

# WIPP-360

---

## EN DIGITALE SCREENINGS- OG TRIAGERINGSMODEL

---

Et evidensbaseret værktøj til målretning af de forebyggende hjemmebesøg

*Med forskning, innovation og digitalisering kan vi løse store del af  
(fremtidens) udfordringer på sundheds- og ældreområdet*



Middelfart Kommune  
Odsherred Kommune  
Næstved Kommune  
Randers Kommune  
Slagelse Kommune  
Varde Kommunen  
Ishøj Kommune

Syddansk Universitet – Center for Aktiv og Sund aldring  
Region Syddanmark  
Danish Life Science Cluster

## Forord og Baggrund for WIPP-360-modellen

I perioden 2016 til og med 2020 deltog Slagelse kommune sammen med to andre danske kommuner og en nordtysk (Odense, Esbjerg og Kiel) i Interreg5a forskningsprojektet *Welfare Innovations in Primary Prevention* (WIPP) ledet af Center for Aktiv og Sund Aldring, SDU.<sup>1</sup>

En af WIPP-projektets arbejdsplaner (arbejdsplan 3.3) omhandlede tidlig opsporing og screening af sårbare og skrøbelige ældre i risiko for tab af funktionsevne og livskvalitet. Arbejdsplanens formål var *at opspore målgruppen i den tidligste fase, reducere risikoen for progression mod funktionstab, færre sunde leveår samt forhøjede sundhedsmkostninger.*

1.654 ældre borgere i aldersgruppen 65+ fra de fire kommuner modtog ifm. projektet et forebyggende hjemmebesøg (FBH). I forbindelse med besøget gennemførte borgerne en analog spørgeguide bestående af 37 nøje udvalgte dialogspørgsmål baseret på den internationale klassificeringsmodel, ICF, udgivet af WHO. Spørgsmålene var valgt ud fra eksisterende validerede spørgeskemaer og af en ekspertgruppe bestående af forskellige faggrupper, borgere og forskere. På hjemmebesøget gennemførte de 1.654 borgere foruden spørgeguiden også tre obligatoriske tests; test af kognitiv funktion, fysisk funktion, selv vurderet helbredtstilstand og livskvalitet. Afhængig af besvarelsen på de 37 spørgsmål gennemførte borgerne også en eller flere af 8 mulige screeningstest. F.eks. en ernæringsvurdering, hvis borgeren havde haft et utilsigtet vægttab eller nedsat appetit.

Med udgangspunkt i erfaringerne og forskningsresultaterne fra WIPP-projektet samt indledende støtte fra Interreg5a grundlagde bl.a. Syddansk Universitet, Middelfart Kommune og Slagelse Kommune i fællesskab WIPP-360-netværket med henblik på at udvikle en digital screenings- og triageringsmodel, der tog udgangspunkt i WIPP-projektets analoge spørgeguide. Senere har kommunerne Odsherred, Varde, Randers, Ishøj og Næstved tilsluttet sig netværket og brugen af vores fælles digitale model. I 2023 er også Lejre kommune trådt ind i netværket, mens det ventes, at Faxe kommune også tilslutter sig i løbet af foråret.

## Forhåbning

Det er WIPP-360's-netværkets forhåbning, at nærværende rapport ikke ses som et angreb på den nuværende lovgivning eller på enkelte kommunernes praksis ifm. udmøntningen af de FBH. I stedet skal rapporten ses som et fagligt indspark til refleksion og diskussion af kommunernes praktiske udmøntning og tilrettelæggelse af §79a tilbud om forebyggende hjemmebesøg ift. effektiv brug af kommunernes ressourcer. Dette både ift. at tilgodese de mest skrøbelige ældre og dermed søge at skabe mere lighed i sundhed, men også ift. i højere grad at kunne forebygge behovet for andre kommunale serviceydelser såsom sygepleje, personlig pleje og/eller genoptræning - og dermed forebygge øget pres på det øvrige sundhedsvæsen.

Rapporten henvender sig særligt til kommuner, ledere og medarbejdere omkring de forebyggende hjemmebesøg, men også til Kommunernes Landsforening og Sundhedsstyrelsen, samt andre, der måtte have interesse for forskning, innovation og digitalisering på sundheds- og ældreområdet.

## Kolofon

Titel: WIPP-360 – en digital screenings- og triageringsmodel

Undertitel: *Et evidensbaseret værktøj til målretning af de forebyggende hjemmebesøg*

Udgiver: Slagelse Kommune på vegne af WIPP-360 netværket

Hovedforfatter: Gorm Rabølle Knudsen, Udviklingskonsulent, Slagelse Kommune, Formand for WIPP-360.

Version 1.0.

Versionsdato: 2023-02-27

Ved tydelig henvisning kan der frit references til denne rapport's indhold

## Indholdsfortegnelse

	1
Resume	4
Indledning	5
Rapportens formål	7
Metode	8
Triagering i rød, gul eller grøn	9
Resultater	10
Dem, som svarer på spørgeskemaet – frisk eller skrøbelig?	10
Borgernes selv vurderet helbred og livskvalitet	10
Brug af triagering - telefonsamtale eller brev med tid og dato.	11
Ingen brug af triagering - ønsker du besøg, Ja/nej?	12
Hvad siger medarbejderne om modellen?	12
Erfaringer (citater) fra Odsherred kommune	12
Erfaringer (citater) fra Varde kommune	13
Erfaringer (citater) fra Middelfart og Slagelse kommune	13
Diskussion	15
1. Er ældre digitale nok og interesseret i et digitalt spørgeskema?	15
2. Triageringsmodel til målretning af FBH?	16
2.1. De ikke-digitale ældre – Målretning via WIPP-360 modellen	17
3. Triageringen vs. borgernes selv vurderet helbred og livskvalitet	17
4. Forskellige tilgange - Brev med tid og dato, telefonsamtale eller et ”åbent tilbud”?	18
5. Bidrager modellen til kvalitet i samtalen?	20
Konklusion	20
Perspektivering	21
Nødvendighed af nytænkning – It-systemerne og udbyderne som stopklods	21
Den økonomiske gevinst ved at kunne målrette forebyggende indsatser	22
TAK til:	23
Kilder	23

## Resume

Forebyggende hjemmebesøg (FBH) blev ved lov indført i Danmark i 1996. Dette til trods, hersker der i litteraturen stadig ikke konsensus omkring effekterne af FBH. For at fremme effekterne af FBH er lovgivningen derfor blevet ændret flere gange (2005, 2010, 2016 & 2019), således FBH i langt højere grad målrettes de borgere, hvor der forventes at være den største effekt. Alt forskning og alle anbefalinger peger endvidere på at der skal fokus på selve opsporingen inden hjemmebesøget, da det at få adgang til potentielt skrøbelige ældre er den helt store udfordring i kommunerne. Ligeledes oplever fagmedarbejderne det som meget presserende at få viden om effektive metoder til opsporing af skrøbelige ældre. Der er således et kæmpe behov for at udvikle screeningsværktøjer og/eller kriterier, der baseret på borgernes samlede ressourcer og risiko for tab af funktionsevne, kan understøtte kommunerne i vurderingen af, om der er behov for et FBH i borgerens hjem.

WIPP-360's digitale screenings- og triageringsmodel bygger videre på erfaringerne og forskningsresultaterne fra Interreg5a projektet Welfare Innovations in Primary Prevention (WIPP). Nærværende rapport bidrager med resultater, erfaringer og viden om, hvordan man ud fra den eksisterende forskning samt anbefalinger, i praksis kan arbejde med konkret målretning af de FBH inden og i mødet med borgeren. WIPP-360's digitale screenings- og triageringsmodel er et evidensbaseret spørgeskema, der automatisk kan triagere ældre borgere i målgruppen for FBH og målrette hjemmebesøgene til de mest skrøbelige ældre i størst risiko for tab af funktionsevne og livskvalitet samt fremtidige behov for kommunale serviceydelser.

2.312 (58,8 %) ældre borgere, der var tilmeldt digital post, svarede på hele vores digitale spørgeskema. 31,8 % af borgerne blev triageret rød, mens 22,3 % og 45,9 % blev triageret hhv. gul og grøn. Ældre, der blev triageret rød, scorede deres selvvaluerede helbredstilstand og livskvalitet statistisk signifikant lavere end dem der blev triageret hhv. gul eller grøn. 90,8 % af borgerne fra Slagelse kommune, der blev triageret rød, og derfor modtog et brev med en tid og dato for et FBH, tog imod hjemmebesøget. Hos kommuner, der tilbød borgere i risiko (gule eller røde) en telefonopringning, sagde 75,7 % af de ældre borgere, der blev triageret rød, ja tak til en telefonopringning fra en fagmedarbejder, mens 34,2 % af de ældre borgere, der blev triageret gul, sagde ja tak til en telefonopringning. Borgere, der blev triageret gul og sagde *nej tak* til en opringning scorede deres selvvaluerede livskvalitet og helbredstilstand statistisk signifikant højere end borgere, der sagde *ja tak*. Således synes det at være den "bedste" andel af de gule borgere, der sagde *nej tak*.

Med WIPP-360 modellen har vi vist at det både er muligt at opspore skrøbelige ældre borgere samt at motivere disse ældre til, at tage imod tilbuddet om FBH. Nærværende rapport viser endvidere, at der er rigtig god overensstemmelse mellem modellens evidensbaserede triagering (rød, gul, grøn), fagmedarbejdernes vurderinger og borgernes selvvaluerede livskvalitet og helbredstilstand. Lige så oplever fagmedarbejderne, at modellen bidrager til at skabe mere kvalitet i mødet og samtalen med den enkelte ældre borger. Perspektiverne og fordelene ved at kunne opspore, tilbyde og gennemføre FBH hos de ældre, der vurderes at kunne profitere mest af det, er enorme. Således viser forskningsresultaterne fra WIPP-projektet, at interventionsforløb for netop denne målgruppe medfører markante forbedringer af borgernes fysiske funktion, sundhedsrelateret livskvalitet, selvvalueret fysisk funktion og træningsspecifik sundhedskompetence. Lige så viser en intern opfølgingsanalyse i Slagelse kommune, at besparelsespotentialet ved at investere 1 time i forebyggelse estimeres til, at kunne reducere behovet for hjemmesygepleje eller genoptræning med 2,7 timer. Hertil kommer potentielt sparede udgifter til kommunal medfinansiering fra hospitalsindlæggelser oven i.

Selvom WIPP-360 modellen kan bruges uafhængig af, hvilket omsorgssystem den enkelte kommune benytter og er en relativ billig og *omkostningseffektiv* metode (e-Boks løsning) til at målrette FBH mod et stort antal skrøbelige ældre, viser vores erfaringer også, at der er et stort perspektiv i at lægge større pres på udbyderne af omsorgssystemerne. Der er et enormt behov for, at systemerne i højere grad kan indrettes efter de "nemme" og mest effektive arbejdsgange for medarbejder, samt at systemudbyderne evner at tænke (mere) innovativt og i integrationsløsninger, således vi i fællesskab kan løfte de eksisterende sundhedsudfordringerne.

## Indledning

*Formålet med tilbud om forebyggende hjemmebesøg er at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder med henblik på at bidrage til øget tryghed og trivsel<sup>2</sup>.*

Jf. lovgivning skal der fastlægges målsætninger for de forebyggende hjemmebesøg (FBH), herunder hvilke resultater man forventer, samt hvilke(n) problemstilling(er) det løser (ibid). Der er lavet en del studier og udgivet flere videnskabelige artikler om effekterne af FBH, hvoraf de ældste er gennemført i 1999-2001<sup>3456789</sup> og de nyeste frem mod 2020<sup>10</sup>. Der er endvidere udgivet to systematiske reviews i hhv. 2018<sup>11</sup> og 2020<sup>12</sup>.

I litteraturen hersker der ikke konsensus omkring effekterne af de FBH. Eksempelvis skriver Rambøll i en rapport til socialstyrelsen fra 2012<sup>13</sup>, at *"På tværs af indsatserne er der solid evidens for de forebyggende hjemmebesøgs positive effekter"* (ibid s. 16). Rambøll henviser her til videnskabelige artikler af Vass & Avlund<sup>3456789</sup> som alle er lavet på baggrund af det samme forskningsprojekt gennemført i 1999-2001. I projektet tilbød en række kontrolkommunerne FBH, som de plejede, mens en række interventionskommuner fast havde *"indledende tværfaglig undervisning af alle relevante faggrupper, opfølgende undervisning af mindst to nøglepersoner to gange årligt og smågruppebaseret undervisning af de praktiserende læger"*<sup>3456789</sup>. Studierne viste ingen effekt hos kontrolkommunerne, men positiv effekt på flere parametre i interventionskommunerne. De positive effekter ift. at forebygge f.eks. funktionstab i ADL ophørte dog, da interventionen sluttede<sup>9</sup>. Samtidig så man i et opfølgende studie at; *"The study did not provide conclusive evidence on the cost effectiveness of the programs under consideration"*<sup>14</sup>. Dette er i tråd med det systematiske review af Renz & Meinck 2018, der konkluderede; *"In the current literature no clear proof of the efficacy of PHV could be identified. No structure or process features having an efficacy regarding several outcomes could be derived either. Thus, the current use of PHV is still being made without any clear evidence of efficacy"*<sup>11</sup>.

Bajraktari 2020 fremhæver i deres systematiske review, at der mangler mere solid evidens for effekterne af FBH og, at *"there was a general lack of studies related to cost-effectiveness, experiences of participants and feasibility"*, men modsat Renz & Meinck 2018 konkluderer Bajraktari 2020, at *"based on the evidence presented, senior meetings, preventive home visits and exercise interventions alone or combined with other components seem to be strong candidates for implementation in a Swedish municipality context"*<sup>12</sup>.

Ift. *cost-effectiveness* fremhæver Rambøll 2012 et studie med positive effekter af Meng 2009<sup>15</sup>. Her er det vigtigt at holde sig for øje, at studiets deltagere var ældre, som *"demonstrated impairment in physical functioning, with at least two limitations with ADLs or at least three limitations with instrumental activities of daily living (IADLs) and had been either hospitalized or had been a patient in a nursing home or had received Medicare home health care within the past 12 months or had two or more emergency room (ER) visits in the past 6 months"*<sup>15</sup>. Gruppen er således generelt ikke sammenlignelig med ældre i målgruppen for de FBH i Danmark. Ligeledes bestod interventionen i Meng et al. (2009); *"On average, the health promotion nurse completed 25 home visits per patient and organized two conferences with each patient's primary care physicians during the 22-month intervention"*. Dette kan ikke sammenlignes med FBH i en dansk kontekst, da dette typisk består af et årligt besøg fra og med det år, borgeren fylder 82 år samt et årligt besøg hos bestemte målgrupper yngre end 82 år.

Sahlen 2008<sup>16</sup> viste, at FBH i en svensk kontekst, der er sammenlignelig med den nuværende danske tilgang, i høj grad var omkostningseffektiv. Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved studiets resultater, da 49 personer, der oprindeligt var randomiseret til kontrolgruppen, blev flyttet til interventionsgruppen, fordi de var gift med deltagere i interventionsgruppen. Dette skabte en skævvridning og overvægt af ældre med en samlever i interventionsgruppen ift. kontrolgruppen. Således havde 63,8 % i interventionsgruppen en samlever, mens dette kun var gældende for 54 % i kontrolgruppen, hvoraf flere også var enker eller enkemænd<sup>16</sup>. Enker og enkemænd har større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, et øget forbrug af smertestillende og antidepressiv medicin samt et lavere selvvurderet helbred end gifte<sup>17</sup>. Det kan således ikke udelukkes, at fundene af Sahlen

2008 skyldes et mismatch mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. Samtidig konkluderede socialstyrelsen i en rapport fra 2013<sup>18</sup> i overensstemmelse med Renz & Meinck 2018, og modsat Sahlen 2008 og Rambøll 2012, at studier ikke har kunne frembringe afgørende beviser for omkostningseffektiviteten ved FBH. Rapporten af Socialstyrelsen (2013) fremhæver dog også, at **"den mangelfulde evidens for omkostningseffektiviteten betyder ikke nødvendigvis, at forebyggelse ikke har en økonomisk gevinst. Den kan være udtryk for, at der endnu ikke er gennemført undersøgelser af tilstrækkelig omfattende og/eller høj kvalitet i en kontekst, som er sammenlignelig med danske forhold"** (ibid s. 23).

Et studie af Ekman<sup>19</sup> har vist, at formen, hvorved ældre borgere tilbydes besøg (*selvhenvendelse eller brev med til og dato*) er af afgørende betydning for, om de ældre tager imod et besøg eller ej, og at dette varierer meget mellem mænd vs. kvinder og skrøbelige vs. ikke-skrøbelige ældre borgere. Derfor anbefalede forskerne, at man nøje overvejede konsekvenserne ved de forskellige tilbudsformer ifm. tilrettelæggelsen af FBH. En effektiv måde at øge antallet af borgere, der takker ja til FBH, er, ved at sende et brev med en tid og dato for besøget<sup>20</sup>. Således viste Yamada et al. (2012)<sup>20</sup>, at borgere med en lavere socioøkonomisk status er mindre tilbøjelige til at tage imod forebyggende indsatser, og at denne målgruppe er mere tilbøjelig til at tage imod et FBH, hvis de modtager et brev med en tid og dato for besøget. Studiet viste dog også, at antallet af ældre borgere med høj socioøkonomisk status, som sagde ja tak til et besøg, også steg, når målgruppen modtog et brev med tid og dato for besøget. Derfor anbefalede forskerne en proaktiv tilgang samt en ekstra opmærksomhed på gruppen af udsatte ældre i de forebyggende tilbud<sup>20</sup>. Af samme årsag anbefalede Hjemmehjælpskommissionen i 2013<sup>21</sup>, at arbejde med tilrettelæggelsen af de FBH, **"bl.a. med henblik på at sikre en mere differentieret, fleksibel og effektiv indsats"** (ibid s. 61-62). Kommissionen hæftede sig endvidere ved den betydelige variation på tværs af kommuner i andelen af borgere over 75 år, som reelt modtog et FBH (fra 15 pct. til 75 pct.). Kommissionen fandt det relevant at tage et **"fagligt opgør"** med det aldersbaserede kriterium for de FBH på linje med dét, der havde været med de daværende helbredstjeks til hele befolkningen, fordi undersøgelser havde vist, at den sundhedsmæssige effekt af de generelle helbredstjeks var meget begrænset<sup>22</sup>. At alder ikke må være det eneste og bærende kriterium ift. at opspore ældre i risiko for funktionsnedsættelser er helt i tråd med den eksisterende forskning. Således konkluderede Patzelt et al. 2016 at; **"age-specific characteristics seem to be less relevant. It is more important to pay attention to factors that vary according to the individual state of health and life situation of the potential participants"**<sup>23</sup>.

For at fremme effekterne af FBH er lovgivningen i Danmark blevet ændret flere gange (2005, 2010 & 2016), siden indførelsen i 1996. Seneste ændring var i 2019, hvor aldersgrænsen for de behovsbestemte forebyggende hjemmebesøg blev ændret til at dække de 65-81-årige, og aldersgrænsen for de tilbagevendende årlige tilbud om forebyggende hjemmebesøg blev hævet fra 80 år til at gælde fra og med 82 år<sup>24</sup>.

Indførelsen af de behovsbestemte FBH blev gennemført i 2016 bl.a. på baggrund af rapporten og anbefalingerne fra Hjemmehjælpskommissionen 2013<sup>21</sup>. Kommissionen fremhævede i deres rapport især vigtigheden af, at de FBH i langt højere grad målrettes de borgere, hvor der forventes at være den største effekt. **"Det bør i højere grad være borgernes samlede ressourcer og risiko for tab af funktionsevne, der er afgørende for, om der tilbydes forebyggende hjemmebesøg. Derfor kan der med fordel arbejdes på at udvikle screeningsværktøjer eller kriterier, som kan understøtte kommunerne i vurderingen af, om der er behov for et forebyggende besøg i borgerens hjem"** (ibid. s. 62). En anbefaling Sundhedsstyrelsen i deres *Håndbog om forebyggelse* fra 2015 gentog ved at skrive; **"Det er vigtigt, at kommunerne målretter den forebyggende indsats til ældre borgere, som kan have øget risiko for funktionsevnenedsættelse"**<sup>25</sup>.

På trods af, at ovenstående anbefalinger blev givet i 2013 og gentaget i 2015, samt at lovgivningen blev ændret herefter i 2016, viser både en rapport fra VIVE (2019)<sup>26</sup> og anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens vejledning om FBH hos ældre fra 2020<sup>27</sup>, at kommunerne langt fra tilbyder besøg på baggrund af **"borgernes samlede ressourcer og risiko for tab af funktionsevne"**. I stedet er det i langt højere grad alle ældre i lovgivningens beskrevne aldersgrupper (70e, 75, 80, 82+) og ældre 65+ år, der bliver alene (enker/enkemænd), der systematisk tilbydes

Besøg eller fællesarrangementer<sup>26,27</sup>. Sundhedsstyrelsen udgav ligeledes en guide til FBH i 2017<sup>28</sup>, hvor de anbefalede, at kommunerne med fordel kunne fokusere på de risikosituationer og -faktorer, der erfaringsmæssigt kan medvirke til en større risiko for nedsat funktionsevne. Sundhedsstyrelsen listede en lang række af faktorer så som; "ikke-vestlig baggrund, medicinforbrug, antal kontakter til egen læge og uddannelsesniveau" (ibid. S. 10). En rapport af Marselisborg fra samme år konkluderede dog netop, at "**tilgængeligheden af data omkring borgerne kan være en stor udfordring for målretning af den forebyggende indsats. Ofte har forebyggelsesteamet umiddelbart alene adgang til oplysninger om borgerens køn, alder og bopæl gennem de omsorgssystemer, som de kan tilgå i hverdagen**"<sup>29</sup>. Med henvisning til de samme to rapporter<sup>28,29</sup> skriver Sundhedsstyrelsen dog i deres nyeste vejledning til FBH fra 2020<sup>27</sup>, at "*Kommunerne har især gode erfaringer med at trække lister over ældre, som har forladt arbejdsmarkedet, ældre der udskrives fra sygehus, enker/enkemænd, ældre med ikke-vestlig baggrund, ældre tilflyttere i udvalgte boligområder og borgere, som overgår fra førtidspension eller kontanthjælp til folkepension m.m.*". Her må der igen henvises til før nævnte rapport fra Marselisborg og understreges, at muligheden for at trække og reelt benytte sådanne overstående data er meget forskelligt fra kommune til kommune og dybt afhængigt af bl.a., hvilket IT-systemer den enkelte kommune benytter. Lige så kan arbejdsgangene med at trække lister i et system, krydstjekke med egne lister og manuelt "sortere" i bestemte målgrupper være yderst tidskrævende og omfattende. VIVEs rapport fra 2019 viser endvidere, at "**der er meget lidt konkret evidensbaseret viden fra Danmark, Norge og Sverige om, hvordan kommunerne skal tilrettelægge opsporingen inden og i mødet med borgeren ved det forebyggende hjemmebesøg, for at der opnås en effekt**" (VIVE 2019 s. 7). Samtidig viser interviews med kommunerne også, "**at det netop er selve opsporingen inden det forebyggende hjemmebesøg og det at få adgang til potentielt sårbare ældre, der er den helt store udfordring i kommunerne. Forebyggelseskonsulenterne oplever det således som mere presserende at få viden om effektive metoder til opsporing, fordi dette er udfordrende, end at skulle forholde sig til effekter af iværksatte tiltag**" (ibid. s. 8).

## Rapportens formål

Hovedformålet med denne evalueringsrapport af WIPP-360-netværkets digitale screenings- og triageringsmodel er at bidrage med resultater, erfaringer og viden om, hvordan man ud fra den eksisterende forskning samt anbefalinger, i praksis kan arbejde med konkret målretning af de FBH inden og i mødet med borgeren, herunder bl.a. at;

1. Teste om ældre borgere er digitale nok til, samt interesserede i, at besvare et digitalt spørgeskema om forskellige sundhedsparametre ifm. tilbud om et forebyggende hjemmebesøg.
2. Afprøve en triageringsmodel til målretning af de forebyggende hjemmebesøg mod skrøbelige ældre borgere med lavt selv vurderet helbred, lav livskvalitet og lav fysisk funktion samt i risiko for funktionsnedsættelser.
3. Holde triageringsmodellens inddeling i hhv. grøn, gul og rød op imod borgernes selv vurderede helbredstilstand og livskvalitet (EQ-5D 5L VAS score og TTO score, hhv.)  
- ud fra borgernes vurdering rammer vores målretning/triagering så de skrøbelige ældre borgere?
4. Belyse kommunale forskelle i både tilgang (metodevalg) og data ift. at vurdere effekten af den/de enkelte tilgange til brugen af WIPP-360 digitale screenings- og triageringsmodel  
– hvordan sikre vi besøg hos de skrøbelige ældre og kan vi motivere dem til at tage imod besøget?
5. Afprøve om indhentningen af selvrapporterede oplysninger fra borgerne, samt brugen af disse, kan skabe mere kvalitet i mødet og samtalen mellem medarbejder og borger.

## Metode

### WIPP-360 screenings- og triageringsmodel

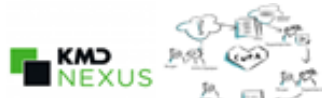
#### Forebyggende hjemmebesøg

65+ (ved behov)      70-årige som bor alene  
 75-årige (alle)      80-årige (alle)  
 82 år og derover

#### Sundhedsfaglig medarbejder



#### Omsorgssystem (EOJ)



#### Borgerens e-Boks



#### Screening via SurveyXact



**Grønne (friske) borgere skal selv booke et besøg og inviteres evt. til et fællesarrangement**

**Røde (høj risiko) borgere får sundhedsfaglig anbefaling om besøg, mulighed for opringning og/eller efterfølgende brev med tid og dato**



**Gule (i risiko) borgere får sundhedsfaglig anbefaling om besøg og mulighed for opringning**



Figur 1. WIPP-360 screenings- og triageringsmodel

Modellen er vist i figur 1, mens de praktiske steps (arbejdsgangen) er oplyst i punktform i bilag 2 – det er dog værd at bemærke, at ikke alle kommune benytter modellen ens, hvilket også fremgår af bilag 2 (se *Kommunernes individuelle tilgang*). Kort beskrevet modtager borgerne et brev med et link til et digitalt spørgeskema i deres digitale postkasse. Borgerens svar på de enkelte spørgsmål vægter forskelligt og triagerer automatisk borgeren i hhv. en rød, gul eller grøn kategori. Alt efter hvilken triageringsfarve borgeren får, vil modellen differentiere i, hvilke måde borgeren tilbydes et FBH på, eksempelvis brev med tid og dato, en telefonsamtale eller *åbent tilbud*, hvor borgere selv skal henvende sig for at få et besøg.

Selve spørgeskemaet, som borgeren udfylder, består af 19 spørgsmål (se bilag 1), hvoraf 17 er udvalgt fra WIPP-projektets oprindelige analoge spørgeguide og to er udvalgt af fagmedarbejderne i hhv. Middelfart og Slagelse kommune. De 17 spørgsmål er udvalgt på baggrund af SDUs forskning og analyser – resultaterne af disse analyser er endnu ikke offentliggjorte og af hensyn til SDUs ophavsret og videre forskning ikke vist i nærværende rapport. For at belyse metodikken og forskningen bag udvælgelsen af netop disse 17 specifikke spørgsmål, er der i nedenstående tabel vist et eksempel fra SDUs forskningsanalyser. SDU skriver i deres analyse; *Hos ældre, der oplever daglige gang- eller balanceproblemer ses der en signifikant sammenhæng med en lavere SPPB score (-2.30 point) samt højere odds (5.03) for at have en SPPB score på 9 eller under. Samtidig ses der også en signifikant sammenhæng med en lavere EQ-5D Summary Index Score (-0.13) samt lavere EQ-5D VAS-skala score (-14.80), og dermed både dårligere livskvalitet og selvvurderet helbredtstilstand, hos ældre, der oplever daglige gang- eller balanceproblemer.*

Spørgsmål	Fysisk funktion		Livskvalitet	Selvvurderet helbred
Oplever du daglige gang- eller balanceproblemer?	SPPB ≤9 & >9 <sup>b</sup>	SPPB point <sup>c</sup>	EQ-5D TTO score	EQ-5D VAS score
	Odds Ratio	Coefficient	Coefficient	Coefficient
Nej	Referencen	Referencen	Referencen	Referencen
Ja/Ved ikke/Ønsker ikke at svare	5.03*	-2.30*	-0.13*	-14.80*



De 17 udvalgte spørgsmål til brug i WIPP-360's digitale screenings- og triageringsmodel er således de 17 spørgsmål fra WIPP projektets oprindelige analoge spørgeguide, der viste den største sammenhæng og/eller odds ratio (sandsynlighed) for både lav fysisk funktion, lav livskvalitet og lav selvvurderet helbredstilstand.

Som målemetode for selvvurderet livskvalitet og helbredsstilstand anvendes i WIPP-360-modellen testen EQ-5D-5L<sup>30</sup> med en tilhørende *Visual Analog Scale* (VAS score). EQ-5D VAS-score er en subjektiv vurdering af eget helbred på en skala fra 0 til 100, hvor værdien 100 er følelsen af et perfekt helbred. EQ-5D Time Trade-Off (TTO) er en objektiv bedømmelse af en persons helbred ud fra den gennemsnitlige danske befolknings betragtning. EQ-5D-5L er endvidere et valideret og internationalt anerkendt redskab (ibid). EQ-5D-5L bidrager med sundhedsrelateret livskvalitet, der kan bruges til sundhedsøkonomiske evalueringer og er et af de mest anvendte redskaber hertil (ibid). Derudover findes der danske nutidige (2021) normværdier for hhv. EQ-5D 5L VAS score og TTO<sup>22,31</sup>. Selvvurderet helbred er som måleparameter interessant, fordi studier har vist klar sammenhæng mellem et dårligt selvvurderet helbred og dødelighed<sup>32,33,34,35,36</sup>. Dårligt selvvurderet helbred er forbundet med øget risiko for forskellige kroniske sygdomme<sup>37,38,39</sup> samt forbundet med et øget forbrug af medicin og sundhedsydelser<sup>40,41,42</sup>. Selvvurderet helbred er endvidere påvirket af borgerens oplevelse af egne ressourcer til at håndtere sin situation og muligheden for at få støtte og hjælp i éns netværk i tilfælde af sygdom<sup>43</sup>.

Testen *Short Physical Performance Battery* (SPPB)<sup>44</sup> bruges som mål for fysisk funktion i WIPP-360-modellen. Testen er et yderst udbredt og internationalt anerkendt redskab, der har vist høj pålidelighed og validitet og som samtidig kun kræver et minimum af udstyr og instruktøruddannelse<sup>45</sup>. Til brug i praksis er der endvidere udviklet *cut points* for SPPB-scoren<sup>46</sup>, ligesom testen også kan bruges til at prædiktere ældre borgeres risiko for at modtage kommunale serviceydelser så som sygepleje, personlig pleje og/eller genoptræning inden for tre år<sup>47</sup>.

Både EQ-5D og SPPB anbefales endvidere i flere tidligere rapporter af hhv. Socialstyrelsen (2013), Sundhedsstyrelsen<sup>25,48,49</sup> og af VIVE (2019), hvor bl.a. Odense Kommune udtaler positive erfaringer med brug af SPPB-testen i mødet med borgeren.

### Triagering i rød, gul eller grøn

Svarmulighederne på de 19 spørgsmål i det digitale screenings- og triageringsskema blev på baggrund af SDU's forskningsanalyser samt en faglig vurdering af forebyggelseskonsulenterne i hhv. Slagelse og Middelfart kommune tildelt en værdi (se bilag 1). Værdien afspejler, hvor "tungt" den enkelte svarmulighed vejer ift. triageringen, og dermed også om borgeren er i "lav risiko", "moderat risiko" eller "høj risiko" – grøn, gul eller rød. Dvs. at jo højere værdi, desto større statistisk risiko for, at borgeren har lav selvvurderet helbred (EQ-5D VAS score), lav livskvalitet (EQ-5D TTO score) og/eller lav fysisk funktion (SPPB score) jf. ovenstående tabel.

Med udgangspunkt i ovenstående og i samarbejde med SDU fastsatte Slagelse og Middelfart kommune ud fra *vores bedste viden* og en faglig vurdering, cutpoints for, hvor stor en samlede score/værdi en borger skulle opnå for at blive hhv. rød, gul eller grøn. Således vil borgere i den røde kategori – på baggrund af deres besvarelse – have en højere score og teoretisk set, en større statistisk sandsynlighed for at have lav selvvurderet helbredstilstand, lav selvvurderet livskvalitet og lav fysisk funktion sammenlignet med borgere i den gule og grønne kategori. For at kunne be- eller afkræfte denne teori, og for at kunne lave fremtidige justeringer af de fastsatte cutpoints, blev testen EQ-5D-5L senere tilføjet til det digitale spørgeskema - således består WIPP-360's digitale screenings- og triageringsmodel i dag samlet set af 25 spørgsmål.

## Resultater

På tværs af de syv kommuner indgår der samlet set 4.712 ældre borgere i alderen 67-96 år (Mean; 76,5 år. SD; 2,9 år), herfra 2.465 kvinder og 2.247 mænd i nærværende rapport. 783 (16,6 %) borgere var fritaget fra digital post og modtog derfor ikke spørgeskemaet. En højere procentdel af kvinderne (19,1 %) var fritaget fra digital post end mændene (13,8 %). I alt blev der udsendt 3.929 digitale spørgeskemaer til henholdsvis 1.993 kvinder og 1.936 mænd, hvor 2.312 (58,8 %) af disse blev helt udfyldt. Selvom den samlede andel af mænd (47,7 %) var lidt lavere end andelen af kvinder (52,3 %), var svarprocenten fra digitale ældre kvinder og mænd lige stor (58,8 % og 58,9 %, hhv.).

<b>Totale antal</b>	<b>Antal borgere</b>	<b>Fritaget digital post</b>	<b>Digitale skemaer sendt</b>	<b>Besvarelser</b>	<b>Delvist besvaret</b>
Samlet antal	4.712	783	3.929	<b>2.312</b>	84
Kvinder	2.465	472	1.993	1.171	52
Mænd	2.247	311	1.936	1.141	32
<b>Procentvis fordeling</b>					
Samlet	4.712	16,6	83,4	<b>58,8</b>	2,1
Kvinder	52,3	19,1	42,3	58,8	2,6
Mænd	47,7	13,8	41,1	58,9	1,7

Tabel 1. Viser 1) antal borgere, der i de syv kommuner har været en del af målgrupper, som man har forsøgt at sende det digitale spørgeskemaet til 2) antal borgere, der var fritaget fra digital post 3) antal sendte spørgeskemaer 4) antal besvarelser samt 5) antal delvist besvarede spørgeskemaer. Alle tal er fordelt på samlet antal, kvinder, mænd og vist i procent.

### Dem, som svarer på spørgeskemaet – frisk eller skrøbelig?

2.312 ældre borgere svarede på det digitale spørgeskema. På baggrund af deres individuelle besvarelser blev hhv. 1.062 (45,9 %) triageret grøn, 516 (22,3 %) gule og 734 (31,8 %) røde. En højere procentdel af kvinderne blev triageret rød sammenlignet med mændene, mens det omvendte gjorde sig gældende for andelen, der blev triageret grøn (se nedenstående tabel). Andelen af kvinder i gruppen, der blev triageret rød, var således også større end andelen af mænd, 422 (57,5 %) mod 312 (42,5 %) hhv.

<b>Triagering</b>	<b>Alle</b>	<b>Kvinder</b>	<b>Mænd</b>	<b>Alle %-vis</b>	<b>Kvinder %-vis</b>	<b>Mænd %-vis</b>
Grøn	1.062	480	582	45,9	41,0	51,0
Gul	516	269	247	22,3	23,0	21,7
Rød	734	422	312	31,8	36,0	27,3
Total	2.312	1.171	1.141	100%	100%	100%

Tabel 2. Viser, hvorledes de 2.312 ældre borgere, der besvarede spørgeskemaet, er blevet triageret og inddelt i hhv. grøn, gul eller rød jf. triageringsmodellens principper.

### Borgernes selv vurderet helbred og livskvalitet

Nedenstående tabel viser gennemsnitsværdier (Mean) og standarddeviationer (SD) for borgernes selv vurderede livskvalitet (EQ-5D-5L TTO) og selv vurderede helbredstilstand (EQ-5D-5L VAS score) for borgere, der blev triageret hhv. rød, gul eller grøn. Testen EQ-5D-5L blev tilføjet til det digitale spørgeskema i starten af 2022 og havde ikke indflydelse på, hvilken kategori den enkelte borger blev triageret i (rød, gul eller grøn). Af de 2.312 borgere, der svarede på spørgeskemaet, udfyldte 1.408 ældre borgere også testen EQ-5D-5L. Af disse 1.408 ældre borgere blev 472 (33,5 %) triageret rød, 330 (23,5 %) gul og 606 (43,0 %) grøn. De 472 borgere, der på baggrund af deres besvarelser blev triageret rød, scorede deres selv vurderede livskvalitet (EQ-5D-5L TTO) og helbredstilstand (EQ-5D-5L VAS score) statistisk signifikant lavere end de borgere, der blev triageret hhv. grøn eller gul – se tabel 3. Borgere, der blev triageret gul, scorede deres selv vurderede livskvalitet (EQ-5D-5L TTO) og helbredstilstand (EQ-5D-5L VAS score) statistisk signifikant lavere end de borgere, der blev triageret grøn – se nedenstående tabel.

Triagering	Antal	EQ-5D TTO	EQ-5D VAS score
Grønne	606	0,949 (0,078)	89,6 (11,7)
Gule	330	0,860 (0,098)*	81,0 (15,7)*
Røde	472	0,717 (0,148)**	62,7 (21,8)**

Tabel 3. 1.408 ældre borgere udfyldte foruden spørgeskemaet også testen EQ-5D-5L. Værdier er oplyst som mean (sd). \*statistisk signifikant mindre end mean-værdien for borgere, der blev triageret grøn,  $p < 0,01$ . \*\* statistisk signifikant mindre end både mean-værdierne for borgere, der blev triageret gule eller grøn,  $p < 0,01$ . Til beregnede p-værdier er der benyttet en uparret, to-side t-test med forskellig varians.

### Brug af triagering - telefonsamtale eller brev med tid og dato.

På tværs af kommunerne blev 22,3 % (516) af de borgere, som svarede på spørgeskemaet, triageret gul. I alle kommuner med undtagelse af Varde kommune, fik borgere, der blev triageret gul en sundhedsfaglig anbefaling om at tale med en forebyggelseskonsulent per telefon. Denne tilgang blev dog først indført undervejs og samtidig med EQ-5D-5L testen. Således var det kun 322 af de borgere, der blev triageret gul, som fik en sundhedsfaglig anbefaling om at tale med en forebyggelseskonsulent per telefon. 110 (34,2 %) af de disse 322 borgere sagde *ja tak* til en opringning, mens 212 (65,8 %) sagde *nej tak*. De sidste otte borgere fra den gule kategori var fra Varde kommune, og blev tilbudt et FBH via et ja/nej spørgsmål i spørgeskemaets afslutning – se næste afsnit.

Middelfart, Ishøj og Randers kommune tilbød også borgere, der blev triageret rød, en telefonopringning på samme vis som borgere fra den gule triageringskategori. Således fik 182 borgere af de 472 borgere fra den røde triageringskategori en sundhedsfaglig anbefaling om at tale med en forebyggelseskonsulent per telefon. 138 (75,7 %) sagde *ja tak* til en opringning, mens 44 (24,3%) sagde *nej tak* til en opringning.

Slagelse og Odsherred kommune gav 262 borgere af de 472 borgere fra den røde triageringskategori, en sundhedsfaglig anbefaling om at tage i mod et FBH og sendte efterfølgende et brev med en tid og dato. 185 af disse 262 borgere var fra Slagelse kommune. Hos 168 (90,8 %) af disse 185 borgere var der, fire måneder efter havde svaret på spørgeskemaet, registreret et gennemført FBH. Omvendt afviste 17 (9,2 %) borgere fra den røde triageringskategori besøget på trods af, at de modtog en sundhedsfaglig anbefaling om at tage imod et FBH. Afvisningen skete typisk ved, at borgeren skrev dette i fritekst-afsnittet i spørgeskemaets slutning. Årsagen til afvisningerne var fx, at borgerne ikke ønskede kommunens hjælp eller indblanding, at borgerne udmærket var klar over deres udfordringer, følte de havde styr på disse udfordringer, og/eller at disse udfordringer ikke kunne ændres, og derfor mente borgerne ikke, at besøget var relevant.

Borgere, der blev triageret gul og samtidig sagde *nej tak* til en opringning, scorede gennemsnitligt deres selv vurderet livskvalitet (EQ-5D-5L TTO) og helbredstilstand (EQ-5D VAS) statistisk signifikant højere end borgerne, der blev triageret gul og samtidig sagde *ja tak* til en opringning (se nedenstående tabel). Borgere, der blev triageret rød og samtidig sagde *nej tak* til en opringning scorede gennemsnitligt deres selv vurderet helbredstilstand statistisk signifikant højere end borgere, der blev triageret rød og samtidig sagde *ja tak* til en opringning. Der var ikke statistisk signifikant forskel ( $p=0,103$ ) i selv vurderet livskvalitet (EQ-5D-5L TTO) hos borgere, der blev triageret rød og hhv. sagde *ja tak* eller *nej tak* til en opringning. – se nedenstående tabel.

Triagering	Gul		Rød	
	Ja tak	Nej tak	Ja tak	Nej tak
Opringning				
Antal (n)	110	212	138	44
Mean (sd) EQ-5D TTO	0,830 (0,095)	0,879 (0,092)*	0,699 (0,163)	0,748 (0,150)
Mean (sd) EQ-5D VAS	76,7 (17,6)	83,1 (16,0)*	61,8 (21,5)	70,2 (19,5)*

Tabel 4. Sammenligning mellem borgere, der blev triageret gul eller rød, og som sagde hhv. ja tak eller nej tak til en opringning. Oplyste værdier er mean (sd). Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne, der sagde hhv. ja-tak eller nej-tak til en opringning, er beregnet via en uparret to-side t-test med ens varians. \* $P < 0,05$ .

## Ingen brug af triagering - ønsker du besøg, Ja/nej?

Varde kommune benyttede sig som den eneste kommune ikke af triageringen ift. hvilken form for tilbud om besøg den enkelte borger fik (*selv henvendelse, tilbud om opringning* eller *Brev med tid og dato*). I stedet blev alle borgere, der svarede på spørgeskemaet, spurgt om de ønskede et besøg via et ja/nej spørgsmål.

48 borgere fra Varde kommune svarede på spørgeskemaet, hvoraf 26 sagde *ja tak* til et besøg, og 22 sagde *nej tak*. Data på disse 48 borgere fremgår af nedenstående tabel. 28 (58,3%) af de 48 borgere blev triageret rød på baggrund af deres besvarelser. Andelen af borgere i den røde kategori, der sagde *nej tak* til et besøg var større (15 af 28) end andelen, der sagde *ja tak* (13 af 28). Omvendt var andelen af borgere, der blev triagering grøn og samtidig sagde *ja tak* til et besøg, større end andelen af borgere, der blev triageret grøn og samtidig sagde *nej tak* til et FBH. Nedenstående tabel viser gennemsnitsværdier for de 48 borgeres selvvalueret helbredstilstand og livskvalitet fordelt på triageringskategori og på *ja-tak* vs. *nej-tak* til besøg. Grundet det relative lille antal borgere inkluderet i denne model/tilgang, er der ikke lavet yderligere statistiske beregninger. Data er således udelukkede vist for at kunne sammenligne med værdierne fra de øvrige tabeller.

Triagering	Grøn		Gul		Rød	
	Ja tak	Nej tak	Ja tak	Nej tak	Ja tak	Nej tak
Opringning						
Antal (n)	9	3	4	4	13	15
EQ-5D TTO	0,930 (0,075)	0,882 (0,108)	0,815 (0,03)	0,839 (0,04)	0,736 (0,08)	0,704 (0,20)
EQ-5D VAS	80,7 (22,7)	97,0 (4,4)	89,8 (5,3)	88,8 (4,1)	64,0 (19,2)	66,9 (19,7)

Tabel 5. Viser Mean værdier EQ-5D TTO og VAS score på 48 borgere fra Varde kommune, der fik tilbud om FBH via et ja/nej spørgsmål. Værdier er oplyst som mean (sd).

## Hvad siger medarbejderne om modellen?

Ifm. udarbejdelse af nærværende rapport blev forebyggelseskonsulenterne fra Odsherred og Varde kommune spurgt om de ville fortælle om deres oplevelser og erfaringer med WIPP-360's digitale spørgeskema. Odsherred kommune blev spurgt, fordi de er den kommune, der har mest erfaring med modellen og samtidig ikke er en af de to grundlæggende kommuner (Slagelse og Middelfart). Varde kommune blev spurgt, da de som den eneste kommune ikke valgte at benytte sig af triagering. Slutteligt er der også samlet nogle generelle kommentarer fra sundhedskonsulenterne og forebyggelseskonsulenterne i hhv. Middelfart og Slagelse kommune, som har absolut mest erfaring med modellen.

## Erfaringer (citerer) fra Odsherred kommune

### Det positive:

- Skemaet giver mulighed for at forberede og målrette besøget.
- Vi oplever, at flere borgere reflekterer over besvarelsen, hvilket effektiviserer samtalen om emner, der optager borgeren.
- Kvalitetssikring, der giver bedre mulighed for at målrette besøget til de svageste borgere (rød), og mindre tid for ressourcestærke (grøn)
- Den kategori, borgeren bliver vurderet til i spørgeskemaet, stemmer meget ofte overens med vores observationer ved besøget.
- Spørgsmålene, der går på sociale behov, er en god indikator ift. at kunne opspore ensomme ældre og giver os en god fornemmelse af, hvilket retning det går med de ældre ift. den "sociale sundhed".
- Generelt giver de oplysninger, vi får fra spørgeskemaet, os opmærksomheder, hvor der kan sættes forebyggende tiltag i værk.
- Vi bliver opmærksomme på sammenhænge og tendenser, som vi måske ikke var blevet uden spørgeskemaet. Det kan f.eks. være mænd, der skal op at tisse om natten, falder oftere end dem, der ikke skal.

### Udfordringer:

- *Det kunne være en stor hjælp, hvis Cura og SurveyXact kunne arbejde sammen, da nogle oplysninger kun haves i det ene system. Det giver et stort manuelt arbejde at trække oplysninger fra det ene system til det andet, og det er der ofte ikke ressourcer til, hvilket er ærgerligt, når oplysningerne potentielt er tilgængelige. Dette kan f.eks. være viden om, om borgeren er fritaget fra digital post.*

Odsherred kommunes erfaringer med at sende brev med tid og dato til ældre, der er fritaget fra digital post.

- *Det er vores erfaring, at en stor del af denne borgergruppe er sårbare (Rød). Derfor giver det god mening at sende tilbud om forebyggende besøg med tid og dato.*

Odsherred kommunes erfaringer med at sende brev med en tid og dato til de ældre, som ikke svarede på spørgeskemaet:

- *Vores erfaring er, at denne borgergruppe ikke er interesseret og ikke ønsker besøg. Vi er begyndt at sende to rykkere på spørgeskemaet, og besvares det ikke efter disse henvendelser, må de selv henvende sig ved behov, før næste tilbud om besøg.*

Erfaringer (citater) fra Varde kommune

### Det positive:

- *Det var interessant og lærerigt at prøve at udsende spørgeskemaer til de 82-årige og herigennem få viden om, hvad det (PRO data) kan bruges til, samt erfaringer med hvad vil/kan vi bruge (PRO) data til?*
- *Spørgeskemaet gav anledning til at stille nye spørgsmål i samtalen*
- *WIPP har givet anledning til, at Varde Kommune nu stiller alle i borgerne i målgruppen for FBH fem refleksionsspørgsmål i brevet (både med og uden tid)*
- *WIPP gav anledning til nye faglige diskussioner – fx ift. opsporing. Det er ofte dem, der har mest behov for et besøg, der siger nej tak (især når de ikke får et brev med tid). Hvordan når vi ud til dem og motiverer flere til at sige ja tak?*

### Udfordringerne:

- *Varde Kommune oplevede det som meget tidskrævende at integrere WIPP modellen i den daglige praksis, idet Nexus og SurveyXact ikke er integrerbare. Det betød, at det var vanskeligt for forebyggelseskonsulenterne at tage ejerskab over WIPP-360 modellen, fordi de var afhængige af, at udviklingskonsulenten (ut.) skulle generere lister i et passende interval, som faktisk endte med at virke hæmmende for arbejdsflowet. Dette er hovedårsagen til, at Varde Kommune har pauseret brugen af modellen og afventer i brugtagelsen af det nationale K-PRO systemet.*
- *Hvad der ellers var ment som en ekstra indsats ramte lidt "skævt". Vi ville gerne have lavet en mulighed for at kontakte de 82-årige, hvis deres besvarelse gav anledning til bekymring, da vi oplevede, at mange af disse borgere desværre sagde "nej tak" til et besøg. Det var frustrerende og gav anledning til en drøftelse af problematikken om at have opsporet et behov for hjælp, som man så ikke kunne reagere på. Hvis vi havde fortsat brugen af WIPP-360 modellen, ville vi helt sikkert have ændret vores praksis med ja/nej-spørgsmålet og i stedet have fundet en løsning, hvor borgeren blev kontaktet personligt.*

Erfaringer (citater) fra Middelfart og Slagelse kommune

- *"Jeg oplever at besøgene retter sig mod mere skrøbelige borgere end tidligere."*
- *"Vores faglighed kommer mere i spil pga. flere relevante besøg."*
- *"Hos de borgere, der har udfyldt WIPP forud for besøget, kommer vi hurtigere ind på relevante emner – uden at skal bruge en masse tid på at gennemgå hele spørgeskemaet".*
- *"Vi føler, at vi bedre kan prioritere tiden til de sårbare, fordi dem vi formoder er friske, bliver sorteret fra."*

- *"Vi oplever færre besøg, hvor der ikke er noget relevant at tale om, fordi borgeren er frisk og har det godt."*
- *"Jeg oplever, at besøg i dag har mere kvalitet forstået på den måde, at flere af borgere har nogle problematikker, som kan snakkes om – flere sårbare på den ene eller den anden måde."*
- *"Vi oplever flere besøg, hvor samtalen er målrettet, fordi borgeren på forhånd har besvaret spørgeskemaet og gjort sig nogle tanker om vigtige emner. Dette gælder både de 75-årige, 80-årige og 82+ årige."*
- *"Der er færre nu, der siger ja-tak til besøg 'bare for at se mig for en sikkerheds skyld', som folk tidligere har nævnt."*

#### **Citater fra sundhedskonsulenterne, Middelfart Kommune**

- *"Det er en god måde at få fat på de "rigtige" borgere, og vi har mulighed for at forberede os på samtalen"*
- *"Triageringen er god til at understøtte mit kliniske blik."*
- *"Spørgsmålene kan virke som en 'aha-oplevelse' for borgerne – det hjælper særligt de nye borgere (ældre der får tilbuddet for første gang) med at forstå, hvad formålet med et forebyggende hjemmebesøg er, og hvad det kan handle om"*
- *"Triageringen og målretningen er god, men hvis ikke it-systemerne kan tale sammen, bliver det for tungt og uoverskueligt, når eller hvis modellen udbredes til flere målgrupper. Samtidig kommer der jo også mange flere ældre, og så vil der blive mange gule at ringe til"*

#### **Citater fra forebyggelseskonsulenterne, Slagelse Kommune**

## Diskussion

Hovedresultaterne i nærværende rapport er følgende:

- 58,8% (2.312) af de ældre borgere, der var tilmeldt digital post, svarede på hele vores spørgeskema.
- 31,8% af borgerne blev triageret rød, mens 22,3% og 45,9% blev triageret hhv. gul og grøn.
- Ældre, der blev triageret rød, scorede deres selvvalgte helbredstilstand og livskvalitet signifikant lavere end dem, der blev triageret hhv. gul eller grøn.
- 90,8%, af borgerne fra den røde triageringskategori i Slagelse kommune, tog i mod et FBH.
- Hos kommuner, der tilbød borgere i risiko (gule eller røde) en telefonopringning, sagde 75,7% af de ældre borgere, der blev triageret rød, ja tak til en telefonopringning fra en fagmedarbejder efter at have fået en sundhedsfaglig anbefaling herom. 34,2% af de ældre borgere, der blev triageret gul, sagde ja tak til en telefonopringning.
- Generelt er medarbejderne, på tværs af de syv kommuner, meget positive overfor modellen og de muligheder den giver.
- Spørgeskemabesvarelserne bidrager iflg. medarbejderne til øget kvalitet i mødet og samtalen med den enkelte borger.

### 1. Er ældre digitale nok og interesseret i et digitalt spørgeskema?

Det er første gang ældre borgere modtager et digitalt spørgeskema ifm. tilbud om et FBH. På tværs af kommunerne i WIPP-360 var svarprocenten samlet på 58,8% og varierede fra 35,3% i Varde kommune til 65,3% i Ishøj Kommune. Samlet set var svarprocenten fra hhv. mænd og kvinder ens (58,8% og 58,9% hhv.) og uden de store kommunale forskelle (se bilag 3). Svarprocenten på 58,8% er på niveau med svarprocenten for aldersgruppen 75 år eller derover i den nationale sundhedsprofil (DNS) fra både 2010, 2013<sup>50</sup> og 2017<sup>51</sup>. Samtidig var svarprocenten højere for kvinder i WIPP-360 modellen end i DNS fra både 2010, 2013 og 2017. Fjerde gange DNS blev gennemført i 2021, var svarprocenten steget markant for aldersgruppe 75 år eller derover til hhv. 70,9% for mænd og 62,2% for kvinder (ibid. s. 187). Dette kan skyldes, at ældre er blevet mere digitale samtidig med, at tilliden og interessen for at deltage i denne slags undersøgelser om helbred, sundhed og trivsel er stigende. Der kan også være tale om en *læringseffekt* - at jo flere gange de ældre udsættes for digitale spørgeskemaer, jo højere bliver svarprocenten. Uanset årsagerne vidner stigningen i svarprocenten i DNS om, at potentialet for en lignende stigning i svarprocenten i WIPP-360 modellen i høj grad eksisterer. Internt i WIPP-360 netværket har både Middelfart og Slagelse Kommune også oplevet en stigning i svarprocenten fra de første forsøg i 2020, til den nuværende tilgang og model, der blev benyttet i 2022, og som benyttes i dag. Således er Slagelse kommune samlede svarprocent for årene 2020-2022 på 57,3%, men på 63,1% alene for året 2022.

Det er værd at bemærke, at Ishøj kommune havde den højeste svarprocent på 65,3% tæt forfulgt af Middelfart kommune med 63,6% (se bilag 3). På kommunernes socioøkonomiske indeks, der styres af 18 socioøkonomiske kriterier, som fx antallet af enlige på 65 år og derover<sup>52</sup>, lå Ishøj kommune nr. 97 i 2022 med en score på 164,81<sup>53</sup> - et tal over 100 betyder, at en kommune ifølge udligningssystemet har højere socioøkonomiske udgifter end landsgennemsnittet. I den anden ende af skalaen lå Middelfart kommune som nr. 24 med en score på 85,69. Den enkelte kommunes socioøkonomiske profil synes dermed ikke at have betydning for den generelle svarprocent eller antallet af besvarelser fra skrøbelige (røde) ældre borgere. Variationen i svarprocent fra 35,3% til 63,3% synes således i højere grad at skyldes kommunernes individuelle tilgange til brugen af WIPP-360 modellen (se bilag 2), end den enkelte kommunes socioøkonomiske profil og/eller borgersammensætning.

På tværs af WIPP-360 kommunerne svarede ca. 40% af de digitale ældre ikke på spørgeskemaet. Hvorfor borgerne ikke svarede på spørgeskemaet, kan nærværende rapport ikke belyse. Med hensyn til civilstand lignede gruppen af ældre, der ikke svarede på spørgeskemaet, dog i højere grad dem, som besvarede spørgeskemaet, end dem, som var fritaget fra digital post (se bilag 3). Odsherred kommune har prøvet at sende brev med tid og dato til ældre, der ikke besvarede spørgeskemaet for ikke at "misse" potentielt skrøbelige ældre borgere.

Erfaringerne fra Odsherred kommune ift. denne målgruppe er; *”at denne borgergruppe ikke er interesseret og ikke ønsker besøg. Vi er begyndt at sende to rykkere på spørgeskemaet, og besvares det ikke efter disse henvendelser, må de selv henvende sig ved behov, før næste tilbud om besøg”* (citater: forebyggelseskonsulenterne, Odsherred Kommune). Man kan således diskutere, hvilken prioritering denne målgruppe, der er tilmeldt digital post, men som ikke besvarer spørgeskemaet, skal have. Mere forskning eller nærmere undersøgelser af målgruppen af ældre, der er tilmeldt digital post, men som ikke svarer på kommunale henvendelser eller generelt ikke ønsker kontakt med det offentlige, kunne være brugbart.

## 2. Triageringsmodel til målretning af FBH?

I WIPP-360 modellen benyttes triagering. Triagering er i sig selv ikke et nyt fænomen i sundhedsvæsenet og benyttes eksempelvis i hjemmesygeplejen, hvor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at *”triagering anvendes som metode til at foretage en tydelig prioritering af, hvilke borgere der har størst behov for øget opmærksomhed”*<sup>49</sup> (s. 16). At benytte spørgeskemaer til at screene og udvælge (triagere) ældre borgere til et FBH er tidligere blevet afprøvet ifm. et forskningsstudie af Nicolaides-Bouman et. al. 2004<sup>54</sup>. Studiet fandt, at; *”The use of postal questionnaires turned out to be a good and inexpensive method to screen elderly people – there were more than sufficient eligible persons to participate in the research project. The response rate was high and less than one percent of the questionnaires were omitted due to too many missing values. For most of the variables, the percentage of missing values varied between 0 and 2 percent”*. Hvorom studiet sendte deres spørgeskema ud til de ældre borgere som et fysisk brev (analogt) og WIPP-360 skemaet sendes digitalt, er fundene fra Nicolaides-Bouman et. al. 2004 i overensstemmelse med resultaterne fra nærværende rapport.

Hhv. 31,8 % og 22,3 % af de 2.136 borgere, der svarede på hele spørgeskemaet, blev triageret rød eller gul. Modellen kan således i høj grad bruges til at opspore skrøbelige ældre i risiko for tab af funktionsevne og livskvalitet – dette endda på tværs af køn, alder og civilstand (se bilag 3). Der er tidligere blevet givet eksempler på, hvordan man kan opspore skrøbelige ældre i risiko for tab af funktionsevne. I Sundhedsstyrelsens guide til FBH fra 2017<sup>28</sup> fremhæves en model for, hvordan de tre aktører, *Kommune, Ekstern aktør og Borger* kan bidrage til opsporing af ældre i særlig risiko for funktionsnedsættelse. *Borgeren kan selv opsøge kommunen med henblik på rådgivning, herunder muligheden for at få et forebyggende hjemmebesøg* (ibid. s. 8). Modsat WIPP-360 modellen er det således ikke borgernes egne oplysninger omkring selvvurderet helbredtstand og livskvalitet (risikofaktorer), der afgør om de er en del af *”borgere i risiko for funktionsnedsættelse”*, men deres evne og kompetencer til at søge viden og selv at henvende sig. Som nævnt indledningsvist (se indledning) foreslås det endvidere i både Sundhedsstyrelsens guide til FBH fra 2017<sup>28</sup>, i deres vejledning til FBH fra 2020<sup>27</sup> samt i Marselisborgs Inspirationskatalog fra 2017<sup>29</sup>, at der til målretningen af de FBH, trækkes lister over eksempelvis; *”Ældre med flere samtidige sygdomme, Ældre, der er faldet og/eller Ældre med mange forskellige lægemidler på en gang”*. I WIPP-360's modellen spørges også om disse emner. Vores resultater viser, at blandt de ældre borgere, der blev triageret røde, havde 55,6 % ikke været faldet indenfor det seneste år, 43,5 % fik færre end 5 typer receptpligtig medicin, og 30,4 % havde ikke fået konstateret en eller flere kroniske sygdomme. Ældre kan således godt være i høj risiko for funktionsnedsættelser uden at være en del af givne eksempler fra sundhedsstyrelsen og Marselisborg. Baserer man målretningen af de FBH udelukkende på data som kommunen selv og/eller eksterne aktører kan bidrage med, misser man således en stor del af de ældre, der er i størst risiko for funktionsnedsættelse, og som kan profitere mest af et FBH. Derfor fremhæver Sundhedsstyrelsen også i deres guide til FBH fra 2017<sup>28</sup> at; ***”Det er vigtigt at pointere, at risikofaktorerne hver for sig ikke nødvendigvis udgør en risiko, men at det i højere grad er kombinationen af flere risikofaktorer, der kan bringe ældre i risiko for nedsat funktionsevne. Det vil sige, at jo flere risikofaktorer der er til stede, desto større er risikoen”***. Dette er helt i tråd med systematikken i WIPP-360's model (se metode), hvor det netop ikke er en enkelt faktor, men borgerens samlede besvarelse af spørgeskemaet og dermed kombinationen af (flere) *risikofaktorer*, der danner baggrund for borgerens endelige risikoprofil og triageringsfarve – og således også formen, hvorved borgeren tilbydes besøg (brev med tid og dato, telefonsamtale, *åbent tilbud*). I den daglige praksis vil det samtidig også være væsentligt nemmere, hvis det er borgeren selv, der benyttes som den primære kilde til information om



risikofaktorer, således man ikke skal krydstjekke lister i eget system med lister trukket af andre kommunale afdelinger og/eller eksterne aktører.

### 2.1. De ikke-digitale ældre – Målrkning via WIPP-360 modellen

Ældre borgere, der ikke var tilmeldt digital post, modtog ikke spørgeskemaet og blev dermed ikke oplyst og på samme måde motiveret til at tage imod et FBH. Dette er en udfordring, da studier fra Storbritannien og Sverige har vist, at borgere, der ikke er digitale, *“are increasingly older, less educated, more likely to be unemployed, disabled, and socially isolated”*<sup>55</sup>. Samtidig fremhæver en dansk rapport fra IT-Universitetet København og Ensomme Gamles Værn<sup>56</sup>, bl.a. følgende:

*Udsatte ældre bliver stadig alt for ofte hægtet af det digitale samfund. Borgere, som allerede står i en sårbar position, bliver skubbet yderligere uden for fællesskabet, idet digitale teknologier udgør endnu en barriere for interaktion med sociale netværk og offentlige myndigheder.*

*Kontakten til den offentlige sektor er på mange måder blevet mere udfordrende og distancerende for mange udsatte ældre.*

*Den kommunale frontlinje forsøger i udpræget grad at hjælpe udsatte borgere. Denne har dog også svært ved at nå de allermest sårbare grupper, og disse risikerer således at blive fuldstændig tabt i arbejdet med digitalisering.*

Modsat omsorgssystemerne giver WIPP-360 modellen (SurveyXact by Rambøll) dog mulighed for at se information om, hvilke ældre borgere, der er fritaget fra digital post, og som således måtte være en del af ovenfor nævnte målgruppe af udsatte ældre. På trods af at være en digital model giver WIPP-360 modellen således i langt højere grad mulighed for at opspore, prioritere og målrette FBH til ikke-digitale ældre. Middelfart kommune er eksempelvis begyndt at ringe til alle borgere, der er fritaget fra digital post, og gennemgå spørgeskemaet telefonisk, mens Odsherred kommune sender breve med tid og dato til ikke-digitale ældre. Nærværende rapport har ikke specifikke data på målgruppen af ældre fritaget fra digital post, men praksis erfaring fra Odsherred kommunes forebyggelseskonsulenter. Erfaringerne fra Odsherred kommune er entydigt; *“en stor del af denne borgergruppe er sårbare (Rød). Derfor giver det god mening at sende tilbud om forebyggende besøg med tid og dato”* (citater: forebyggelseskonsulenterne, Odsherred Kommune).

På 2.889 af de 4.712 ældre borgere, der indgår i nærværende rapport, var det muligt på tværs af Slagelse, Odsherred, Ishøj og Varde kommune, at trække baggrundsdata i form af borgernes civilstand (se bilag 3). Blandt borgere, der var fritaget fra digital post, udgjorde *gifte* borgere ca. 40 %, mens ca. 60 % samlet set var enten *ugift* (10,1 %), *enker/enkemænd* (30,8 %) eller *fraskilt* (19 %). Som nævnt indledningsvist har enker og enkemænd større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, et øget forbrug af smertestillende og antidepressiv medicin samt et lavere selvvurderet helbred end gifte<sup>17</sup>. Dette – sammen med ovenstående – understøtter erfaringerne om, at det at være fritaget fra digital post i sig selv, er en risikofaktor, fordi det ofte er kombineret med andre risikofaktorer.

### 3. Triageringen vs. borgernes selvvurderet helbred og livskvalitet

Hvor spørgsmålene i WIPP-360 modellen er udvalgt på baggrund af SDUs forskning og analyser, er de gældende cutpoints for triagering baseret på en faglig vurdering ud fra den viden WIPP-360 netværket ligger inde med, bl.a. fra WIPP projektet omtalt i nærværende rapport forord. For at kunne sammenholde spørgeskemaet og skemaets triageringsmodel (cutpoints) med borgernes egne vurderinger af selvvurderet helbred og livskvalitet, blev testen EQ-5D-5L tilføjet til spørgeskemaet. EQ-5D-5L måler objektiv selvvurderet helbredsrelateret livskvalitet (TTO score) på en skala fra -0,624 til 1,000, samt subjektiv vurderet selvvurderet helbredstilstand (VAS-score) på en skala fra 0-100. I Danmark er den gennemsnitlige EQ-5D-5L TTO score (objektiv livskvalitet) for ældre 70 år eller derover 0,90<sup>57</sup>. Dette er en smule lavere end den gennemsnitlige score på 0,949 hos de ældre

borgere, der blevet triageret grøn, i nærværende rapport. Modsat var gennemsnitsscoren for de ældre borgere, der blev triageret hhv. gul eller rød i nærværende rapport, markant lavere og på hhv. 0,860 og 0,717.

Et større studie fra 2021 viser at den gennemsnitlige EQ-5D-5L VAS-score hos den danske befolkning (18+ år) er 82,4<sup>57</sup>, mens et studie fra 2009 fandt at scoren for danske ældre 75+ var 76,2<sup>58,59</sup> I nærværende rapport var gennemsnitsscoren for borgere 67 år eller derover, hhv. 89,6 for borgere, som blev triageret grøn, 81,0 for borgere, der blev triageret gul og 62,7 for borgere, der blev triageret rød.

Borgere, der blev triageret rød, scorede således både deres selvvaluerede helbredsrelateret livskvalitet og helbredstilstand statistisk signifikant ( $p > 0,001$ ) lavere end borgere, der blev triageret gul eller grøn. Samtidig var deres selvvaluerede livskvalitet statistisk signifikant lavere end den gennemsnitlige score hos den generelle danske befolkning på 70 år eller derover. Borgerne fra den røde kategori scorede også deres selvvaluerede helbredstilstand signifikant lavere end referenceværdien (82,4) for den generelle danske befolkning. Der er således god sammenhæng mellem borgernes egne vurderinger af oplevede livskvalitet og helbredstilstand, og WIPP-360 modellens triageringen og gældende cutpoints. Resultaterne afspejler, at WIPP-360 modellen i høj grad evner at opspore og sikre FBH hos ældre med lav selvvalueret livskvalitet og helbredstilstand, og dermed ældre i høj risiko for tidlig død<sup>32,33,34,35,36</sup>, med øget risiko for kroniske sygdomme<sup>37,38,39</sup> samt øget forbrug af medicin og sundhedsydelse<sup>40,41,42</sup>.

#### 4. Forskellige tilgange - Brev med tid og dato, telefonsamtale eller et "åbent tilbud"?

Når man vælger formen, hvorved man tilbyder FBH, ifm. tidlig opsporing af ældre i risiko for funktionsnedsættelse, og samtidig vælger at bruge en triageringsmodel hertil, bør man som kommune gøre sig væsentlige etiske overvejelser. Det Ethiske Råd publicerede i 2019 en udtagelse om tidlig opsporing af sygdom<sup>60</sup>, hvor rådet påpegede følgende;

*Medlemmer af rådet ønsker at pointere, at man naturligvis bør være opmærksom på de etiske problematikker, der knytter sig til tidlig opsporing af sygdom og risiko for sygdom. Disse medlemmer finder det imidlertid også væsentligt at pege på, at tidlig opsporing af sygdom må betragtes som et udtryk for omsorg for de personer, der opspores. En af hensigterne med opsporingen er alt andet lige at give disse personer mulighed for at forbedre deres sundhedstilstand for dermed at skabe betingelser for, at de kan få et bedre og længere liv. Denne hensigt må tages i betragtning og danne baggrund for vurderingen af de konkrete projekter til tidlig opsporing.*

*Det skal i forlængelse heraf nævnes, at det overordnede formål med indsatserne – nemlig omsorg for de involverede borgere – også bør give sig udslag i den måde, selve opsporingen foregår på. Opsporingen bør foregå på en omsorgsfuld måde, og for nogle medlemmer af rådet er det væsentligt at pointere, at omsorgen for et andet menneske nogle gange nødvendiggør, at man giver dette menneske et venligt skub - også selv om dette skub måske i en vis forstand kan siges at tilsidesætte den andens ret til selvbestemmelse eller overskride dets privathedsgrense. Netop derfor skal skubbet gives med stor indlevelse i den andens situation og med en vis varsomhed.*

*Men helt at undlade at skubbe underkender den afhængighed, det enkelte menneske står i, i forhold til andre. De færreste mennesker er i stand til at stå alene med deres tilværelse og få deres liv til at lykkes ved at træffe selvstændige og autonome valg. De fleste har brug for en omsorg og et modspil fra andre, fx når de står i situationer, som de ønsker at ændre, men som de ikke magter at ændre ved egen kraft. Her kan det være nødvendigt, at andre tager over og tager teten, også selv om det i det mindste til en vis grad rummer en manglende anerkendelse af personens autonomi (ibid).*

Bilag 2 beskriver hvordan WIPP-360 modellen er tilpasset den enkelte kommunes arbejdsgang og brug af modellen. Overordnet set blev WIPP-360 modellen brugt på tre forskellige måder ift. typen af henvendelse/tilbudsform. Borgere, der blev triageret rød, fik enten et brev med tid og dato, et tilbud om telefonsamtale eller tilbudt et besøg via et ja/nej-spørgsmål. Anderledes fik borgere, der blev triageret gul et

tilbud om telefonsamtale eller tilbudt et besøg via et ja/nej-spørgsmål, mens borgere, der blev triageret grøn, enten selv skulle henvende sig eller fik tilbud om et besøg via et ja/nej-spørgsmål.

Hos de kommuner, som tilbød en telefonopringning til de ældre borgere, der blev triageret rød, sagde 75,7 % *ja tak* til en opringning fra en fagmedarbejder, mens 24,3 % sagde *nej tak*. Til sammenligning fik de ældre borgere, der blev triageret rød i Slagelse kommune, et brev med en tid og dato for et FBH. Hele 90,8 % af disse borgere fik efterfølgende et FBH, hvilket er i overensstemmelse med fundene af Yamada et al. 2012<sup>20</sup>, der fandt at borgere med lav socioøkonomisk status er mere tilbøjelige til at tage imod et FBH, hvis de modtager et brev med en tid og dato for besøget. Omvendt øger WIPP-360 modellen ikke antallet af FBH hos ældre med høj selvvalueret livskvalitet og helbredstilstand (grønne).

Det synes således mest effektivt at tilbyde skrøbelig ældre (røde) et FBH via et brev med en tid og dato, og næste mest effektivt at tilbyde en telefonsamtale. På den positive side scorede de borgere, der blev triageret rød, men som sagde *nej tak* til en telefonopringning (24,3 %), deres selvvaluerede livskvalitet signifikant højere (se resultater, tabel 4) end de borgere, der blev triageret rød og sagde *ja tak* til en telefonopringning. Det synes således at være den "bedste" andel af borgerne fra den røde triageringskategori, der sagde *nej tak* til en opringning. Hvorfor borgerne sagde *nej-tak* er der i nærværende rapport ikke lavet dybdegående analyser på. Ud fra de bemærkninger borgerne afslutningsvist kunne skrive i spørgeskemaet, synes det dog, at de borgere, der blev triageret rød og sagde *nej tak* til en opringning, i højere grad ikke ønskede kommunens hjælp eller indblanding, at borgerne udmærket var klar over deres udfordringer, følte de havde styr på disse udfordringer (havde lært at leve med dem), og/eller at disse udfordringer ikke kunne ændres.

Borgere, der blev triageret gul, er statistisk set også i øget risiko for nedsat fysisk funktion, lav livskvalitet og helbredstilstand samt øget risiko for fremtidige behov for kommunale sundhedsydelser. "Kun" 34,2 % af de borgere, der blev triageret gul, sagde *ja-tak* til en telefonsamtale. Med anbefalingerne fra Det Etske Råd i mente, kan det således diskuteres om, der bør gøres yderligere for gennemfører FBH hos denne målgruppe. Den selvvaluerede helbredstilstand (EQ-5D VAS) hos ældre fra den gule kategori, der sagde *nej tak*, var dog på niveau med den generelle score hos den danske befolkning (83,1 vs. 82,4) vist af Jensen et. al. 2021<sup>57</sup>. Samme gruppe havde endvidere en gennemsnitlig score for selvvaluerede livskvalitet (EQ-5D TTO) på 0,879 (sd: 0,092), hvilket er tæt på den generelle score på 0,90 for danske ældre 70 år eller derover, fundet af Jensen et. al. 2021<sup>57</sup>.

Hos borgere, der blev tilbudt et FBH via et ja/nej-spørgsmål, så man, at lidt over halvdelen af de borgere, der blev triageret rød (15 af 28), sagde *nej tak* til et FBH. Omvendt så man, at 75 % (9 af 12) af de borgere, der blev triageret grøn, sagde *ja tak* til et FBH. Kun 48 borgere blev udsat for denne tilbudsform, og der er således tale om et lille datasæt på denne tilgang. Erfaringen fra denne tilgang er dog yderst værdifuld, da resultaterne giver en klar indikation af, at skal man have de mest skrøbelige ældre til at tage imod et FBH, så skal denne målgruppe have en klar sundhedsfaglig anbefaling samt en "lettere" adgang til tilbuddet. Med udgangspunkt i ovenstående anbefalinger fra Det Etske Råd, bør det således i højere grad være kommunen, der tager *teten*, og til denne målgruppe - via en sundhedsfaglig anbefaling - opfordrer til en telefonsamtale eller direkte tilbyder et FBH via et brev med en tid og dato. Dette var også konklusionen fra fagmedarbejderne, der afprøvede tilgangen med at tilbyde et FBH via et ja/nej spørgsmål; "*Vi ville gerne have lavet en mulighed for at kontakte de 82-årige, hvis deres besvarelse gav anledning til bekymring, da vi oplevede at mange af disse borgere desværre sagde "nej tak" til et besøg. Det var frustrerende og gav anledning til en drøftelse af problematikken om at have opsporet et behov for hjælp, som man så ikke kunne reagere på"* (citater: Forebyggelseskonsulenter, Varde Kommune).

## 5. Bidrager modellen til kvalitet i samtalen?

Forebyggelses- og/eller sundhedskonsulenterne faglige oplevelser med WIPP-360 modellen er generelt positive (se afsnittet; *Hvad siger medarbejderne*). Bl.a. fremhæves det af medarbejderne fra flere kommuner, at spørgeskemaet forberedte både dem og borgerne bedre til samtalen ved besøget eller telefonsamtalen.

*"Vi oplever, at flere borgere reflekterer over besvarelsen, hvilket effektiviserer samtalen om emner, der optager borgeren"* – forebyggelseskonsulenterne Odsherred kommune.

*"Vi oplever flere besøg, hvor samtalen er målrettet, fordi borgeren på forhånd har besvaret spørgeskemaet og gjort sig nogle tanker om vigtige emner. Dette gælder både de 75-årige, 80-årige og 82+ årige".*

*"Hos de borgere, der har udfyldt WIPP forud for besøget, kommer vi hurtigere ind på relevante emner – uden at skal bruge en mase tid på at gennemgå hele spørgeskemaet"* – Sundhedskonsulenterne, Middelfart Kommune.

Særligt dét, at spørgeskemaet kan bidrage til en bedre forståelse af, hvad et FBH kan handle om, er interessant. Rapporten fra Marselisborg 2017<sup>29</sup> viser således, at næsten 3 ud af 4 (72,5 pct) af de ældre borgere, der takker nej til et FBH, gør det, fordi de ikke mener, de har behov for et FBH<sup>29</sup>. Foruden, at borgerne oplevede ikke at have behov for et FBH, fandt samme rapport, at borgerne havde svært ved at se, hvordan besøget kunne gøre en forskel for deres helbredstilstand, samt at formålet med besøget fremstod uklart og ikke var målrettet den enkelte borger (ibid). Af sammen årsag har der de senere år været stort fokus på henvendelsesformen og særligt formuleringen i brevene, der sendes til de ældre borgere med tilbud om FBH - senest bl.a. at på SUFO's årskonference 2021 og tildeles igen i 2022<sup>61</sup>. Endvidere er en af de væsentligste pointer fra Marselisborgs rapport<sup>29</sup>, at; *"For det andet skal formidlingen målrettes målgruppen. Undersøgelsen af borgere i målgruppen for et forebyggende hjemmebesøg viser, at der ligger en meget væsentlig pointe i at kunne motivere borgeren til besøget, og det kræver, at de kan se relevansen af besøget. Og netop i den sammenhæng kan det være relevant at sætte særligt fokus på en bestemt målgruppe, så det kan blive tydeligt, at besøget giver mening for den enkelte"* (Ibid. s. 9).

At spørgeskemaet, jf. medarbejdernes tilbagemeldinger, kan give borgerne en bedre forståelse for formålet med besøget og via den målrettede og individuelle *sundhedsfaglige anbefaling* (til gule og røde borgere) motivere disse borgere til at tage i mod et FBH, er det både i den enkelte kommunes og enkelte borgers interesse. Således har et studie fra 2016<sup>62</sup> vist, at 84 % af de ældre, der tager i mod et FBH, fandt dét værdifuldt eller meget værdifuldt.

*"Jeg oplever at besøg i dag har mere kvalitet forstået på den måde, at flere af borgeren har nogle problematikker som kan snakkes om – flere sårbare på den ene eller den anden måde".*

*"Vores faglighed kommer mere i spil pga. flere relevante besøg"* – Sundhedskonsulenterne Middelfart Kommune.

Det kan altid diskuteres, hvordan *kvalitet* skal måles og gøres op. Tager man udgangspunkt i fagmedarbejdernes oplevelser med WIPP-360 modellen, er det værd at bemærke, at alle fagmedarbejdere på tværs af alle kommunerne i WIPP-360 netværket i større eller mindre grad oplever, at spørgeskemabesvarelsen bidrager positivt til samtaleindhold samt sætter deres faglighed mere i spil. Dette er endvidere helt i tråd med visionerne, målene og de foreløbige erfaringer fra afprøvningerne af de nationale PRO (Patient Rapporterede Oplysninger) spørgeskemaer<sup>63</sup>, der på sundhedslovsområdet udfyldes af patienter som en del af deres behandling, fx før konsultationer e.l.

## Konklusion

Ældre borgere, herunder også skrøbelige ældre borgere, er i høj grad digitale nok samt interesserede i at besvare digitale spørgeskemaer, såsom WIPP-360's screenings- og triageringsmodel. WIPP-360 modellen evner at opspore skrøbelige ældre borgere samt at motivere disse ældre til at tage imod tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg (FBH). Nærværende rapport viser endvidere, at der er rigtig god overensstemmelse mellem modellens triagering (rød, gul, grøn), fagmedarbejdernes vurderinger og borgernes selvvalgte livskvalitet og helbredstilstand. Ligeså oplever fagmedarbejderne, at modellen bidrager til at skabe mere kvalitet i mødet og

samtale med den ældre borgere. Modellen kan endvidere benyttes uafhængigt af, hvilket omsorgssystem den enkelte kommune benytter og er en relativ billig og *omkostningseffektiv* metode til at målrette FBH mod et stort antal skrøbelige ældre.

Kommunernes Landsforening holder i år (2023) sundhedskonference med fokus på bl.a. det stigende antal ældre og kronisk syge, samt manglen på sundhedspersonale<sup>64</sup>. Hovedfokusset og overskriften på sundhedskonferencen er; *"Bare at fortsætte som vi plejer, er IKKE en mulighed"*<sup>64</sup>. Lovgivningen for det forebyggende hjemmebesøg blev ændret i 2016 for at understøtte og fremme arbejdet med tidlig opsporing af skrøbelige ældre i målgruppe 65+ år. Flere rapporter viser dog, at kommunerne stadig primært fokuserer på de lovbestemte aldersgrupper for de FBH, og at der ikke på tværs af alle kommuner benyttes systematiske og evidensbaseret metoder til den tidlige opsporing. Samtidig er der stadig markante forskelle i, hvordan den enkelte kommune tilrettelægger og udmønter §79a, lov om forebyggende hjemmebesøg, og dermed også markante forskelle i, hvordan man imødekommer de stående anbefalinger fra både forskning, sundhedsstyrelsen, VIVE, Marselisborg og Det Ethiske råd. WIPP-360's digitale screenings- og triageringsmodel er så vidt vides den første model, som lever op til hjemmehjælpskommissionens anbefalinger om i højere at lade det være **"borgernes samlede ressourcer og risiko for tab af funktionsevne, der er afgørende for, om der tilbydes forebyggende hjemmebesøg"**. Samtidig er modellens digitale spørgeskema det første bud på et gennemtestet, evidensbaseret screeningsværktøj, der **"kan understøtte kommunerne i vurderingen af, om der er behov for et forebyggende hjemmebesøg"** samt i hvilken form, tilbuddet skal gives (brev med tid og dato, telefonsamtale eller *åbent tilbud*). Samtidig er modellen ikke begrænset af den enkelte kommunes valg af omsorgssystem og kan tilpasses ønsker og behov ift. den enkelte kommunes kvalitetsstandard for FBH. Resultaterne fra nærværende rapport viser endvidere, at WIPP-360 modellen på trods af individuelle kommunale tilgange, kan opspore de mest skrøbelige ældre med lavest selv vurderet helbred, livskvalitet og som er i størst risiko for tab af funktionsevne, og ikke mindst motivere disse ældre til at tage i mod et FBH.

WIPP-360 modellen er således et eksempel på nytænkning og på IKKE, *"at gøre som vi plejer"*, dog uden at ændre på indholdet i selve hjemmebesøget, og ej heller begrænse den enkelte fagmedarbejders rum for at tænke selvstændigt, bruge sin faglige viden samt sunde fornuft.

## Perspektivering

### Nødvendighed af nytænkning – It-systemerne og udbyderne som stopklods

Det danske sundhedsvæsen er under et enormt pres – særligt fra det stigende antal af ældre. Forebyggende hjemmebesøg har potentialet til at blive en kerne-opgaver ifm. at håndtere dele af den demografiske udvikling, det stigende antal af kronikere samt afhjælpe dele af det stigende pres på både det kommunale såvel som det regionale sundhedssystem – resultaterne af nærværende rapport er et eksempel herpå. Med nærværende rapport og vores fællesudviklede screenings- og triageringsmodel, har WIPP-360 netværket vist, at der blandt både kommuner og forskningsinstitutter hersker stor innovationskraft og velvillighed til nytænkning samt implementering af nye løsninger og arbejdsgange. Hvad WIPP-360 netværket dog alene ikke kan løse, er det store behov for, at IT-systemerne, og særligt udbyderne af omsorgssystemerne, tvinges til i langt, (LANGT) højere grad at være fleksible og lade kommunerne og medarbejderne (med)bestemme, hvordan systemerne skal indrettes. Eksempelvis har både Systematic (CURA) og KMD (Nexus) helt eller delvist afvist at samarbejde om integration af vores model. Dette bl.a. med henvisning til at deres egne systemer kan lignende og/eller at flere end 10 kommuner fra dag 1, skulle være villige til at bruge WIPP-360 løsningen, før de (Cura/Nexus) ville indlede et samarbejde med WIPP-360 netværket. Det er ikke bæredygtigt, at brugen samt udviklingen af evidensbaserede modeller bliver afhængigt af valget af IT-udbyder. Ej heller er det bæredygtigt, at IT-udbyderne – direkte eller indirekte – kan stille sig i vejen for (videre)udvikling og forbedringer af vores arbejdsgange omkring de forebyggende indsatser. Det er WIPP-360 netværkets klare oplevelse, at viljen til innovation og nytænkning og til at tage de risici, der følger med, i dette tilfælde, alene har ligget hos WIPP-360 netværket, hvilket har gjort

implementeringen og arbejdsgangene med WIPP-350 model unødigt tunge og besværlige, som oplevet af særligt Varde kommune.

### Den økonomiske gevinst ved at kunne målrette forebyggende indsatser

WIPP-360 netværkets model bygger på viden, resultater og erfaringer fra Interreg5a (DE-DK) forskningsprojektet, WIPP. Formål med WIPP var at screene og opspore potentielt sårbare og skrøbelige ældre. Dette blandt andet med henblik på tidlig opsporing af funktionstab og forebyggelse af funktionelle begrænsninger og fald samt fastholdelse af tilegnet træningsadfærd. Med andre ord; flere aktive leveår og færre omkostninger til pleje. Opsporings og screeningsdelen fra WIPP-projektet er i dag kendt som den præsenterede og evaluerede WIPP-360 model. WIPP-360 modellen danner grundlag for at kunne opspore de skrøbelige ældre borgere, som måtte profitere af forebyggende indsatser. I forlængelse heraf er interventionsdelen fra WIPP-projektet, der indebærer at få skabt en adfærdsændring (til det sundere og mere aktive) hos denne ældre skrøbelige målgruppe, dét, som reelt skaber effekterne i form af øget fysisk funktion, livskvalitet og et lavere behov serviceydelser.

WIPP-projektets interventionsdel var udformet som et 24 ugers *randomized controlled trial*. Interventionsgruppe gennemgik således 24 ugers intervention (12 uger med instruktør + 12 uger fastholdelse/selvtræning) bestående af et gruppebaseret samtaleforløb kombineret med træning til borgere i moderat/høj risiko for tab af funktionsevne, livskvalitet og øget behov for serviceydelser (borgere i gul eller rød triageringskategori)<sup>65</sup>. Resultaterne viser, at interventionen forbedrede borgernes fysiske funktion, sundhedsrelateret livskvalitet, selv vurderet fysisk funktion og træningsspecifik sundhedskompetence<sup>6566</sup>. I Slagelse Kommune har man lavet en 3-års opfølgingsanalyse af alle ældre borgere fra kommunen, der deltog i WIPP projektet. Sammenholdt med borgere fra hhv. kontrolgruppen og borgere, der opfyldte inklusionskriterierne (var skrøbelige, dvs. røde/gule), men som ikke ønskede at deltage, viser resultaterne, at besparelspotentialet ved at investere 1 time i forebyggelse estimeres til at kunne reducere behovet for hjemmesygepleje eller genoptræning med 2,7 timer, hvis borgerne blot deltager 50 procent af tiden i interventionsprogrammet. Hertil kommer potentielt sparede udgifter til kommunal medfinansiering. For yderligere præsentation eller spørgsmål om disse data og beregning kan man kontakte Slagelse Kommune.

## TAK til:

Der skal lyde en kæmpe tak til følgende for deres store engagement, mod og vilje til, at tænke og prøve nyt samt interesse for forebyggelse og sundhedsfremme.

### Fra Randers kommune:

- Line Fiil Hjulmand
- Vibeke Greve Thorsen
- Solvej Carstens
- Niels Wolfram Høgel
- Thomas Frølund Jepsen

### Fra Næstved kommune:

- Sussie Andersen
- Hanne Vadgaard
- Berit Christiansen
- Charlotte Lunde
- Steffen C. B. Nielsen

### Fra Ishøj kommune:

- Mie A. Sørensen
- Naheed N. Mufti

### Fra Middelfart kommune:

- Bente M. Frandsen
- Ditte Andersen
- Tina Kretschmann
- Boe T. Hansen
- Johanne Østerbye

### Fra Varde kommune:

- Dorthe Thomsen
- Minna Grunnet
- Pia Karina Høgh
- Karin Mitens
- Jeannette Ryan Elbæk
- Hanne Josefsen

### Fra Odsherred kommune:

- Vicki Porsild
- Kirsten Frydenlund
- Lene V. Sørensen
- Heidi Nielsen
- Anne Kaus
- Helle Oldrup Jensen

### Fra Slagelse kommune:

- Bente Jørgensen
- Anne-Marie Hjortholm
- Anne Boye Lester
- Karin Lykke
- Margit Olsen
- Lasse E. J. Kjær
- Merete Mørch (nu Kalundborg kommune)

En særlig tak skal også gives til tidligere og nuværende medarbejdere fra Center for Aktiv og Sund Aldring, SDU:

Professor og Forskningsleder Paolo Caserotti.

Projektmanager Iwan Alstrup - nu pensioneret.

Ph.d.-studerende Mathias Skjødt,

Ph.d. og Post doc. Sussi Friis Buhl,

Ph.d. Pia Øllgaard Olsen - nu Sundhedskonsulent, Tønder kommune

Videnskabeligassistent Gry Kock - nu evaluerings- og analysekonsulent, STENO Diabetes Center Odense

Ph.d.-studerende Jonathan Vaarst - nu Idrætskonsulent Parasport Danmark

Slutteligt vil WIPP-360 netværket gerne sende en stor tak og hyldest for et godt, innovativt og frugtbart samarbejde til SurveyXact by Rambøll ved Manager Michael K. Ringgaard.

Rambølls forståelse for netværkets behov samt velvillighed til at understøtte netværkets muligheder for, at vokse og udvikle nye løsninger, har været af altafgørende betydning.

## Kilder

- <sup>1</sup> <https://www.wipp-online.eu/da/wipp-projekt-en-oversigt/>
- <sup>2</sup> <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9341>
- <sup>3</sup> 2007. Avlund K, M Vass, K Kvist, C Hendriksen, N Keiding. Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. *J Clin Epidemiol.* 2007 Sep;60(9):954-62.
- <sup>4</sup> 2008. Vass M, Hendriksen C, Thomsen JL, Parner ET, Avlund K. Preventive home visits to home-dwelling older people and hospital admission. A municipality-randomised intervention trial. *European Journal of Ageing*
- <sup>5</sup> 2008. Avlund. Influence of psychological characteristics and social relations on receiving preventive home visits.
- <sup>6</sup> 2008. Vass. A feasible model for prevention of functional decline in older Home-dwelling People
- <sup>7</sup> 2007b. Avlund K, Vass M, Hendriksen C. Education of preventive home visitors. The effect on tiredness in daily activities. *European Journal of Ageing*, 4: 125-131.
- <sup>8</sup> 2005. Vass M, Avlund K, Lauridsen J, Hendriksen C (2005). A feasible model for prevention of functional decline in older people. A municipality-randomised controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53: 563-568
- <sup>9</sup> 2009. Vass M, Avlund K, Siersma V and Hendriksen C. A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people—the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Family Practice* 2009; 26: 56–64.
- <sup>10</sup> 2020. Nivestram et al. Factors associated with good health among older persons who received a preventive home visit: a cross-sectional study. *BMC Public Health* (2020) 20:688.
- <sup>11</sup> 2018 Renz. Jörg-Christian, Meinck, Matthias,. Effectiveness of preventive house visits for elderly people: Systematic assessment of current literature. *Gerontol Geriatr.* 2018 Dec;51(8):924-930.
- <sup>12</sup> 2020. Bajraktari et al. SYSTEMATIC REVIEW Open Access Health-promoting and preventive interventions for community-dwelling older people published from inception to 2019: a scoping review to guide decision making in a Swedish municipality context. *Archives of Public Health* (2020) 78:97
- <sup>13</sup> 2012. Rambøll. Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens
- <sup>14</sup> 2006. Christian Kronborg 1, Mikkel Vass, Jørgen Lauridsen, Kirsten Avlund. Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study. *Eur J Health Econ.* 2006 Dec;7(4):238-46.
- <sup>15</sup> 2009. Meng et al. Urban - Rural Differences in the Effect of a medicare health promotion and disease self-management program on Physical Function and Health Care Expenditures. *The Gerontologist.* Vol. 49, No. 3, 407–417.
- <sup>16</sup> 2008. Sahlen Klas-Göran, Löfgren Curt, Hellner Britt Mari, Lindholm Lars,. Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scand J Public Health* . 2008 May;36(3):265-71.
- <sup>17</sup> 2016. KORA. Hansen & Greve. Enkestand – hvad fører det med sig? Sociale, helbredsmæssige og psykiske følger af at miste en ægtefælle. På vegne af Ensomme gamles værn.
- <sup>18</sup> 2013. Socialstyrelsen. Ældre i risiko for nedsat funktionsevne. Sociale indsatser, der virker. Aktuell viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats.
- <sup>19</sup> 2010. Ekmann et al. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health and Social Care in the Community* (2010) 18(6), 563–571
- <sup>20</sup> 2012. Yamada et al. Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced? A cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health* 2012, 12:396
- <sup>21</sup> 2013. Hjemmehjælpskommissionen. Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats.
- <sup>22</sup> 2012. Krogsbøll et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane systematic review and meta-analysis.* *BMJ* 2012;345:e7191 doi: 10.1136/bmj.e7191
- <sup>23</sup> 2016. Christiane Patzelt, Susanne Heim, Bernhilde Deitermann, Gudrun Theile, Christian Krauth, Eva Hummers-Pradier, Ulla Walter. Reaching the Elderly: Understanding of health and preventive experiences for a tailored approach - Results of a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2016 Dec 8;16(1):210. doi: 10.1186/s12877-016-0374-3.
- <sup>24</sup> <https://www.sufo.dk/lovtekst>
- <sup>25</sup> 2015. Sundhedsstyrelsen. Håndbog om forebyggelse
- <sup>26</sup> 2019. VIVE. Forebyggende hjemmebesøg til ældre – tidlig opsporing. Litteraturgennemgang og ti kommuners erfaringer. Af Betina Højgaard, Lea Graff, Emilie Hjermitslev Jonsen og Martin Sandberg Buch
- <sup>27</sup> 2020. Sundhedsstyrelsen. Forebyggende hjemmebesøg til ældre. Vejledning.
- <sup>28</sup> 2017. Sundhedsstyrelsen. Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne. Guide til forebyggende hjemmebesøg.
- <sup>29</sup> 2017. Marselisborg. Målretning af de forebyggende hjemmebesøg. Viden, redskaber og erfaringer til udvikling af praksis. Inspirationskatalog. 1 udgave. 1. oplag.
- <sup>30</sup> 2021. Jensen CE et al. The Danish EQ-5D-5L Value Set: A Hybrid Model Using cTTO and DCE Data. *Applied Health Economics and Health Policy* (2021). <https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-021-00639-3>
- <sup>31</sup> 2021. Jensen CE, Sørensen SS, Gudex C, et al. The Danish EQ-5D-5L value set: a hybrid model using cTTO and DCE data. *Appl Health Econ Health Policy* 2021;19:579–91.
- <sup>32</sup> Bamia C, Orfanos P, Juerges H, Schöttker B, Brenner H, Lorbear R, et al. Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults: Individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. *Maturitas.* 2017; 103: 37-44.
- <sup>33</sup> Bacak V, Ólafsdóttir S. Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. *Scand J Public Health.* 2017; 45: 647-653.



- 
- <sup>34</sup> DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med.* 2006; 21: 267-75.
- <sup>35</sup> Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013; 68: 107-16.
- <sup>36</sup> Schnitker J, Bacak V. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *Plos One.* 2014; 9.
- <sup>37</sup> Ambresin G, Chondros P, Dowrick C, Hermann H, Gunn JM. Self-rated health and long-term prognosis of depression. *Ann Fam Med.* 2014; 12: 57-65.
- <sup>38</sup> Riise HK, Riise T, Natvig GK, Daltveit AK. Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. *Qual Life Res* 2014; 23: 145-53.
- <sup>39</sup> Waller G, Janlert U, Norberg M, Lundqvist R, Forssén A. Self-rated health and standard risk factors for myocardial infarction: a cohort study. *BMJ Open* 2015; 5: e006589.
- <sup>40</sup> Hajek A, Kretzler B, König HH. Determinants of Frequent Attendance in Primary Care. A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Front Med.* 2021; 8: 595-674.
- <sup>41</sup> Vie TL, Hufthammer KO, Holmen TL, Meland E, Bredablik HJ. Is self-rated health in adolescence a predictor of prescribed medication in adulthood? Findings from the Nord Trøndelag Health Study and the Norwegian Prescription Database. *SSM Popul Health.* 2018; 4: 144-52.
- <sup>42</sup> Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008; 17: 186-92
- <sup>43</sup> Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health Soc Behav.* 1997; 38: 21-37.
- <sup>44</sup> 1994. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994; 49: M85–M94. 1994/03/01.
- <sup>45</sup> [16] Mijnders DM, Meijers JM, Halfens RJ, et al. Validity and reliability of tools to measure muscle mass, strength, and physical performance in community-dwelling older people: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14: 170–178.
- <sup>46</sup> 2009. Vasunilashorn S, Coppin AK, Patel KV, et al. Use of the Short Physical Performance Battery Score to predict loss of ability to walk 400 meters: analysis from the INCHIANTI study. *J Gerontol Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 2009; 64: 223–229.
- <sup>47</sup> 2021. Vaarst et al. Does physical performance and muscle strength predict future personal and nursing care services in community-dwelling older adults aged 75+? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2021; 49: 441–448
- <sup>48</sup> 2013. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger
- <sup>49</sup> 2017. Sundhedsstyrelsen. Opsporing af ældre med fokus på helbredsstand og funktionsevne. Anbefalinger til arbejdsgange og redskaber.
- <sup>50</sup> 2013. Danskernes sundheds. Den Nationale Sundhedsprofil
- <sup>51</sup> 2022. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil.
- <sup>52</sup> Udligningsloven § 5 - <https://danskelove.dk/udligningsloven/5>
- <sup>53</sup> NB kommune. Går det socioøkonomisk frem eller tilbage i din kommune? 02/07/2021 10:10. <https://www.nb-kommune.dk/2021/07/02/gaar-det-socioekonomisk-frem-eller-tilbage-i-din-kommune/>
- <sup>54</sup> 2004. Nicolaidis-Bouman et. al. Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2004, 4:35.
- <sup>55</sup> 2016. Helsper and Reisdorf. The emergence of a digital underclass in Great Britain and Sweden: changing reasons for digital exclusion. *New Media & Society.* ISSN 1461-4448
- <sup>56</sup> 2020. Ensomme Gamles Værn. Digital marginalisering af udsatte ældre. Arbejdsrapport 2. Empiriske fund og anbefalinger. IT universitetet København.
- <sup>57</sup> 2021. Jensen et. al. Danish population health measured by the EQ-5D-5L. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–9
- <sup>58</sup> 2009. Sørensen et al. Danish EQ-5D population norms. *Scand J Public Health.* 2009 Jul;37(5):467-74.
- <sup>59</sup> 2014. Szende. Janssen. Cabases. Self-reported population health. An international perspective based on EQ5D. ISBN 978-94-007-7596-1 (eBook). DOI 10.1007/978-94-007-7596-1. Springer Dordrecht Heidelberg New York London
- <sup>60</sup> 2019. Det Etske Råd. Udtalelse om Tidlig opsporing af sygdom.
- <sup>61</sup> <https://www.sufo.dk/aarskonference-2021>
- <sup>62</sup> 2016. Sherman et al. Effects Preventive Home Visits by district nurses on self-reported health of 75 year olds. *Primary Health Care Research & Development* 2016; 17: 56–71
- <sup>63</sup> [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2017/pro-sekretariat-sds\\_05012017](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2017/pro-sekretariat-sds_05012017)
- <sup>64</sup> <https://tilmeld.kl.dk/sundhedskonferencen2023>
- <sup>65</sup> 2022. Olsen et al. Community-based exercise enhanced by a self-management programme to promote independent living in community dwelling older adults. A pragmatic RCT. *Age and Ageing* 2022; 51:1–10
- <sup>66</sup> <https://www.wipp-online.eu/da/wipp-afslutningskonference/> → 8. Resultater fra WIPP-projektet: En aktiv livsstilsintervention – effekter på objektiv og selv vurderet funktionsevne og livskvalitet, v/ ph.d.-studerende Pia Øllgaard Olsen, SDU