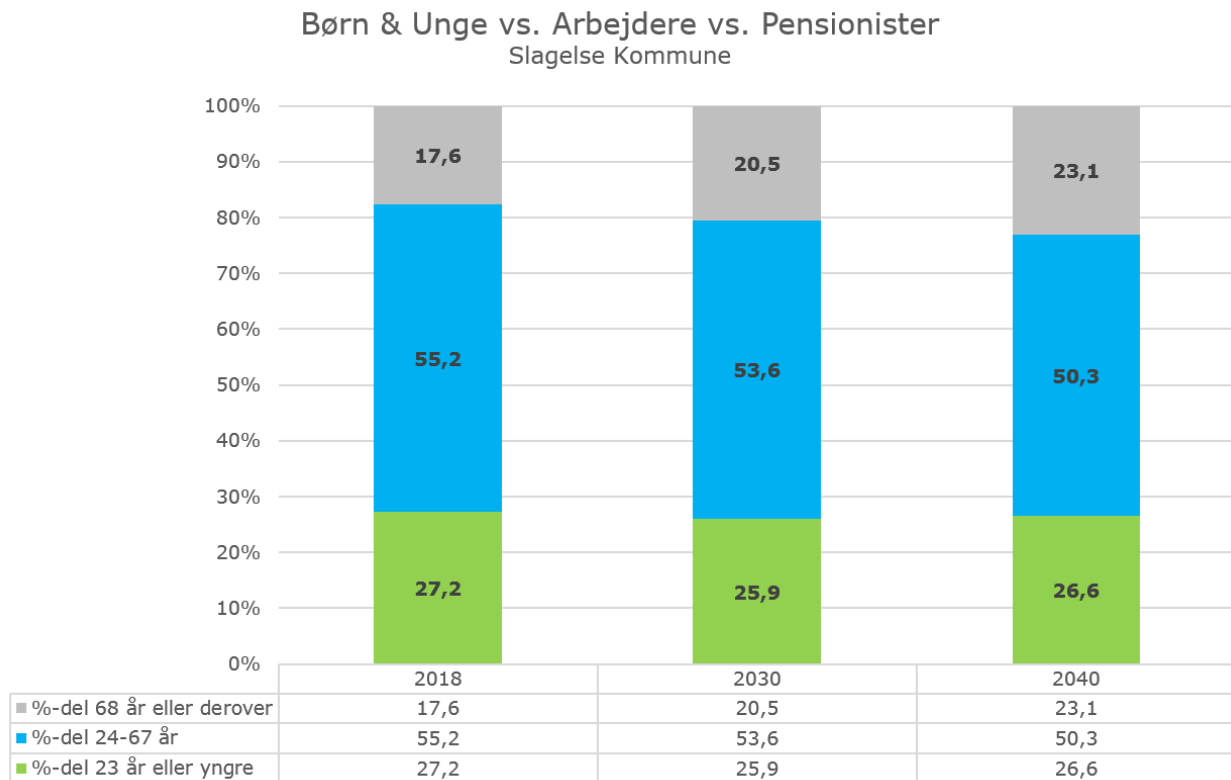
- *Det overordnede formål er at reducere risiko for funktionsnedsættelse, mindske brug af sundhedsydelser, tab af livskvalitet og her igennem øge antallet af sunde leveår hos ældre borgere i INTERREG---region. Projektet vil som sin hovedleverance udvikle en bæredygtig handlingsplan med henblik på at reducere funktionstab og forbedre livskvalitet hos den ældre (65+) del af befolkningen i Nordtyskland, Region Syddanmark og Region Sjælland.*

Projektets overordnede ramme er produkt- og procesinnovation indenfor den primære forebyggelsesramme med inddragelse af offentlig sundhedssektor, borgere, forskningsinstitutioner og erhvervslivet (Quadruple Helix Mode). Projekt sætter fokus på identifikation og reduktion af risikofaktorer med det formål at forbedre ældres muligheder for at være aktive og sunde med henblik på at fremme selvhjulpethed og selvstændighed. Dette gøres ved at skabe nye og innovative og bæredygtige værdikæder. Endvidere skal projektet bidrage til implementeringen af regionale og nationale Sundheds- og forebyggelsesstrategier, herunder den nye tyske forebyggelseslov (2015) og den seneste danske implementerings strategi fra sundhedsstyrelsen (2015).

Projektet er delvist finansieret af Interreg5a, der den femte generation af det dansk-tyske Interreg-samarbejde, som har til opgave at understøtte Europa 2020-strategien, som alle EU-strukturfondsprogrammer i perioden 2014-2020 skal leve op til. Strategien baserer sig på intelligent, bæredygtig og inkluderende vækst i Europa, hvilket også er gældende for EU's sundhedsprogram 2014-2020.

# Projekt WIPP Slagelse Kommune

Slagelse Kommune er også udfordret ift. et stigende antal ældre (ses figur 1) og oplever, at det er svært, at få kontakt til og fastholde skrøbelige borgere i et frivillige så vel som kommunale tilbud, med henblik på, at forbedre borgernes samlede livssituation og aldringsproces.



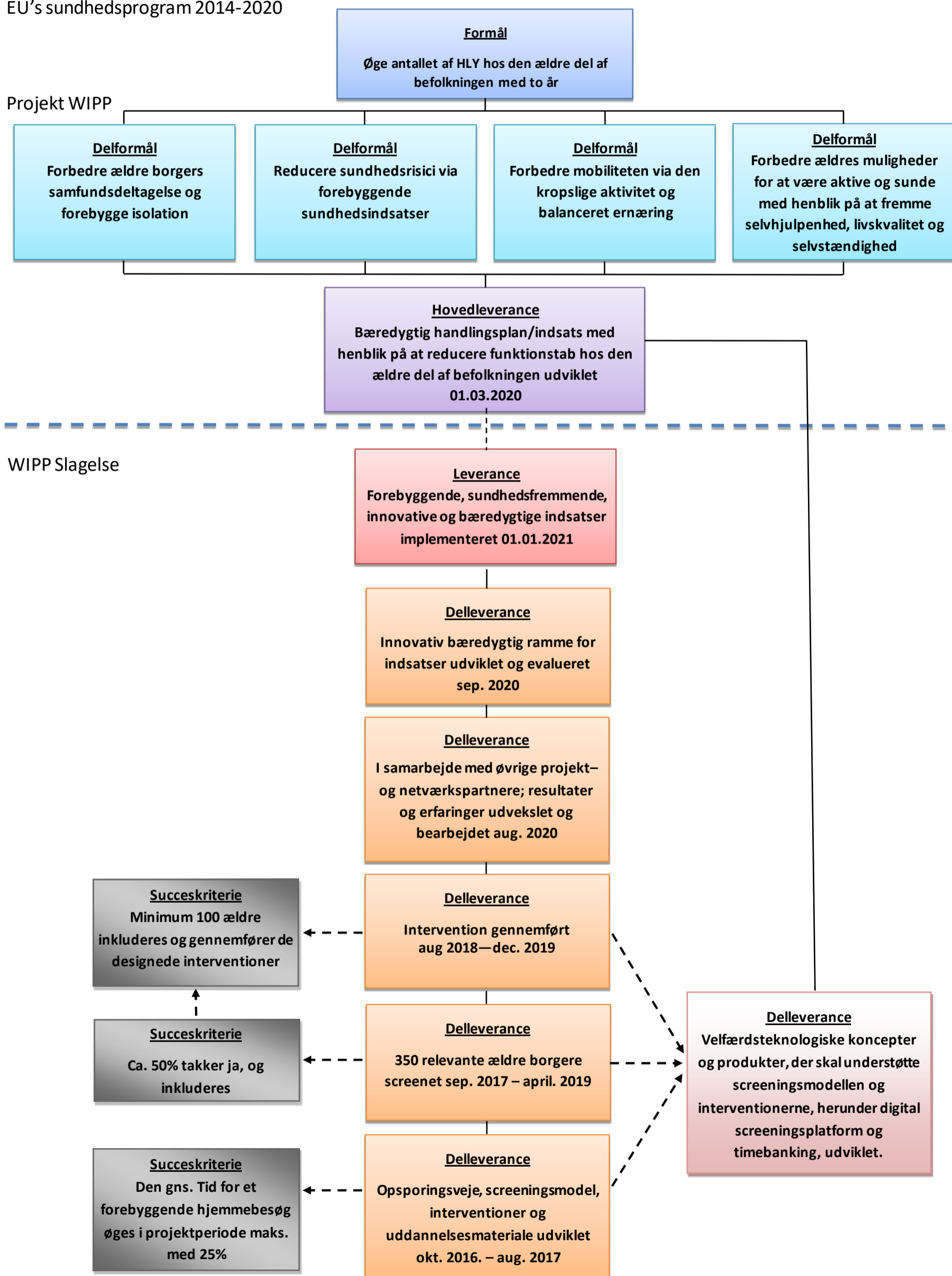
**FIGUR 1. VISER DEN PROCENTVISE ANDEL AF HHV. BØRN & UNGE (23 ÅR ELLER YNGRE), FOLK I DEN ARBEJDEDE ALDERSGRUPPE (24-67 ÅRIGE) OG ANDEL AF ÆLDRE (68 ÅR ELLER DEROVER) AF KOMMUNENS SAMLEDE BEFOLKNING OG UDVIKLINGEN FREM MOD 2040.**

Slagelse Kommune har derfor valgt at indgå i Projekt WIPP som Projektpartner. Projektet skal på både organisatorisk og praktisk niveau styrke Kommunes arbejde med tidligt at opspore skrøbelige ældre i aldersgruppen 60+ med øget risiko for fremtidig tab af funktionsniveau og livskvalitet. I forlængelse af dette skal projektet i samarbejde lokale private og frivillige foreninger og organisationer, samt på tværs af afdelingerne i Center for Sundhed og Ældre, herunder særligt i samarbejde med Kommunens Aktivitetscentre, skabe lokale tilbud og rammer for, at borgerne (60+) kan være fysisk aktive, og hermed i højere grad forebygge aldersrelaterede tab af funktionsniveau, tab af livskvalitet, indlæggelser og behov pleje og/eller genoptræningsforløb.

Slagelse Kommunes Sundhedstilbud står for projektets gennemførelse og implementering og har i projektperiode valgt at fokusere og begrænse indsatsen udelukkende til postnummer 4220 Korsør. Nedenstående Målhierarki viser både det samlede WIPP projekts mål og delmål, samt hvilke Leverancer Slagelse Kommune med sin deltagelse som projektpartner i WIPP projektet, er forpligtet til at leverer. Leverancerne er kort beskrevet, mens projektets forskellige arbejdsplaner er beskrevet under afsnittet *Fremgangsmåde, Design og Indhold*.

# Målhierarki

EU's sundhedsprogram 2014-2020



Selve *Projekt WIPP* er bygget op på EU's sundhedsprogramms mål og delformål, men har i projektperiode ikke mulighed for at måle på HLY. Derfor er ovenstående målhierarkiet også delt således op WIPP projektets formål er indskrevet i målhierarkiet som projektets *Hovedleverance*.

Målhierarki skal læses nedefra og ses som en stig op mod projektets mål. Sidste (nederste) delleverance skal derfor ses som første step på vejen mod det ønskede produkt, og er samtidig også første step på vej mod selve WIPP projektets forventede hovedleverance og et bidrage til EU's delformål og Mål. I det følgende vil ovenstående målhierarkis leverancer og delleverancer blive uddybet. Da ovenstående målhierarki skal læses nedefra og ses som en stig op mod projektets mål vil den nederste delleverance bliver uddybet først osv.

## Delleverancer

### Opsporingsveje, screeningsmodel og uddannelsesmateriale:

Først skal der i WIPP projektets arbejdsplan 3 (AP3) udvikles en fælles screeningsplatform. Platformen skal danne rammen for, hvordan vi tidligt opspore skrøbelige ældre både før og under et forebyggende hjemmebesøg. Til dette skal der designes en opsporings- og screeningsmodel med redskaber til screening og test forskellige risikofaktorer fx ernæringstilstand, selvvurderet livskvalitet, fysisk og kognitive funktion, samt en tilhørende samtaleguide (baseret på ICF), der skal afdække generelle problemstillinger så som social og psykisk trivsel. Det er Odense Kommune som er ansvarlig for AP3, mens Slagelse kommunes og dens forebyggelseskonsulenter skal bistå med deres viden og erfaring ift. at udvikle modellens og samtaleguidens indhold. Slagelse Kommunes forebyggelseskonsulenter vil få vejledning, sparring og modtage færdigudviklet uddannelsesmateriale fra WIPP projektets arbejdsplan 3, herunder et to-dags kursus i anvendelse af modellen og samtaleguiden til at screene borgerne for sundhedsrisici via de forebyggende hjemmebesøg. Endvidere består opgaven i, at der i samarbejde med fagkyndigt personale og/eller frivillige organisationer så som praktiserende læger, boligforeningerne, helhedsplanerne, boligsociale medarbejdere og frivillige foreninger, udvikles måder, hvorpå vi i fællesskab kan opspore skrøbelige ældre, få kontakt til disse, henvise/informere dem om muligheden for et forebyggende hjemmebesøg og forhåbentlig inkluderer dem i forskellige typer af forebyggende tilbud/fællesskaber – se evt. figur 2.

I samarbejde med SDU og øvrige projektpartnere skal der ligeledes udvikles materiale, der kan hjælpe og motivere borgeren til selv at forstå, hvad de fundne sundhedsrisici betyder eller kan få af betydning for den ældre liv, således de ældre selv bliver i stand til aktivt at tage ansvar for egen sundheds- og helbredstilstand.

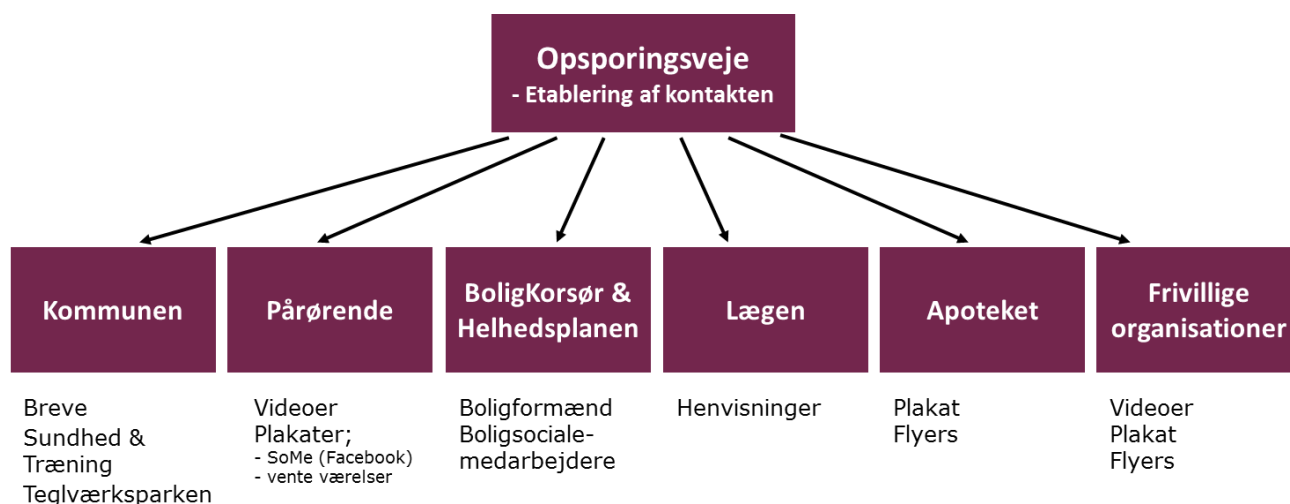
### Opsporing af 350 ældre

Opgaven består ikke blot i at opspore de ældre, men nøje dokumenter, hvilke opsporingsveje, som er mest effektfulde og notere, hvorfor de er dét. Nogle borgere vil blive *opsporet* via de lovpligtige breve med tilbud om et forebyggende hjemmebesøg, andre via pårørende, venner, naboer og/eller boligsociale medarbejdere. Hos relevante lokale foreninger og organisationer f.eks. Ældre Sagen, Danske senior, Aktivitetscentre og apoteket vil der blive uddelt flyers og postkort med information om projektet. De praktiserende læger bliver endvidere en vigtig medspiller til at *opspore* (kontakte) ældre i målgruppen. Således er der budgetteret med at lægerne kan henvise op til 125 af de 350 borgere.

Den udviklede screeningsmodel, som borgerne i projektet vil gennemgå, vil danne grundlag for at vurdere, hvor *skrøbelig* den enkelte borger er, set ud fra et evidensbaseret synspunkt. Model vil samtidig være med til at afsløre, hvilken af ovenstående *opsporingsveje*, der sætter os i kontakt med flest skrøbelige borgere indenfor målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg – se figur 2.







FIGUR 2

### Screening og intervention gennemført

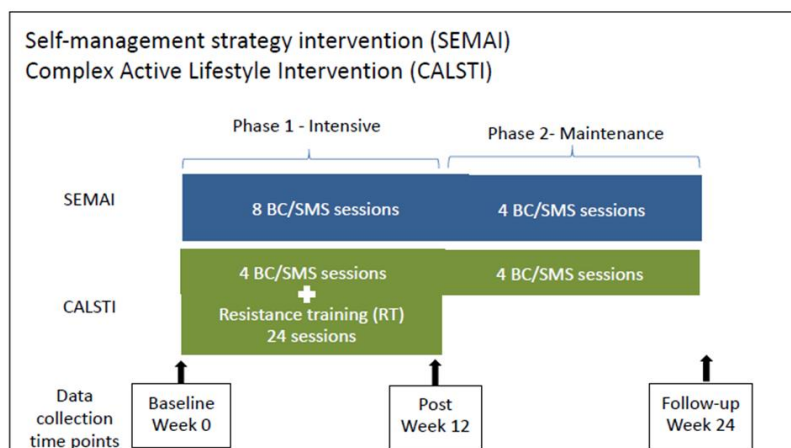
Selve screeningen af sundhedsrisici hos inkluderede borgerne vil foregå hjemme hos borgeren via et udvidet forebyggende hjemmebesøg, som vil foregå efter den fælles udviklede samtaleguide med tilhørende evidensbaserede tests, herunder obligatoriske tests af fysisk (SPPB), kognitiv funktion (MMSE) og Livskvalitet (EQ5-D). Øvrige domæner borgeren vil kunne opleve at blive screening for/i vil være fx spørgeskemaer omkring social og psykisk trivsel, fald, træthed, inkontinens, smerter og ernæring. Det forventes at det kun i sjældne tilfælde vil forekomme at en borger blive testet i alle domæner, da en borger i så fald er så skrøbelig, at det vurderes usandsynligt at borgeren ikke allerede er *kendt i systemet* og/eller i gang med en forebyggende indsats.

På baggrund af besøget hjemme hos borgeren og resultaterne af screeningsmodellen vil borgere enten blive vurderet som værende *frisk*, *skrøbelig* eller *meget skrøbelig*. Friske borgere vil modtaget forskellige tilbud omkring motion, træning eller andre sundhedsinitiativer. Meget skrøbelige borgere vil have brug for en mere intensiv indsats, som går ud over WIPP projektets for måden og formål, og vil derfor blive henvist til f.eks. allerede eksisterende kommunale tilbud fx genoptræning eller egen læge med henblik på videre udredning.

Skrøbelige borgere vil blive tilbudt at deltage i WIPP projektets interventioner, som består af to mulige forløb, der begge varer i alt 24 uger – se figur 3:

1. **Træn Din Form** – 12 uger med fysisk træning (kredsløbs-, styrke- og balancetræning) to gange om ugen, suppleret med samtale-sessioner inspireret af den motiverende samtale, der skal være med klarlægge dit eller dine mål med forløbet. Samtale-sessioner vil forløbe over i 24 uger i alt. Dvs. når de 12 uger med fysisk træning er ovre, vil der således løbende være i alt fire opfølgende-samtaler med deltagerne spredt udover de efterfølgende 12. De opfølgende samtaler skal hjælpe deltagerne godt videre og samtidig sikre at deltagerne når og senere selv kan vedligeholde de opnåede mål.
2. **Form Dit Liv** – Er et motions- og coachingforløb, hvor deltagerne i alt vil mødes 12 gang spredt udover de 24 uger. Deltagerne vil blive introduceret til og udsat for forskellige trænings- og motionsaktiviteter suppleret med samtale-sessioner inspireret af den motiverende samtale. Formålet med forløbet er, at deltagerne blive mere fysisk aktiv, får kendskab til forskellige motionstilbud i

deres nærområde og udvikler kompetencer til selv at ændre adfærd ift. fundne og/eller oplevede problemstillinger via screeningsmodellen, herunder bl.a. fysisk aktivitet og træning, og her igennem forbedre eller vedligeholder deres fysiske funktionsevne samt livskvalitet.



FIGUR 3. OVERSIGT OVER INTERVENTIONSFORLØBENE

SDU står for koordineringen og det overordnede indhold i interventionsforløbene, men vil løbende inddrage alle projektpartnerne. SDU, CAU, ARLA og AOK vil garantere kvalitet og kompliance af interventionernes design.

For at sikre en høj deltagelsesprocent og motivation fra borgerne vil Slagelse Kommunes i samarbejde med Bolig Korsør og Frivillighedscenter Slagelse, 1) søge at placere projektaktiviteterne i borgerne nærmiljø og dermed så tæt på borgerne så muligt. Og 2) forsøge at gruppere borgere, der bor tæt på hinanden således mulighed for social og fysisk aktivitet borgerne imellem, i højere grad er muligt udenfor og efter projektperioden.

### Digital træningsintervention

Overstående interventionsforløb, hhv. Self-management Strategy Intervention (SEMAI) og Complex Active Lifestyle Intervention (CALSTI) vil blive designet, udviklet og afprøvet som et digitalt træningsforløb borgere fra målgruppen vil kunne afprøve på deres smartphone, tablet eller PC. Det forventes at ca. 50 borgere i Slagelse kommune afprøver dette forløb.

### Bearbejdning af resultater og erfaringer

Det er ekstremt vigtigt for projektets videre drift og bæredygtighed at projektets interessenter og kommende "driftsledere" får indflydelse på, hvad vi tager med os fra projektet og hvilke indsatser som fremadrettet skal være en fast del af Slagelse Kommunes forebyggelsesindsats. Opgaven består i at sikre alle erfaringer og resultater dokumenteres og bruges aktivt i udvælgelsen af forebyggelsesindsatser, der skal implementeres.

### Bæredygtig ramme

Opgaven består af to opgaver; 1) i samarbejde med øvrige projektpartnere og netværkspartnere at skabe en WIPP handlingsplan for, hvordan man strategisk og organisatorisk kan arbejde med forebyggelse af tab af fysisk funktion og livskvalitet på ældre området, og 2) i samarbejde med udpeget lokale interessenter (i Slagelse Kommune), at udvikle et bæredygtigt koncept, som i højere grad gør Slagelse Kommune i stand til,



at opspore, aktivere og fastholde skrøbelige ældre i frivillige eller kommunale aktivitetstilbud. Således skal den overordnede WIPP-model være fleksible nok til at kunne tilpasses de lokale forhold f.eks. i Slagelse, Kiel eller et tredje sted, men strategisk stadig være identiske.

## Leverance

Slagelse Kommune ønsker at de succesfulde og effektive opsporingsveje, screeningsmetoder og aktivitetstilbud, som udvikles i løbet af projektperioden, ved projektets afslutning, implementeres som en fast del af kommunes forebyggelsesindsats.

Projektet er tænkt således at de personer, organisationer, frivillige foreninger osv., der skal drive projektets resultater videre, også er med til at udvikle og implementerer disse resultater. Det er målet at der ved projektets afslutning foreligger en klar model for de forebyggende indsatsers fremtidige drift, herunder arbejdsgange, metoder og kommunikationsveje. Samtidig skal den del af modellen som omhandler aktivering og fastholdelse inddrage borgeren og tager udgangspunkt i borgerens ønsker, således borgeren understøttes og motiveres til at tage ansvar for egen sundhed.

## Projekt WIPP

*Uddrag for den fælles projektansøgning til Interreg.*

### Fremgangsmåde, design og indhold

Projektet tager udgangspunkt i det internationale klassifikationssystem for funktion (ICF), som anvendes af de tyske og danske partnere og understøtter implementeringen af den nye tyske forebyggelseslov (2015) og den danske forebyggelsesstrategi fra Sundhedsstyrelsen (2015). Projektet bygger på de grænseoverskridende resultater og erfaringer fra et tidligere INTERREG 4a Projekt (HANC), og tager disse erfaringer til et nyt niveau med inklusionen af nye nøgle projektpartnere på tværs af grænsen, samt udvikling og implementering af den nye forebyggelsesmodel i projektet.

Baseret på synergien af samarbejdet mellem offentlige og private sundhedssektorer, forskningsinstitutioner, erhvervslivet og borgere fra Tyske og Danske projekt- og netværkspartnere fra de danske og nordtyske område forventes det, at der bliver udviklet nye processer og produkter inden for den primære forebyggelsesramme.

Projektet er baseret på fire "grundpiller" (Arbejdspakker (AP 3-6)):

**1. Opsporing og screening (AP3):**

Optimering af screening, herunder udvikling og opbygning af en screeningsplatform, screeningsprodukter og kompetenceudviklingsredskaber til sundhedspersonale, samt kortlægning og udvikling af innovative opsporingsveje. Screeningsmodellen vil afprøves på over 2000 Ældre borger med forskellig risiko profil.

**2. Intervention (AP4):**

Innovative bæredygtige interventioner (webinars, netværksdannelse, gruppebaserede aktiviteter i lokal miljø) for at fremme livsstilsændringer, herunder afprøvning af skræddersyede multi komponent interventioner hos 750 Ældre borgere med høj risikoprofil, heraf ca. 175 borgere i Slagelse Kommune.

**3. Teknologi (AP5):**

Udvikling af velfærdsteknologiske løsninger til understøttelse af AP3 & AP4

#### 4. Business (AP6):

Evidensbaseret Businessmodel for langsigtet implementering og bæredygtighed.

### AP 3 – Opsporing og screening

I denne aktivitet udvikles en innovativ evidensbaseret og grænseoverskridende "screeningsplatform" og screeningsværktøj i form af en testkuffert (TK), som er tilpasset Sundhedspersonalets vilkår og behov med henblik på at opspore sårbare ældre så tidligt som muligt.

Screeningsplatformen bruger ICF som referenceramme og en samtaleguide som er baseret på i) screeningsamtalerne med borgerne, ii) screeningsværktøj (testkuffert).

Formålene med aktiviteten er at udvikle:

- En fælles screeningsplatform indenfor den primære forebyggelsesramme i programområdet baseret på risikoindikatorer, som projekt- og netværkspartnere udvikler i fællesskab.
- Operationelle evidensbaserede screeningsværktøjer (test) som kan benyttes af SP.
- En fysisk, let transportabel testkuffert, der kan tilpasses sundhedspersonalets dagligdag til brug i forbindelse med forebyggende besøg.

Screeningsværktøjerne som er målrettet tidlig opsporing i daglig praksis udvikles på følgende vis:

- Identifikation af risikofaktorer for funktionsnedsættelse og funktionstab hos de ældre ved:
- Litteraturstudier (f.eks. videnskabelig litteratur og nationale guidelines)
- Brug af evidensbaseret data vedrørende risikofaktorer fra tidligere projekter (f.eks. HANC, Interreg4a)
- Interview og fokusgruppeinterview med SP og andre interessenter.
- Udvikling af målbare test baseret på de identificerede risikofaktorer.
- Udvikling af en fysisk, let transportabel testkuffert inkl. testudstyr og testmanual som kan benyttes af SP i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg. Kufferten skal kunne transporteres af SP på cykel, sådan at indholdet let kan medbringes.

Eksempler på objektive og selv-rapporterede tests: Funktionsniveau (f. eks. Stole-rejse-test, balance, gang), spørgeskema om hhv. mestring, smerte, træthed og ernæringsmæssig status. Det innovative er, at optimere screeningsmetoder (samtaleguiden og screeningsværktøj), sådan at udbyttet bliver maksimalt med et minimumsforbrug af tid.

Odense Kommune vil i samarbejde med projektpartnerne udvikle den fælles screeningsplatformen og *testkuffert*, herunder en samtaleguide baseret på ICF (se Bilag 4a) med tilhørende funktionstest og spørgeskemaer om psykisk og social trivsel. ICF Er en WHO Klassificering (2001) og en vidt anerkendt international referenceramme til beskrivelse af det funktionelle grundlag for genoptræning med øje for hele borgerens livssituation (fysisk, Mentalt og socialt, samt med sundhed og kontekstuelle faktorer). AP3 vil operationalisere ICF med evidensbaserede værktøjer, som er let tilgængelige for sundhedspersonalet og vil pilot-teste disse ICF-baserede værktøjer indenfor de forskellige veje for tidlig opsporing.

SDU vil sammen med Arla og øvrige projektpartnere udvikle et webbaseret screeningsværktøj, samt et kursus for sundhedspersonalet. Odense, Esbjerg, Fredericia og Slagelse Kommune, samt Landeshauptstadt Kiel (LHK) og Howe Fiedler Stiftung Kiel (HFS), vil teste og evaluere værktøjet ift. en forskelligartet målgruppe, som er

sårbar. HFS og LHS's hjemmebesøg i to bydele i Kiel, vil bidrage med udvikling af nye metoder og strukturer til systematisk tidlig opsporing.

## AP 4 – Interventionen

Primærsektorens forebyggende handlingsplaner, der har til formål at forhindre funktionsnedsættelse, funktionstab og andre negative sundhedsudfald som f.eks. fald og hospitalsindlæggelse hos ældre borgere, udfordres af i) uholdbare offentlige udgifter (f.eks. transport til genoptræningscentre), ii) omfanget af gruppen af de skrøbelige ældre personer, dårlig langsigtet kompliance iv) den ældre borgers mangel på self-empowerment og ressourcer.

AP4 vil udvikle et sæt stærkt innovative og bæredygtige tiltag indenfor den primære forebyggelsesramme med det formål at reducere de vigtigste risikofaktorer for funktionsnedsættelse og funktionstab hos ældre borgere. Den vil støtte kraftigt op om det formulerede mål om opnåelsen af 2 sunde leveår (HLY), som det er formuleret i EU's sundhedsprogram i INTERREGs område

Interventionerne og indholdet i AP4 er designet til at fremme en aktiv livsstil gennem forskellige tiltag (webinarer, DVD/hæfte, gruppebaseret og timebanking) for at afspejle mangfoldigheden af ældre borgere med forskellige niveauer af kompetencer (f.eks. god-dårlig mobilitet), krav og præferencer (f.eks. gruppebaserede tiltag versus webinarer).

Ambitionen er at:

1. Nå et bredt spektrum af den ældste befolkning (fra meget skrøbelige til mere fit) med personligt tilpassede tiltag.
2. Fremme ældre borgeres selvstyring baseret på læsbare oplysninger for "ledelse af sundt liv" og realistiske handlingsplaner.
3. Fremme en langsigtet compliance i forhold til livsstilsændringer.
4. Udfylde hullet mellem uholdbare offentlige investeringer og udækkede behov for handlingsplaner i den primære forebyggelse med den nye rolle: "en aktiv borger med self-empowerment".

Interventionerne vil indeholde nøglekomponenter ekstrapoleret fra ICF-modellen (AP3) og vil blive tilbudt selektivt til de ældre borgere gennem AP3s "tidlig opsporing" baseret på et match af deres interesser og profil (f.eks. funktionsniveau). Effekten af interventionen vil blive evalueret ved brug af ICF's rammer (f.eks. funktionsniveau, social deltagelse, personlig mestring).

SDU står for koordineringen og designer indholdet i samarbejde med projektpartnerne. Kommunerne vil implementere de forskellige tiltag med lokalt personale efter kompetenceuddannelse. SDU, Christian Albrechts Universität Zu Kiel (CAU), ARLA og AOK Nordwest vil garantere kvalitet og compliance af interventionernes design.

Konkret består de forud designede WIPP-interventionerne af:

### 1. Digital hjemmetræning.

Web-baseret hjemmetræningsprogram for mobilitetsbegrænset ældre borgere og 10 praktiske anbefalinger til at udløse interesse og motivation, samt at henvise de ældre borgere til relevante interessenter inden for regionerne med henblik på at fremme selvstændighed i forhold til livsstilsændringer. 2 gange om ugen i 12 uger (30-45 minutter x 24 sessioner).

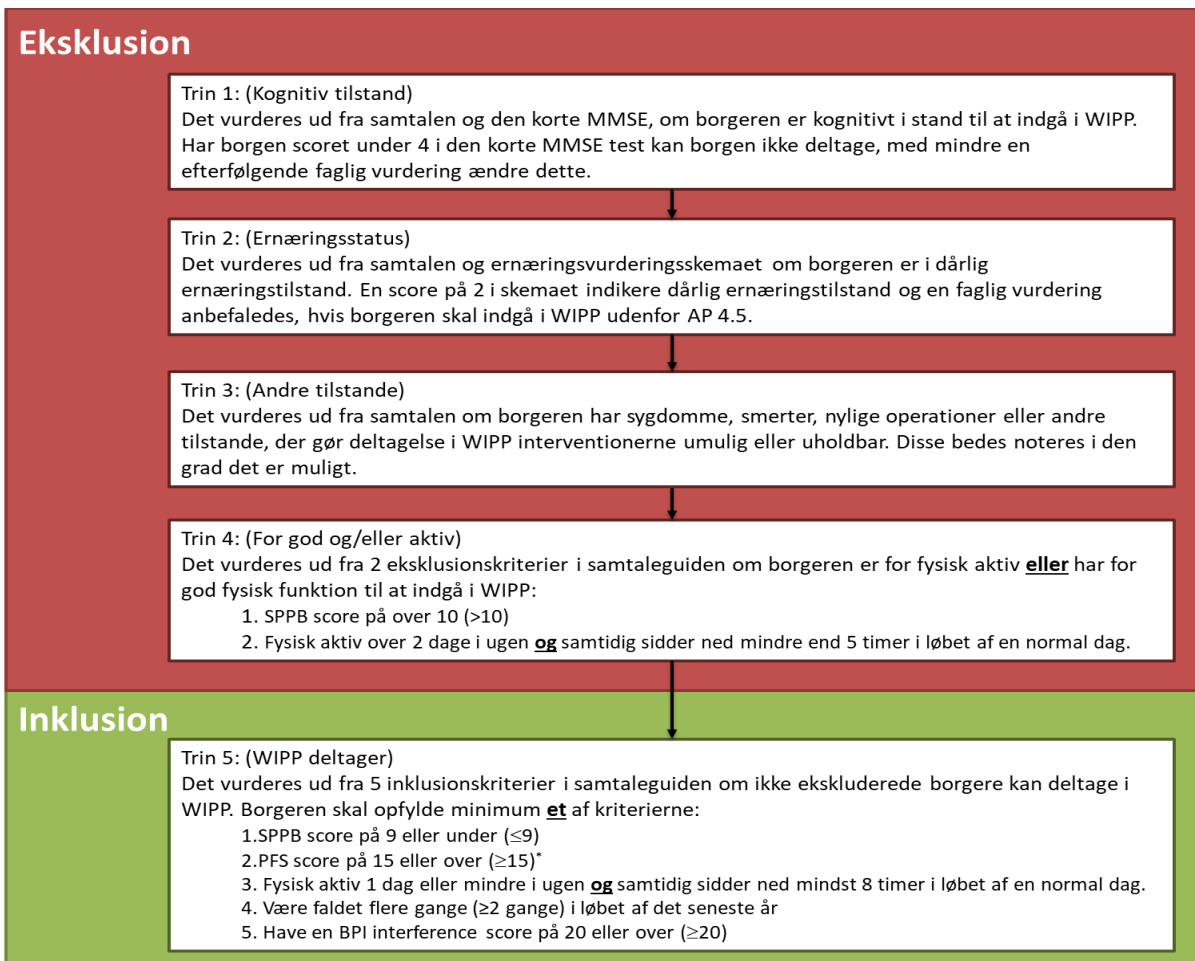
### 2. Interventionsforløb.

Gruppe-baseret aktiv livstilsintervention understøttet af self-management strategier. Face-to-face (styrke)træning med superviseret øvelser + 1 dags fysisk aktivitet om ugen arrangeret af borgeren selv + anbefalinger om kost/ernæring og at reducere stillesiddende tid i 12 uger. Herefter 12 uger, hvor det er op til borgerne selv at varetage træningen, og hvor der startes med en gruppebaseret introduktion til self-management og en anbefaling til de ældre borgere om at træne sammen for at promovere social interaktion borgerne selv skal varetage træningen. Slutteligt 12 uger med telefonopkald to gange om måneden udført af træner til at støtte langsigtet gennemførelse af livstilsændringer (f.eks. fastholdelse af fysisk aktivitet).

### 3. TimeBanking

Konceptet TimeBanking (TB) baseres på, at én times hjælp til en anden, optjener én 'TimeBank time'. Disse regler blev benyttet i) alle timer var lige meget værd ii) optjent tid kunne kun bruges på arbejdskraft til at opbygge samfundets ressourcer eller yde personlig støtte. TB koncept til at skabe en social velfærdsinnovationsplatform, som støtter social interaktion og social deltagelse for den ældre borger. TB udvikles med et bestemt indhold (f.eks. aktiviteter der fremmer social og fysisk aktivitet) og vil blive formidlet og drevet af ældre borgere, samt frivillige organisationer, og fremmet af sundhedspersonale. Tilretningen vil foregå i tæt samarbejde med ældre borgere for at sikre brugervenlighed og acceptabiliteten hos de ældre borgere.

### Inklusions- vs. eksklusionskriterier for deltagelse i interventionsforløb



## AP 5 – Velfærdsteknologiske koncepter og produkter

For optimal udnyttelse af kompetencer og ressourcer er ansvaret for Teknologi Innovation samlet et sted - I AP5. Udgangspunktet for denne aktivitet er, at der i programområdets primærsektorer kun sporadisk gøres brug af digitaliseret formidling og systematisk digitaliseret dataopsamling og analyser. Samlet set vanskeliggøres udviklingen og gennemførelsen af evidensbaserede interventioner, som vil kunne forlænge ældre borgers sunde levealder (HLY).

Målgruppen for AP5 er ældre borgere og sundhedsmedarbejdere, som vil kunne drage nytte af de udviklede IT applikationer. Arbejdspakken er med andre ord projektets interne afdeling for IT innovation. Målgrupperne og netværkspartnere inddrages dels ved at foretage indledende behovs- og markedsanalyser, samt ved løbende at deltage i udviklingsarbejdet bl.a. via fælles workshops, prototype afprøvning mv. Der er således fokus på bruger- og businessdrevet innovation.

Den teknologiske udvikling og afprøvning foretages i størst mulig omfang blandt projektpartnerne (f.eks. Slagelse Kommune).

### AP 5 - Indhold

Ved gennemførelsen af arbejdsplanen skabes platforme for afprøvning og udvikling af teknologi til:

1. Systematisk digital dataopsamling af sundhedsdata ifm. blandt andet forebyggende hjemmebesøg.
2. Digital understøttelse af tidlig opsporing af ældre borgere i risiko for at udvikle nedsat funktionsevne.
3. Digital understøttelse af indsatser for ældre borgere med behov for fysisk træning eller self-empowerment.

Endvidere udvikles teknologiske løsninger, der bidrager til borgerens udvikling af positiv adfærd understøttende ageren i nærmiljøet. Foruden fokus på den teknologiske udvikling har arbejdsplanen øje for at højne social og procesinnovationen - ved at understøtte videreudviklingen af borgerinddragelse og den kommunale forebyggelsespraksis - I form af f.eks. forbedret datakvalitet ved systematisk digital databehandling og, fleksibel webinar---baseret kompetenceudvikling af borgere og sundhedsmedarbejdere.

Målet er samlet set, at udvikle teknologier, der kan understøtte løsninger til forbedring af borgernes selvhjulpethed og selvstændighed for på sigt at øge deres sunde livstidsforventning.

Konkrete Produkter der udvikles/videreudvikles er:

- App Til dataopsamling fra testkuffert ifm. tidlig opsporing af borgers sundhedsrisiko
- Projekttilpasset app Til drift og management af "Time-bank"
- Projekttilpasset webinar app Til afvikling, drift og administration af online services.

AP 5 (leverandør) udvikler og leverer produkter til brug i AP 3 og AP 4 (behovs- og funktionsbeskrivelser samt afprøvning foretages i et tæt samarbejde med AP 3 og AP 4 (kunden)).

Til målgruppen af sundhedsmedarbejdere, der benytter projektets testkuffert, udvikles og afprøves en applikationsprototype, der understøtter digitaliseret opsamling af data i.f.m. tidlig opsporing af ældre borgere i risiko for funktionsnedsættelse og funktionstab, samt behov for tilhørende forebyggende indsatser. Gennemførelsen af de forskellige trin vil drage fordel af parallel udvikling og en fælles ledelse.

## Trin 1 - Behovs og funktionsbeskrivelse.

Har til opgave at:

1. Sammen med udvalgte ældre konsulenter og dataspecialister at behovsafdække og funktionsbeskrive de data og brugerflader, som er relevante for dataopsamlingen. IT Specialister og superbrugere udvikler herefter brugerflade og den fælles dataprotokol som via app'en muliggør dataregistrering og opsamling af sundhedsdata fra "værktøjerne" i "testkufferten" Og videre til projektets analysedatabase.
2. Konkretiserer og udvikler funktioner og brugerflader i.f.t. brugergruppen af sundhedsfaglige personer.
3. I.f.t. app'ens funktion, at beskrive de i Tyskland og Danmark gældende nationale regler og vilkår for opsamling og udveksling af decentralt opsamlede sundhedsdata.

## Trin 2. Udvikling og funktionstest

Vil operationalisere udviklingen af app'en herunder ressourcer, tidsplaner og funktions, platforms, sikkerheds og kvalitetsstandarder. Der etableres en styregruppe og et udviklingsmiljø, som vil fokusere på en implementeringsmodel, der kortsigtet i fase1, leverer en App, som ikke integreres, men umiddelbart kan anvendes til projektets planlagte "tidlige opsporings screeninger" (DE Og DK versioner). Herefter følger en fase2 med udvikling og afprøvning af en løsning med integration til testkuffertens værktøj og projektets centrale analysedatabase

## Trin 3: Teknologi afprøvning og prototypebeskrivelse

Projektets AP3 og AP4 giver over mange måneder realistiske vilkår for langvarige funktions og holdbarhedstests af app'en. I vidt forskellige miljøer og sammenhænge vil projektmedarbejdere dagligt arbejde med såvel app'en som testkufferten og levere værdifulde oplysninger til produktets anvendelighed og bæredygtighed. Appen er grundlag for arbejdet i AP3 og udvikles i AP5. På tilsvarende vis skal alle produkter beskrevet i AP5 Benyttes i AP3 hhv. AP4.



# Projektorganisering

